

## LA GIUNTA REGIONALE

Richiamata la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante: “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”;

Richiamati gli articoli *8-bis*, *8-ter* e *8-quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229;

Richiamato il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 relativo all’approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Richiamata la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni ed integrazioni, recante: “Norme per la razionalizzazione dell’organizzazione del servizio sociosanitario regionale, e per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione”;

Visto, in particolare, l’art. 38, comma 3 della legge regionale 5/2000 che prevede che all’accreditamento delle strutture pubbliche o private e dei professionisti che ne facciano richiesta provveda la Giunta regionale, ai sensi delle vigenti disposizioni statali e regionali in materia, attraverso procedura diretta a valutare la presenza, la rispondenza e la permanenza dei requisiti ulteriori di qualificazione dell’attività svolta, dei risultati quali-quantitativi raggiunti e dei fattori impiegati dalla struttura o soggetto autorizzato, pubblico o privato, rispetto a standard, finalità e fabbisogni di assistenza stabiliti dalla Giunta stessa, in conformità agli indirizzi della programmazione sanitaria e socio-assistenziale regionale, per assicurare i livelli essenziali ed appropriati di assistenza, nonché il miglioramento continuo della qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate;

Richiamato il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004, approvato con legge regionale 4 settembre 2001, n. 18 che prevede, nell’ambito degli obiettivi trasversali, l’individuazione complessiva dei fabbisogni strutturali e produttivi per l’esercizio delle attività svolte a soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione regionale;

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1232 in data 26 aprile 2004, concernente l’approvazione del manuale contenente le modalità ed i termini per l’accreditamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie, svolte da soggetti pubblici e privati, ai sensi dell’articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni;

Richiamato il Piano regionale per la salute ed il benessere sociale per il triennio 2006/2008, approvato con legge regionale 20 giugno 2006, n. 13, ed in particolare l’obiettivo 25 che, all’attività B, prevede l’accreditamento delle strutture, delle attività e dei professionisti in ambito sanitario, al fine di orientare i processi di crescita della qualità del Servizio Sanitario Regionale verso l’eccellenza;

Richiamata la legge regionale 3 agosto 2007, n. 120, recante: “Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria”;

Richiamata la legge regionale 6 agosto 2007, n. 19, recante: “Nuove disposizioni in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”;

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 2191 in data 7 agosto 2009, concernente l’approvazione di nuove disposizioni in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all’esercizio di attività sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative, ai sensi della l.r. 5/2000 e successive modificazioni;

Considerata la necessità di rivedere le disposizioni approvate con deliberazione della Giunta regionale n. 1232/2004, per dare attuazione alle normative nazionali e regionali soprarichiamate e per garantire la dovuta semplificazione amministrativa dei procedimenti di accreditamento, con particolare attenzione al coinvolgimento attivo dei cittadini, alla vigilanza e al monitoraggio sulle strutture accreditate nonché alla definizione del relativo debito informativo per il mantenimento dell’accreditamento stesso;

Preso atto del fatto che il Servizio risorse ha avviato, per le medesime finalità sopradescritte, una procedura di informatizzazione dei procedimenti amministrativi di autorizzazione ed accreditamento;

Ritenuto opportuno, pertanto, revocare la sopraindicata deliberazione della Giunta regionale n. 1232/2004 ed approvare le nuove disposizioni contenute nel manuale allegato alla presente deliberazione di cui forma parte integrante;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 3702 in data 18 dicembre 2009 concernente l’approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2010/2012 con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati, del bilancio di cassa per l’anno 2010 e di disposizioni applicative;

Visto il parere favorevole rilasciato dal Capo del Servizio risorse dell’Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi del combinato disposto degli articoli 13, comma 1, lettera e) e 59, comma 2, della legge regionale n. 45/1995 sulla legittimità della presente proposta di deliberazione;

Su proposta dell’Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Albert Lanièce;

Ad unanimità di voti favorevoli,

### **DELIBERA**

1. di approvare le nuove disposizioni in materia di accreditamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie, svolte sul territorio regionale da soggetti pubblici e privati, ai sensi della l.r. 5/2000 e successive modificazioni, contenute nel relativo manuale allegato alla presente deliberazione di cui forma parte integrante;
2. di stabilire che la struttura competente in materia di qualità dell’Assessorato sanità, salute e politiche sociali:

- a) predisponga la modulistica per la presentazione delle istanze di accreditamento;
  - b) approvi – entro la fine del mese di dicembre di ogni anno - – lo specifico piano operativo, definito in accordo con la Direzione sanitaria dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, circa le attività, le responsabilità, i tempi e i risultati attesi relativi alla scelta delle patologie, all'individuazione dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici nonché alla predisposizione del materiale informativo sull'iniziativa, nell'ambito delle attività legate al coinvolgimento del paziente nella valutazione del trattamento ricevuto;
  - c) approvi eventuali variazioni tecniche alle schede del manuale allegato alla presente deliberazione;
3. di rinviare a successiva deliberazione della Giunta regionale l'individuazione – mediante approvazione di un programma triennale – delle attività oggetto di verifiche tecniche sul campo, ai fini del mantenimento del relativo accreditamento;
  4. di revocare la deliberazione della Giunta regionale n. 1232 in data 26 aprile 2004 recante: “Approvazione del manuale contenente le modalità ed i termini per l'accreditamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie svolte da soggetti pubblici e privati regionali, ai sensi dell'articolo 38 della Legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni. Revoca della deliberazione della Giunta regionale n. 4201 in data 9 novembre 1998”;
  5. di stabilire che le presenti disposizioni si applicano a decorrere dal 1° febbraio 2010;
  6. di stabilire che gli accreditamenti in scadenza nei primi sei mesi dell'anno 2010 si intendano prorogati di sei mesi, al fine di permettere alle strutture accreditate l'adeguamento alle nuove disposizioni;
  7. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta;
  8. di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa all'Azienda USL della Valle d'Aosta.



Assessorato sanità, salute e politiche sociali  
Dipartimento sanità, salute e politiche sociali  
Servizio risorse

**MANUALE PER L'ACCREDITAMENTO  
DI STRUTTURE ED ATTIVITA'  
SANITARIE E SOCIO-SANITARIE  
SVOLTE DA SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI IN VALLE D'AOSTA**

(approvato con deliberazione Giunta regionale n. 52 in data 15 gennaio 2010)

- dicembre 2009 -

## **1. PREMESSA**

Con il termine “accreditamento”, si intende il procedimento amministrativo mediante il quale viene attribuito – alle strutture pubbliche e private già autorizzate che ne facciano richiesta e ne possiedono i requisiti – lo stato giuridico di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale (SSN), comprese quelle rientranti nei fondi integrativi previsti dall’art. 9 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

Si tratta di un processo che va oltre la verifica della rispondenza a requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali previsti per l’autorizzazione all’esercizio di strutture sanitarie o socio-sanitarie. Esso implica l’accertamento della capacità di soddisfare determinati livelli di assistenza (qualità dell’offerta, appropriatezza dell’uso delle risorse, modalità di accesso di strutture e di professionisti nell’organizzazione del servizio sanitario pubblico) nonché la verifica della permanenza, nel tempo, dei presupposti di cui trattasi.

Gli obiettivi dell’accreditamento istituzionale consistono sostanzialmente nell’assicurare i livelli essenziali ed uniformi di qualità dell’assistenza avvalendosi di soggetti accreditati dal Servizio Sanitario Regionale (SSR), nonché nel potenziare l’erogazione di trattamenti e di prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza avvalendosi di soggetti terzi accreditati.

Ai sensi della normativa regionale in vigore, il rilascio dell’accreditamento compete alla Giunta regionale, previa istruttoria gestita dai servizi regionali competenti per materia, tenuto conto delle risultanze delle visite ispettive effettuate anche utilizzando organi tecnici qualificati, allo scopo di verificare il possesso, da parte della struttura, dei requisiti generali e specifici stabiliti dalla normativa statale e regionale.

Il rilascio dell’accreditamento non costituisce, tuttavia, vincolo per le pubbliche amministrazioni e per le aziende sanitarie locali a stipulare accordi contrattuali.

## 2. LIVELLI DI ACCREDITAMENTO E MANTENIMENTO

E' previsto un unico livello di accreditamento, con scadenza quinquennale, basato sulla rispondenza ai requisiti definiti dal presente Manuale.

L'accredimento viene rilasciato, in caso di rispondenza ai requisiti definiti dal presente Manuale, secondo un unico livello di accreditamento, per una durata di cinque anni ad eccezione di quanto previsto dall'art. 6 del paragrafo 4 del presente Manuale, per gli accreditamenti di durata inferiore.

Il rinnovo dell'accredimento, disciplinato dall'art. 8 del paragrafo 4 del presente Manuale, viene concesso - su istanza di parte - dalla struttura competente in materia di qualità, dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, a condizione che negli anni precedenti la richiesta di rinnovo siano state svolte correttamente le seguenti attività:

- a) assolvimento del debito informativo;
- b) esito positivo delle verifiche tecniche previste nell'ambito di una programmazione specifica triennale;
- c) coinvolgimento dei pazienti nella valutazione del trattamento ricevuto, secondo quanto previsto nel piano operativo approvato, entro la fine del mese di dicembre di ogni anno, dalla struttura competente in materia di qualità, dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, in base a quanto definito con la Direzione sanitaria dell'Azienda U.S.L., circa le attività, le responsabilità, i tempi e i risultati attesi, relativi alla scelta delle patologie, all'individuazione dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici nonché alla predisposizione del materiale informativo sull'iniziativa.

### A. Assolvimento del debito informativo

I requisiti (generali e specifici) oggetto di debito informativo sono evidenziati con la lettera "I" e si riferiscono ad attività che richiedono un aggiornamento periodico.

Il debito informativo si intende assolto mediante la trasmissione annuale – su supporto cartaceo oppure informatico – della documentazione attestante il possesso del relativo requisito.

## B. Verifiche nelle strutture

Le verifiche sul campo sono finalizzate ad accertare:

- il mantenimento dei requisiti non valutabili attraverso il debito informativo (evidenziati, nel manuale, con la lettera "V");
- la corrispondenza, sul campo, di quanto dichiarato nella documentazione agli atti della struttura regionale competente in materia di qualità.

L'attività di verifica sarà svolta secondo le indicazioni della Giunta regionale che individuerà – mediante l'approvazione di un programma triennale – le attività che saranno oggetto di verifiche tecniche sul campo, ai fini del mantenimento del relativo accreditamento.

## C. Coinvolgimento del paziente nella valutazione del trattamento ricevuto

Il coinvolgimento attivo del paziente nella valutazione del trattamento ricevuto ha cinque obiettivi principali:

- Migliorare la comunicazione verso il paziente;
- Migliorare la qualità percepita relativamente al servizio ricevuto;
- Migliorare il servizio fornito;
- Assicurare un monitoraggio adeguato sul trattamento erogato;
- Relazionare l'accreditamento alla qualità del servizio erogato.

Per coinvolgere il paziente nella valutazione del trattamento ricevuto sono realizzate le seguenti attività:

1. individuazione delle patologie su cui saranno coinvolti i pazienti (selezionate di norma per gravità e/o frequenza);
2. predisposizione di materiale informativo sull'iniziativa e sul percorso del paziente;



3. predisposizione, per ciascuna patologia, di una scheda che riporti alcune attività diagnostiche e/o terapeutiche e/o assistenziali che devono essere erogate al paziente e che da questo possono essere monitorate;
4. individuazione di alcuni passaggi diagnostici e terapeutici, per le patologie individuate, da monitorare mediante un controllo a campione di cartelle cliniche;
5. coinvolgimento del paziente nella valutazione del trattamento ricevuto (mediante somministrazione di interviste telefoniche) e raccolta e valutazione degli esiti del monitoraggio;
6. controlli periodici su cartelle cliniche con raccolta e valutazione dei risultati.

La struttura competente in materia di qualità, dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali approva ogni anno, entro la fine del mese di dicembre, lo specifico piano operativo definito in collaborazione con la Direzione sanitaria dell'Azienda U.S.L., circa le attività, le responsabilità, i tempi e i risultati attesi, relativi alla scelta delle patologie, all'individuazione dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici nonché alla predisposizione del materiale informativo sull'iniziativa.

### **3. SCHEDE DEL MANUALE**

#### **5.1. REQUISITI STRUTTURALI GENERALI**

#### **5.2. REQUISITI STRUTTURALI SPECIFICI**

- 5.2.1. STRUTTURE OSPEDALIERE
- 5.2.2. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI A CARATTERE RIABILITATIVO
- 5.2.3. POLIAMBULATORI

#### **5.3. REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI**

- 5.3.1. POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITA'
- 5.3.2. STRUTTURA ORGANIZZATIVA E PRINCIPALI MECCANISMI ORGANIZZATIVI
- 5.3.3. GESTIONE E FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE
- 5.3.4. GESTIONE DEGLI ACQUISTI E DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E STRUTTURALI
- 5.3.5. GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA', LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI
- 5.3.6. SISTEMA INFORMATIVO
- 5.3.7. RAPPORTI CON L'UTENZA

#### **5.4. REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI**

- 5.4.1. DIREZIONE GENERALE E STRUTTURE DI STAFF
- 5.4.2. UNITA' ORGANIZZATIVE PER LA CURA DEI DIRITTI DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI (CARTA SERVIZI, URP, CUP)
- 5.4.3. DIREZIONE DIPARTIMENTO SANITARIO
- 5.4.4. DIREZIONE DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO
- 5.4.5. DIREZIONE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
- 5.4.6. DISTRETTO SOCIO-SANITARIO
- 5.4.7. DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA

- 5.4.8. AREA DELLA DEGENZA
- 5.4.9. MEDICINA GENERALE
- 5.4.10. DAY HOSPITAL (TRATTAMENTO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO)
- 5.4.11. PRONTO SOCCORSO
- 5.4.12. RIANIMAZIONE
- 5.4.13. ANESTESIA – TERAPIA INTENSIVA – SALE OPERATORIE
- 5.4.14. CHIRURGIA
- 5.4.15. DAY SURGERY
- 5.4.16. TERAPIA ANTALGICA
- 5.4.17. OSTETRICIA E GINECOLOGIA
- 5.4.18. PEDIATRIA (*comprese terapia intensiva neonatale e nido*)
- 5.4.19. OCULISTICA
- 5.4.20. OTORINOLARINGOIATRIA
- 5.4.21. ODONTOSTOMATOLOGIA
- 5.4.22. DEGENZA RIABILITATIVA (FISICA – GERIATRICA – RESPIRATORIA)
- 5.4.23. ORTOPEDIA
- 5.4.24. UROLOGIA ED ANDROLOGIA
- 5.4.25. ONCOLOGIA
- 5.4.26. HOSPICE
- 5.4.27. MALATTIE INFETTIVE
- 5.4.28. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- 5.4.29. NEFROLOGIA - ATTIVITA' DI DIALISI (*ospedaliera ed ambulatoriale*)
- 5.4.30. CARDIOLOGIA - UTIC
- 5.4.31. PNEUMOLOGIA
- 5.4.32. NEUROLOGIA
- 5.4.33. GERIATRIA
- 5.4.34. DIABETOLOGIA
- 5.4.35. DERMATOLOGIA
- 5.4.36. ALLERGLOGIA
- 5.4.37. ANATOMIA PATOLOGICA

- 5.4.38. RADIOTERAPIA
- 5.4.39. MEDICINA NUCLEARE
- 5.4.40. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA
- 5.4.41. MEDICINA TRASFUSIONALE
- 5.4.42. ATTIVITA' DI LABORATORIO (*laboratorio analisi e microbiologia*)
- 5.4.43. FARMACIA (*ospedaliera e territoriale*)
- 5.4.44. PSICHIATRIA
- 5.4.45. SERT
- 5.4.46. PSICOLOGIA
- 5.4.47. POLIAMBULATORI (*ambito non ospedaliero*)
- 5.4.48. ATTIVITA' AMBULATORIALE
- 5.4.49. ATTIVITA' AMBULATORIALE DI RIABILITAZIONE (*si applicano anche i requisiti dell'attività ambulatoriale*)
- 5.4.50. CONSULTORI FAMILIARI
- 5.4.51. STUDI ODONTOIATRICI
- 5.4.52. STABILIMENTI TERMALI
- 5.4.53. 118
- 5.4.54. ADI
- 5.4.55. SERVIZI DOMICILIARI
- 5.4.56. SERVIZI TERRITORIALI PER UTENTI CON DIPENDENZE PATOLOGICHE E PER UTENTI CON DISTURBI DELLA SALUTE MENTALE
- 5.4.57. STRUTTURA RESIDENZIALE PER PAZIENTI CON DIPENDENZE PATOLOGICHE
- 5.4.58. STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE PER PAZIENTI CON DIPENDENZE PATOLOGICHE
- 5.4.59. STRUTTURA RESIDENZIALE PER PAZIENTI CON DISTURBI DELLA SALUTE MENTALE
- 5.4.60. STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE PER PAZIENTI CON DISTURBI DELLA SALUTE MENTALE
- 5.4.61. RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)
- 5.4.62. STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO-SANITARIA PER PAZIENTI AFFETTI DA MORBO DI ALZHEIMER E CON SINDROMI DEMENZIALI COMPLICATE DA DISTURBI COMPORTAMENTALI
- 5.4.63. STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE SOCIO-SANITARIA PER PAZIENTI AFFETTI DA MORBO DI ALZHEIMER E CON SINDROMI DEMENZIALI COMPLICATE DA DISTURBI COMPORTAMENTALI

I requisiti di accreditamento sono presentati nella seguente forma:

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.			Doc/strutt	I oppure V	

- Nella prima colonna (N. = numero progressivo) è indicata la progressione numerica dei requisiti all'interno del paragrafo.
- Nella seconda colonna (requisito) è enunciato per esteso il requisito di qualità richiesto, con eventuali note di chiarimento per una corretta interpretazione del requisito stesso.
- Nella terza colonna (risposta) è trascritta la corrispondenza al requisito utilizzando esclusivamente una delle seguenti opzioni:  
 SI (requisito completamente posseduto)  
 NO (requisito non posseduto)  
 N/A (non applicabile, in caso di requisito non pertinente). Per ogni requisito ritenuto non pertinente alla struttura per la quale è presentata l'istanza di accreditamento, deve essere motivata – per iscritto - la non applicabilità.
- Nella quarta colonna (evidenza) è indicato il modo con cui deve essere data evidenza del possesso del requisito:  
 “doc” significa che l'evidenza è data dalla presenza di un documento scritto (trasmesso come allegato all'istanza oppure visionato in sede di sopralluogo)  
 “strutt” significa che l'evidenza è data in sede di sopralluogo.
- Nella quinta colonna (debito) vengono date le informazioni relative alle modalità di mantenimento dell'accREDITamento:  
 I sta ad indicare che il requisito è oggetto di debito informativo  
 V sta ad indicare che il mantenimento del requisito è accertato mediante una verifica presso la struttura.
- Nella sesta colonna (osservazioni) vengono fornite informazioni relative:
  - alle modalità con cui è stata verificata la sussistenza del requisito
  - alle motivazioni dell'eventuale non applicabilità del requisito
  - alla forma con cui viene rispettato il debito informativo (per il mantenimento dell'accREDITamento).

## 4. IL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO

MODALITA' E TERMINI DEL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE ED ATTIVITA' SANITARIE E SOCIO-SANITARIE - SVOLTE DA SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI IN VALLE D'AOSTA - AI SENSI DELL'ART. 38 DELLA LEGGE REGIONALE 25 GENNAIO 2000, N. 5 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI.

### Art. 1

#### (Ambito di applicazione)

1. Il rilascio dell'accREDITamento di strutture ed attivit  sanitarie e socio-sanitarie – svolte da soggetti pubblici e privati in Valle d'Aosta - ai sensi dell'art. 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni,   subordinato al possesso<sup>1</sup> dell'autorizzazione all'esercizio, ai sensi della normativa statale e regionale vigente in materia, nonch  alla verifica del possesso dei seguenti requisiti:
  - a. requisiti strutturali – sia generali sia specifici, in relazione all'attivit  svolta – previsti dalle schede di cui ai punti 5.1. e 5.2. del presente manuale;
  - b. requisiti organizzativi – sia generali sia specifici, in relazione all'attivit  svolta – previsti dalle schede di cui ai punti 5.3. e 5.4. del presente manuale.
2. L'accREDITamento di strutture ed attivit  sanitarie e socio-sanitarie svolte da soggetti pubblici e privati in Valle d'Aosta tiene conto, inoltre, dei seguenti fattori: presenza, rispondenza e permanenza nel tempo, di requisiti di qualificazione relativi all'attivit  svolta, ai risultati qualitativi e quantitativi raggiunti ed alle risorse umane, finanziarie e tecnologiche impiegate dalla struttura.
3. Le modalit  per il rilascio dell'accREDITamento ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5, e successive modificazioni, si applicano anche per l'ampliamento e per il trasferimento delle strutture o per le modificazioni di attivit  gi  accreditate.

### Art. 2

#### (Istanza di accREDITamento)

1. L'istanza per il rilascio dell'accREDITamento a strutture ed attivit  sanitarie e socio-sanitarie, svolte da soggetti pubblici e privati in Valle d'Aosta, ai sensi della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, deve essere presentata, su apposito modulo<sup>2</sup>, alla struttura competente in materia di qualit , dell'Assessorato sanit , salute e politiche sociali.

---

<sup>1</sup> La presentazione dell'istanza per il rilascio dell'accREDITamento pu  essere contestuale all'accertamento della sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale vigente in materia di autorizzazione all'esercizio di attivit  sanitarie e socio-sanitarie.

2. L'istanza – presentata in bollo (ad eccezione dei casi di esenzione previsti dalla normativa tributaria vigente) e sottoscritta dal titolare della struttura o suo delegato, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 35 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19 “Nuove disposizioni in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi” e dall'art. 38 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 – deve essere corredata dalle schede di autovalutazione previste dal presente manuale, compilate in relazione all'attività o alla struttura oggetto di accreditamento, nonché da tre copie della documentazione necessaria – secondo quanto previsto dalle medesime schede – ad attestare l'evidenza della sussistenza dei relativi requisiti<sup>3</sup>.
3. E' fatta salva la facoltà dei soggetti preposti all'esame dell'istanza, di richiedere ogni altro documento utile ai fini dell'accertamento della sussistenza dei requisiti di cui all'art. 1.
4. Dall'istanza deve emergere se si tratta di:
  - primo accreditamento;
  - rinnovo di accreditamento;
  - altro: modifiche<sup>4</sup>, ampliamento o trasferimento della struttura.

### **Art. 3 (Irricevibilità ed incompletezza delle istanze)**

1. L'istanza è irricevibile<sup>5</sup> nei seguenti casi:
  - quando non è firmata;
  - quando non è completa delle schede di autovalutazione previste dal presente manuale;
  - quando è presentata da un soggetto non autorizzato all'esercizio dell'attività<sup>6</sup>.
2. L'irricevibilità dell'istanza – qualora non sia stato possibile accertarla al momento della sua presentazione – è comunicata in forma scritta, con lettera raccomandata A.R. al richiedente, con l'indicazione della motivazione o della documentazione mancante di cui al comma 1.

---

<sup>2</sup> Predisposto dalla struttura regionale competente in materia di qualità, disponibile presso tale struttura e scaricabile dal sito [www.regione.vda.it](http://www.regione.vda.it), nella sezione dedicata alla “Qualità”.

<sup>3</sup> Sono fatte salve le disposizioni di cui agli articoli 30 e 31 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19, in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà.

<sup>4</sup> Si intendono le modifiche sostanziali (quali, ad esempio, la variazione del numero di utenti, la modifica dell'assetto societario nonché modifiche dell'attività svolta), per le quali è necessaria l'approvazione da parte della Giunta regionale, a conclusione di un nuovo procedimento amministrativo – riferito all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento - avviato su istanza di parte. Ci possono essere, tuttavia, variazioni che non necessitano di istanza e non danno luogo ad un nuovo procedimento; queste variazioni “formali” devono comunque essere comunicate alla struttura regionale competente in materia di qualità, la quale dovrà semplicemente prenderne atto.

<sup>5</sup> E non dà, quindi, inizio alla fase istruttoria.

<sup>6</sup> Sul possesso dell'autorizzazione all'esercizio, si rinvia al commento di cui alla nota 1.

3. Se l'istanza è ricevibile, la struttura regionale competente in materia di qualità comunica al richiedente, entro trenta giorni dal suo ricevimento, l'avvio del procedimento o – in caso di incompletezza dell'istanza o di incongruenze nella documentazione presentata – l'eventuale sospensione dei termini per la sua conclusione, in pendenza delle integrazioni richieste.

#### **Art. 4**

##### **(Esame delle istanze e termini del procedimento amministrativo)**

1. L'esame delle istanze di accreditamento viene effettuato, in ordine cronologico, solo se le stesse sono complete della necessaria documentazione, nel rispetto di quanto previsto, in materia di termini del procedimento amministrativo, dai successivi commi 6 e 7.
2. Ai fini dell'istruttoria, la struttura regionale competente in materia di qualità acquisisce, dal competente Servizio del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, il parere tecnico-strutturale ed igienico-sanitario sui requisiti strutturali generali e specifici previsti dalle schede del presente manuale.
3. Ai fini dell'istruttoria, la struttura regionale competente in materia di qualità acquisisce, dalla struttura regionale competente per materia, in relazione alla natura della struttura ed alla tipologia di utenza servita, il parere tecnico sui requisiti organizzativi generali e specifici previsti dalle schede del presente manuale.
4. La struttura regionale competente in materia di qualità può anche avvalersi della collaborazione della struttura competente in materia di risorse strutturali e tecnologiche dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, dei competenti servizi ospedalieri e territoriali dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta nonché, previa deliberazione della Giunta regionale, di professionisti esterni all'Amministrazione regionale.
5. Qualora i pareri vincolanti di cui ai precedenti commi 2, 3 e 4 del presente articolo non siano espressi entro il termine di 45 giorni dalla data della richiesta da parte della struttura regionale competente in materia di qualità, essi si intendono favorevoli.
6. Il termine entro cui è concluso il procedimento amministrativo per il rilascio dell'accreditamento di strutture ed attività sanitarie e socio-sanitarie, svolte da soggetti pubblici e privati in Valle d'Aosta, è di novanta giorni e decorre dalla data in cui l'istanza perviene alla struttura regionale competente in materia di qualità<sup>7</sup>.
7. Nel caso in cui emergano difformità o non perfetta corrispondenza tra quanto dichiarato nelle schede di autovalutazione e quanto verificato in sopralluogo, la struttura competente in materia di qualità, dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ne dà comunicazione al richiedente indicando le difformità rilevate e informando che, in pendenza del ricevimento dei chiarimenti richiesti, i termini per la conclusione del procedimento sono sospesi.

---

<sup>7</sup> Si vedano i casi di irricevibilità indicati all'art. 3, comma 1, nonché le ipotesi di sospensione dei termini di cui al comma 3 dello stesso articolo e al successivo comma 7 del presente articolo.



**Art. 5**  
**(Esito delle istanze)**

1. L'esito delle istanze di accreditamento – di rilascio o di diniego dell'accREDITAMENTO stesso – è comunicato al richiedente con nota della struttura regionale competente in materia di qualità, nei termini indicati all'art. 4 e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 3 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19.
2. La deliberazione della Giunta regionale concernente il rilascio dell'accREDITAMENTO, può contenere limitazioni o prescrizioni all'accREDITAMENTO stesso, nel caso in cui l'esito della relativa istanza sia condizionato.

**Art. 6**  
**(Durata dell'accREDITAMENTO)**

1. Il rilascio dell'accREDITAMENTO - concesso con deliberazione della Giunta regionale, per una durata di cinque anni dalla data di adozione della deliberazione stessa – comporta il passaggio alla successiva fase di mantenimento e sviluppo dell'accREDITAMENTO stesso, meglio descritta all'art. 7.
2. L'accREDITAMENTO richiesto da un ente che sia stato autorizzato all'esercizio nei 12 mesi antecedenti la data di presentazione dell'istanza, viene concesso – con deliberazione della Giunta regionale - per una durata di un anno dalla data di adozione della deliberazione stessa.

**Art. 7**  
**(Mantenimento e sviluppo dell'accREDITAMENTO)**

1. Il mantenimento e lo sviluppo dell'accREDITAMENTO concesso con deliberazione della Giunta regionale, è assicurato mediante lo svolgimento di tre tipologie di attività:
  - a. assolvimento del debito informativo<sup>8</sup> definito nelle schede del presente manuale;
  - b. verifica sul campo<sup>9</sup> con metodo campionario;
  - c. coinvolgimento del paziente nella valutazione del trattamento ricevuto, mediante la realizzazione di diverse attività corrispondenti ad altrettante fasi procedurali<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> I requisiti delle schede del presente manuale oggetto di debito informativo, in quanto relativi ad attività che richiedono un aggiornamento periodico, sono stati identificati con la lettera I nella colonna denominata "Debito". L'assolvimento di tale debito avviene mediante la trasmissione annuale – su supporto cartaceo oppure informatico – della documentazione attestante il possesso del relativo requisito.

<sup>9</sup> I requisiti delle schede del presente manuale oggetto di verifica sul campo, in quanto non valutabili attraverso il debito informativo, sono stati identificati con la lettera V nella colonna denominata "Debito". Le attività di verifica vengono svolte secondo quanto definito dalla Giunta regionale nell'ambito di una programmazione triennale relativa a tali verifiche.

2. Lo svolgimento delle attività descritte al comma 1 è condizione essenziale ai fini del mantenimento dell'accreditamento. Nel caso in cui le stesse non siano svolte secondo quanto previsto dalle disposizioni normative vigenti, si applica quanto disposto all'art. 9.

#### **Art. 8 (Rinnovo dell'accreditamento)**

1. I soggetti titolari di accreditamento, sei mesi prima della scadenza dello stesso, devono presentare – alla struttura dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali competente in materia di qualità – l'istanza di cui all'art. 2, secondo le medesime modalità previste per il rilascio dell'accreditamento.
2. All'istanza può essere allegata una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, attestante la permanenza del possesso dei requisiti previsti dal presente manuale, in caso di assenza di variazioni rispetto alla documentazione agli atti dei competenti uffici dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali.

#### **Art. 9**

##### **(Diffida, sospensione e revoca dell'accreditamento)**

1. In caso di riscontro, da parte della struttura regionale competente in materia di qualità, della perdita del possesso di uno o più requisiti previsti dal presente manuale per il rilascio dell'accreditamento oppure del mancato rispetto delle prescrizioni o delle limitazioni riportate nella relativa delibrazione di rilascio dell'accreditamento, la stessa provvede a notificare un provvedimento di diffida – al soggetto o all'ente titolare dell'accreditamento - assegnando eventuali prescrizioni ed il termine per la relativa regolarizzazione.
2. In caso di accertamento del mancato adeguamento alle prescrizioni contenute nell'atto di diffida nel termine previsto, la Giunta regionale – su proposta del dirigente della struttura regionale competente in materia di qualità – provvede a sospendere l'accreditamento rilasciato, assegnando un ulteriore termine per la relativa regolarizzazione.
3. Decorso inutilmente anche il secondo termine assegnato, la Giunta regionale – su proposta del dirigente della struttura regionale competente in materia di qualità – provvede a revocare l'accreditamento in questione.

---

<sup>10</sup> Le attività di coinvolgimento del paziente – già descritte al punto 2 del presente manuale – interessano i competenti uffici dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta e dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali che definiscono, annualmente, nello specifico piano operativo – la cui approvazione, da parte della struttura regionale competente in materia di qualità, deve avvenire entro la fine del mese di dicembre di ogni anno – quali sono le attività, le responsabilità, i tempi ed i risultati attesi in relazione alla scelta delle patologie, all'individuazione dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici nonché alla predisposizione del materiale informativo sull'iniziativa.

4. L'accreditamento può essere, inoltre, immediatamente revocato – fatte salve eventuali responsabilità penali – in caso di revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività nonché per gravi difetti di funzionamento o per gravi violazioni di legge che comportano rilevanti pregiudizi per gli utenti e per gli operatori.
5. La revoca dell'accreditamento comporta, ope legis, la sospensione dell'attività eventualmente svolta per conto del Servizio sanitario regionale.

**Art. 10**  
**(Disposizioni transitorie)**

1. Le presenti disposizioni entrano in vigore a far data dal 1° febbraio 2010.
2. Gli accreditamenti in scadenza nei primi sei mesi dell'anno 2010 si intendono prorogati di sei mesi, al fine di consentire alle strutture accreditate l'adeguamento alle nuove disposizioni.

## 5.1. I REQUISITI STRUTTURALI GENERALI

### LOCALIZZAZIONE IN RAPPORTO AI SERVIZI URBANI

*Edifici o complessi edilizi ove è prevista la presenza di utenti, esclusi i centri traumatologici, devono essere localizzati, in rapporto ai servizi urbani, con riguardo alla agevole necessità di essere raggiunti dal pubblico (utenti, visitatori) potendo lo stesso fruire di strutture e servizi urbani per la mobilità e la sosta.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	È disponibile almeno una fermata di linea di trasporto pubblico ad una distanza non superiore a 200 m.		strutt		
2.	Sono disponibili aree di sosta, anche pubbliche, ad una distanza minima dagli accessi non superiore a m. 500.		strutt		
3.	Sono disponibili percorsi accessibili, anche ai disabili, fino alle aree di sosta riservate e alle fermate di trasporto pubblico.		strutt		

### COLLEGAMENTI

*I complessi edilizi o gli edifici che ospitano servizi e funzioni tra loro correlate devono essere collegati attraverso percorsi chiusi o che si sviluppino internamente all'edificazione.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
4.	È disponibile almeno un percorso di collegamento che si sviluppa in ambiente chiuso per raggiungere tutti i servizi ove è prevista presenza di utenti <sup>1</sup>		strutt/doc		

<sup>1</sup> Il requisito può non essere applicabile per le strutture socio-sanitarie diurne e residenziali nel caso in cui alcune attività, soprattutto di carattere educativo, debbano essere svolte in locali non necessariamente collegati alla struttura (palestra, laboratori, ecc).

## IMPIANTI

*In tutte le strutture, l'illuminazione degli interni con luce artificiale deve essere assicurata mediante specifici impianti rispondenti a criteri di buona tecnica.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
5.	L'impianto di illuminazione è realizzato e garantisce i livelli di illuminazione conformemente alla Norma UNI 10380:1994 o altra norma aggiornata all'atto della richiesta di accreditamento.		doc		

*In tutti i locali di lavoro, soggiorno e passaggio, fatte salve motivate diverse necessità, deve essere assicurato il riscaldamento ambientale con specifico impianto rispondente a criteri di buona tecnica*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
6.	L'impianto di riscaldamento è in grado di assicurare la temperatura corretta <sup>2</sup> contemporaneamente in tutti gli ambienti indicati.		doc		

## SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
7.	La valutazione dei rischi sui luoghi di lavoro (o il Documento di Valutazione dei Rischi, nel caso in cui la sua redazione sia prevista dalla normativa vigente in materia) deve essere costantemente aggiornata		doc		

<sup>2</sup> Si intendono le temperature ambientali fissate dal D.P.R. 412/1993 e successive modificazioni.

## DISPOSITIVI PER LA COMUNICAZIONE

*Tutte le strutture funzionali e le diverse sedi distaccate delle stesse dispongono di dispositivi per la comunicazione e l'informazione*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
8.	In ogni singola struttura funzionale sono disponibili almeno: - una linea telefonica; - una linea fax; - un indirizzo di posta elettronica; - un personal computer completo di stampante per gestire i previsti servizi di rete; - una fotocopiatrice		strutt		

*Tutte le strutture funzionali con rilevanza esterna dispongono di un'organizzazione e impiegano strumenti per agevolare le comunicazioni tra strutture e pubblico*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
9.	Per le strutture con rilevanza esterna è disponibile: - un numero telefonico e un indirizzo di posta elettronica ai quali il pubblico possa richiedere informazioni; - una pagina Web ove siano reperibili informazioni su servizi, attività, orari al pubblico, telefoni, fax, indirizzi e indicazione del percorso stradale più veloce per raggiungere la struttura.		strutt/doc		
10.	Le strutture per l'emergenza devono essere contattabili 24 ore su 24, anche mediante un servizio di call center.		strutt		

## SEGNALETICA STRADALE

*Le strutture sede di attività e servizi sanitari<sup>3</sup> devono essere agevolmente individuabili nel contesto territoriale mediante segnaletica.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
11.	Le strutture di ricovero ospedaliero, i day hospital, i centri traumatologici, i poliambulatori, e le strutture residenziali sono individuabili mediante targhe stradali poste lungo le arterie principali che conducono agli accessi della struttura.		strutt		

## SEGNALETICA INTERNA

*Le strutture sede di articolate attività e servizi sanitari devono essere dotate di un sistema segnaletico di orientamento e di informazione agli utenti.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
12.	In prossimità dell'accesso di ogni singolo servizio ove sia prevista la presenza di pubblico è esposta una targa informativa contenente le seguenti informazioni: - denominazione del servizio, ambulatorio o ufficio; - nominativo del responsabile dell'attività; - orario di accesso al pubblico/visitatori; - numeri di telefono utili.		strutt		

<sup>3</sup> Per le strutture residenziali a valenza socio-sanitaria (es. strutture per il recupero dei soggetti con dipendenze patologiche) dovrà essere valutata l'opportunità del posizionamento di cartelli segnaletici.

## 5.2. I REQUISITI STRUTTURALI SPECIFICI

### 5.2.1. STRUTTURE OSPEDALIERE (EDIFICIO E COMPLESSI OSPEDALIERI)

#### DOTAZIONE DI SERVIZI GENERALI (DAY HOSPITAL)

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	La reception è situata in prossimità dell'ingresso principale		strutt		
2.	E' disponibile almeno un punto telefonico a disposizione degli utenti		strutt		
3.	In tutte le strutture, in ogni singolo edificio di complessi edilizi e per ogni piano è disponibile almeno un blocco di servizi igienici (un servizio maschi e un servizio femmine) ad uso del personale		strutt		
4.	In ogni singolo edificio è disponibile almeno un blocco di servizi igienici (un servizio maschi e un servizio femmine) ad uso del pubblico		strutt		

#### DOTAZIONE DI SERVIZI GENERALI (STRUTTURE A CICLO CONTINUATIVO)

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
5.	La reception è situata in prossimità dell'ingresso principale e comprende un punto informazioni		strutt		
6.	E' disponibile almeno un punto telefonico a disposizione degli utenti		strutt		
7.	E' disponibile almeno un blocco di servizi igienici (un servizio maschi e un servizio femmine) ad uso dei visitatori		strutt		



8.	E' fornito un servizio bar, anche mediante l'utilizzo di distributori automatici			strutt		
9.	E' disponibile una postazione multimediale a disposizione dei pazienti			strutt		
10.	E' disponibile la mensa per il personale			strutt		
11.	E' fornito un servizio religioso e/o locale per il culto			strutt		
12.	E' disponibile un'edicola oppure è fornito un servizio di distribuzione di giornali e di stampati			strutt		
13.	E' fornito un servizio biblioteca			strutt		
14.	E' disponibile uno sportello bancario e/o uno sportello bancomat			strutt		

#### SPAZI DI RELAZIONE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
15.	E' disponibile almeno un'area o un locale attrezzato con sedute e tavoli e/o tavolini, in ogni reparto di degenza o gruppo di reparti contigui		strutt		

#### SEGNALETICA INTERNA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
16.	In prossimità degli accessi sono esposte planimetrie generali della struttura e targhe con indicazione delle direzioni per raggiungere i diversi servizi		strutt		

## ARTICOLAZIONE FUNZIONALE

*Le strutture ospedaliere si sviluppano come equilibrata articolazione di insiemi di attività complementari, anche in grado di fornire livelli assistenziali diversi, che beneficiano, sotto il profilo dei costi organizzativi e gestionali, della reciproca vicinanza.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
17.	In tutte le strutture ospedaliere sono presenti le seguenti strutture funzionali (*): - medicina d'emergenza; - medicina e chirurgia generale; - strutture funzionali per specialità chirurgiche e/o mediche diverse; - struttura per assistenza specialistica ambulatoriale (**); - laboratori di analisi; - dipartimento di diagnostica per immagini.		strutt/doc		

(\*) Tali servizi devono essere garantiti direttamente, presso la sede principale, o mediante convenzioni con strutture sanitarie pubbliche o private attrezzate allo scopo.

(\*\*) In caso di strutture specializzate in alcuni settori, l'assistenza specialistica ambulatoriale da erogare deve essere attinente a tali settori.

## PROGRAMMAZIONE DELLO SVILUPPO E DEGLI INTERVENTI EDILIZI

*La più razionale localizzazione, distribuzione e impiego delle diverse unità edilizie, è definita nel rispetto di una strategia complessiva che, sulla base degli obiettivi operativi stabiliti, tenga conto del miglior connubio tra esigenze di funzionalità, accessibilità, spazi e risorse disponibili.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
18.	Il DEA, gli ambulatori specialistici, la banca o le casse automatiche, il bar e l'edicola, occupano una posizione "centrale", con priorità decrescente, con riferimento alla distribuzione interna nonché ai collegamenti alla viabilità e ai trasporti pubblici.		strutt		

### CARATTERISTICHE DEI PERCORSI DI ACCESSO ALLE STRUTTURE

*I percorsi per il collegamento di servizi e attività tra loro interdipendenti garantiscono una distribuzione interna degli edifici efficace e funzionale anche in relazione alle attrezzature e ai materiali che vi devono transitare.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
19.	I percorsi di collegamento sono ottimizzati al fine di creare percorrenze preferenziali, anche se non esclusive, per le diverse funzioni <sup>4</sup> .		strutt		
20.	Negli edifici e complessi edilizi pluripiano sono disponibili ascensori dedicati a funzioni specifiche per lo spostamento di: - personale, degenti; - attrezzature mediche e sanitarie; - materiale pulito; - materiale sporco; - pubblico e altri servizi.		strutt		

### IMPIANTI

*Gli impianti tecnologici sono realizzati e gestiti in modo pianificato sulla base dell'esigenza di conseguire la migliore garanzia di continuità di funzionamento e di produttività, nonché il minor impatto negativo sulle attività principali.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
21.	È assicurata la centralizzazione degli impianti per la produzione e distribuzione di: - riscaldamento; - condizionamento; - acqua calda sanitaria; - gas medicali e altri fluidi tecnici.		strutt		

<sup>4</sup> Personale, degenti; attrezzature mediche e sanitarie; materiale pulito; materiale sporco; pubblico e altri servizi.

22.	È assicurata la centralizzazione della fornitura e distribuzione di energia elettrica.		strutt		
-----	--	--	--------	--	--

#### AGEVOLAZIONE DELLA MOBILITÀ INTERNA DEGLI UTENTI

*Nei complessi ospedalieri di maggiori dimensioni (con percorrenze interne superiori a 100 metri), si adottano iniziative e strategie per agevolare/facilitare la mobilità interna degli utenti e del pubblico.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
23.	E' assicurata la disponibilità di carrozzine per disabili in prossimità della zona ingresso da mettere gratuitamente a disposizione, ad utenti e visitatori, per la mobilità interna alla struttura.		strutt		
24.	E' assicurata la disponibilità di aree attrezzate con sedute per la sosta/riposo lungo i percorsi interni.		strutt		

#### SORVEGLIANZA DEGLI INGRESSI

*È necessario poter esercitare una sorveglianza sugli ingressi alle strutture ospedaliere.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
25.	In tutti gli edifici o nei complessi edilizi è individuato un ingresso carraio sorvegliato.		strutt		
26.	In tutti gli edifici o nei complessi edilizi è individuato un ingresso principale presso il quale è disponibile un servizio di portineria, con compito almeno di sorveglianza sugli accessi.		strutt		
27.	In edifici o complessi edilizi aventi accessi ulteriori deve esercitarsi - anche a distanza, con l'ausilio di specifici impianti - la sorveglianza o la limitazione di accesso al solo personale autorizzato.		strutt		

## 5.2.2. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI A CARATTERE RIABILITATIVO<sup>5</sup>

### DOTAZIONE DI SERVIZI GENERALI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	La reception è situata in prossimità dell'ingresso principale		strutt		
2.	E' disponibile almeno un punto telefonico a disposizione degli utenti		strutt		
3.	In tutte le strutture, in ogni singolo edificio di complessi edilizi e per ogni piano è disponibile almeno un blocco di servizi igienici (un servizio maschi e un servizio femmine) ad uso del personale		strutt		
4.	In ogni singolo edificio è disponibile almeno un blocco di servizi igienici (un servizio maschi e un servizio femmine) ad uso del pubblico		strutt		

### SPAZI DI RELAZIONE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
5.	E' disponibile almeno un'area o un locale attrezzato con sedute e tavoli e/o tavolini, in ogni reparto di degenza o gruppo di reparti contigui <sup>6</sup>		strutt		

<sup>5</sup> In particolare strutture socio-sanitarie riabilitative per ospiti con dipendenze patologiche o affetti da patologie psichiatriche, nonché strutture sanitarie di riabilitazione.

<sup>6</sup> In caso di struttura socio-sanitaria può essere sufficiente un solo spazio per l'intera struttura.

## LOTTO EDILIZIO

L'area edilizia di pertinenza deve essere precisamente individuata e utilizzata esclusivamente per le attività sanitarie e socio-sanitarie qualificate dalla programmazione sanitaria e socio-assistenziale regionale.

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
6.	Per le strutture che si sviluppano per corpi o blocchi edilizi distinti, la perimetrazione dell'area è delimitata.		strutt		

## PROGRAMMAZIONE DELLO SVILUPPO E DEGLI INTERVENTI EDILIZI.

La più razionale localizzazione, distribuzione e impiego delle diverse unità edilizie, è definita nel rispetto di una strategia complessiva che, sulla base degli obiettivi operativi stabiliti, tenga conto del miglior connubio tra esigenze di funzionalità, accessibilità, spazi e risorse disponibili.

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
7.	I locali ricreativi sono localizzati lontano da fonti inquinanti e adiacenti ad aree verdi.		strutt		
8.	I servizi accessori (edicola, bar, bancomat, telefoni) sono localizzati in punti facilmente accessibili agli utenti <sup>7</sup> .		strutt		

## CARATTERISTICHE DEI PERCORSI DI ACCESSO ALLE STRUTTURE.

I percorsi per il collegamento di servizi e attività tra loro interdipendenti garantiscono una distribuzione interna degli edifici efficace e funzionale anche in relazione alle attrezzature e ai materiali che vi devono transitare.

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
9.	I percorsi di collegamento sono ottimizzati al fine di creare percorrenze preferenziali, anche se non esclusive, per le diverse funzioni <sup>8</sup> .		strutt		

<sup>7</sup> Tale requisito potrebbe non essere applicabile ad alcune strutture di tipo socio-sanitario (per la tipologia di utenza servita o per la dimensione della struttura stessa).

## IMPIANTI TECNOLOGICI.

*Gli impianti tecnologici sono realizzati e gestiti in modo pianificato sulla base della esigenza di conseguire la migliore garanzia di continuità di funzionamento e di produttività, nonché il minor impatto negativo sulle attività principali.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
10.	È assicurata la centralizzazione degli impianti per la produzione e distribuzione di: - riscaldamento; - condizionamento; - acqua calda sanitaria.		strutt		
11.	È assicurata la centralizzazione della fornitura e distribuzione di energia elettrica.		strutt		

## AGEVOLAZIONE DELLA MOBILITÀ INTERNA DEGLI UTENTI.

*Nelle strutture residenziali a carattere riabilitativo di maggiori dimensioni (con percorrenze interne superiori a 100 metri), si adottano iniziative e strategie per agevolare/facilitare la mobilità interna degli utenti e del pubblico.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
12.	È assicurata la disponibilità di carrozzine per disabili in prossimità della zona ingresso da mettere gratuitamente a disposizione per uso all'interno della struttura a utenti e visitatori.		strutt		
13.	È assicurata la disponibilità di aree attrezzate con sedute per la sosta/riposo lungo i percorsi interni.		strutt		

<sup>8</sup> Personale; degenti e malati; attrezzature mediche e sanitarie; materiale pulito; materiale sporco; pubblico e altri servizi.

## SORVEGLIANZA DEGLI INGRESSI.

*È necessario poter esercitare una sorveglianza sugli ingressi alle strutture residenziali a carattere riabilitativo.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
14.	In tutti gli edifici o nei complessi edilizi è individuato un ingresso carroio sorvegliato.		strutt		
15.	In tutti gli edifici o nei complessi edilizi è individuato un ingresso principale presso il quale è disponibile un servizio di portineria, con compito almeno di sorveglianza sugli accessi.		strutt		



### 5.2.3. POLIAMBULATORI

#### DOTAZIONE DI SERVIZI GENERALI E RAZIONALIZZAZIONE DEI SERVIZI

*Per migliorare la percezione di fruibilità dei servizi da parte di utenti, visitatori ed operatori, è assicurato l'accorpamento strategico di blocchi di servizi comuni a più ambulatori specialistici o alla totalità degli stessi e sono disponibili i seguenti servizi:*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Reception, situata in prossimità dell'ingresso principale		strutt		
2.	Centro di prenotazione ed informazione		strutt		
3.	Sportello cassa e/o cassa automatica, per il pagamento delle prestazioni sanitarie anche mediante bancomat o carta di credito		strutt		
4.	Punto telefonico a disposizione degli utenti		strutt		
5.	Spogliatoi per il personale		strutt		
6.	Almeno un blocco di servizi igienici (un servizio maschi e un servizio femmine) ad uso del personale (in tutte le strutture, in ogni singolo edificio di complessi edilizi e per ogni piano)		strutt		
7.	Almeno un blocco di servizi igienici (un servizio maschi e un servizio femmine) ad uso del pubblico (in ogni singolo edificio)		strutt		

#### CONTROLLO DEGLI ACCESSI

*Sorveglianza degli ingressi a mezzo di personale*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
8.	In tutti gli edifici o blocchi edilizi aventi accesso autonomo, deve essere localizzata una funzione		strutt		

	di sorveglianza degli ingressi durante l'orario di apertura al pubblico <sup>9</sup>				
9.	Negli edifici o complessi edilizi aventi possibilità di ingresso ulteriori, sono disponibili – oltre alla funzione di sorveglianza – sistemi di sorveglianza anche remoti e di limitazione di accesso al personale autorizzato		strutt		

#### RELAZIONI FUNZIONALI E LOGISTICHE

*E' assicurata l'interdipendenza con strutture sanitarie e di servizi complementari*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
10.	Le prestazioni offerte riguardo a visite, esami e diagnostica non invasiva sono erogate in ambulatori localizzati in ambito poliambulatoriale o ospedaliero, mentre quelle di tipo invasivo possono essere erogate solo in ambito ospedaliero		doc/strutt		

<sup>9</sup> La sorveglianza può essere svolta anche da personale addetto ad altri servizi (come, ad esempio, punto informazioni, reception, segreteria), purché sia in prossimità dell'ingresso e con vista diretta sullo stesso.

### 5.3. I REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

#### 5.3.1. POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITÀ

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono esplicitati la missione e gli obiettivi generali del soggetto richiedente.		doc		
2.	Sono esplicitate le politiche e le azioni mediante le quali sono perseguiti gli obiettivi generali.		doc		
3.	Le politiche e le azioni mediante le quali sono perseguiti gli obiettivi generali sono scomposte in periodi temporali.		doc		
4.	Esistono modalità tese a: - misurare la soddisfazione dell'utente; - misurare l'efficienza e l'efficacia nel grado di raggiungimento degli obiettivi generali con indicatori.		doc	I	Il debito è relativo ai report e conseguenti valutazioni delle indagini svolte per il monitoraggio della soddisfazione dell'utente e del raggiungimento obiettivi
5.	Il piano generale annuale delle attività comprende: - gli obiettivi specifici congruenti con quelli generali; - le attività esistenti; - il volume atteso dell'attività; - la struttura ed i sistemi organizzativi; - i tempi di realizzazione; - le risorse umane, tecniche e finanziarie; - il metodo di rilevazione dei risultati.		doc	I	Il debito è riferito all'aggiornamento annuale del piano.
6.	E' prevista l'individuazione di centri di responsabilità all'interno della struttura (gestione, personale e formazione, acquisti, trattamento dei dati ecc.).		doc		

7.	E' adottato un sistema interno di controllo di gestione.		doc/strutt		Il debito è relativo alle rilevazioni periodiche ed alle eventuali azioni correttive
8.	Il sistema interno di controllo di gestione si compone di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- scomposizione in periodi infrannuali;</li> <li>- rilevazione periodica dei dati di attività;</li> <li>- rilevazione periodica dei costi e dei ricavi;</li> <li>- formulazione di indicatori sintetici ed analitici;</li> <li>- rilevazione degli scostamenti dagli obiettivi;</li> <li>- adozione di azioni correttive in itinere o <i>ex post</i></li> </ul>		doc/strutt	I	
9.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività sanitaria e/o socio-sanitaria svolta dalla struttura.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione
10.	La relazione annuale contiene la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e generali, nonché del volume dell'attività svolta correlata dell'analisi degli scostamenti rispetto al volume atteso.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione

5.3.2. STRUTTURA ORGANIZZATIVA E PRINCIPALI MECCANISMI ORGANIZZATIVI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	E' definito ed esplicitato l'organigramma del soggetto richiedente e della sede operativa, comprensivo della divisione per aree di attività.		doc		
2.	Esiste un elenco aggiornato - con cadenza semestrale - del personale della struttura con l'indicazione della qualifica e delle competenze attribuite.		doc		
3.	Sono identificate le aree di attività (es. ricovero, ambulatorio, ecc.) della struttura.		doc		
4.	Sono definite le procedure e le istruzioni operative relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accesso e la registrazione alle prestazioni;</li> <li>- l'acquisizione del consenso informato;</li> <li>- la consegna del referto o del risultato;</li> <li>- l'invio del referto o del risultato;</li> <li>- l'acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali.</li> </ul>		doc/strutt		
5.	Sono definite le procedure per l'erogazione di prestazioni con tariffa interamente o parzialmente a carico del cittadino.		doc		
6.	Sono a disposizione dell'utente le tariffe per le principali prestazioni a carico del cittadino.		doc/strutt		
7.	Sono definite le procedure per garantire la continuità assistenziale in caso di urgenze oppure eventi imprevisti (clinici, organizzativi e tecnologici).		doc		

8.	Sono definite le procedure di prelievo, di conservazione, di trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.		doc		
9.	Sono definite le procedure di pulizia, di lavaggio, di disinfezione e di sterilizzazione dei locali, delle risorse tecnologiche e degli accessori.	I	doc	I	Il debito è relativo alle attività di pulizia garantite/svolte (ad es. rinnovo capitolato)
10.	Sono definite le procedure di compilazione, di conservazione e di archiviazione dei documenti comprovanti le attività sanitarie svolte e della documentazione amministrativa.	I	doc/strutt	I	Il debito è relativo all'applicazione della procedura, ovvero attività sistematiche e periodiche di verifica sulla compilazione della documentazione sanitaria
11.	Sono definite le procedure per la gestione dei rifiuti.		doc		

### 5.3.3. GESTIONE E FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE

#### GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste il piano annuale di individuazione del fabbisogno del personale che definisce il numero di unità di personale per ciascuna qualifica professionale in rapporto ai volumi dei servizi erogati.		doc	I	Il debito è relativo al piano
2.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.		doc		
3.	Sono definiti i sistemi organizzativi interni di incentivazione del personale in modo coerente con il sistema di attribuzione degli obiettivi e di controllo di gestione.		doc		

#### FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE

4.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane (compreso il personale amministrativo), congruenti con il sistema dell'Educazione continua in medicina (ECM).		doc		
5.	E' effettuata un'analisi preventiva del fabbisogno formativo, anche attraverso il coinvolgimento dei partecipanti.		doc	I	Il debito è dato dall'evidenza di tale analisi
6.	Esiste un metodo di valutazione dell'attinenza del percorso formativo richiesto in relazione alle mansioni svolte.		doc		

7.	E' redatto un piano di formazione ed aggiornamento del personale congruente con le attività e gli obiettivi della struttura.		doc	I	Il debito è relativo all'aggiornamento annuale del piano
8.	Il piano di formazione e di aggiornamento del personale contiene: - l'analisi dei bisogni; - la presenza di indicatori di verifica dell'esito del piano rispetto ai bisogni rilevati; - la valutazione del raggiungimento degli obiettivi; - l'attribuzione dei crediti formativi (per le professionalità per cui è richiesta); - i costi di attuazione; - i soggetti formatori ed i formandi coinvolti.		doc	I	Il debito è relativo all'aggiornamento annuale del piano
9.	E' redatta una relazione annuale sull'attività di formazione svolta.		doc	I	
10.	Esiste un programma per favorire l'inserimento del personale neoassunto.		doc	I	Il debito è relativo ai nuovi inserimenti dell'anno
11.	Il personale che usa tecnologie è stato addestrato.		doc	I	Il debito è relativo all'addestramento sulle tecnologie acquistate nell'anno



5.3.4. GESTIONE DEGLI ACQUISTI E DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E STRUTTURALI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste un inventario generale delle risorse tecnologiche con indicazione della tipologia, della data di messa in commercio, del produttore, della collocazione e dello stato di sicurezza (manutenzione).		doc/strutt		
2.	Esiste un elenco delle risorse tecnologiche per le quali è richiesta massima continuità del servizio e immediata disponibilità		doc/strutt	I	Il debito è relativo all'aggiornamento annuale dell'elenco
3.	Esiste una procedura per la gestione degli acquisti di materiale di consumo e di risorse tecnologiche, in cui siano coinvolte anche eventuali strutture semplici.		doc		
4.	La Direzione sanitaria esprime valutazione tecnico-sanitaria e organizzativa sull'acquisto di nuove tecnologie, definendone le priorità.		doc		
5.	La disponibilità delle risorse tecnologiche, dei dispositivi medici e di materiale di consumo, è coerente con il piano di attività della struttura o delle parti di essa.		doc		
6.	Esiste una programmazione annuale e pluriennale per l'acquisto delle risorse tecnologiche in relazione alle attività da svolgere e all'obsolescenza delle risorse in uso.		doc		
7.	Esiste un piano annuale e pluriennale di manutenzione programmata delle risorse tecnologiche.		doc	I	Il debito è relativo al piano
8.	Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria di tutte le		doc	I	Il debito è relativo alla documentazione sulle attività di manutenzione ordinaria e straordinaria

	risorse tecnologiche in dotazione.				(appalti del servizio, report interventi) programmate e svolte nell'anno
9.	Esiste una procedura per garantire la sostituzione, anche temporanea, delle attrezzature tecnologiche vitali, in caso di bisogno.		doc		
10.	Esiste un piano annuale e pluriennale di manutenzione programmata delle risorse strutturali, consistenti in opere civili ed impiantistiche.		doc	I	Il debito è relativo all'aggiornamento del piano
11.	Esiste una procedura per garantire l'intervento urgente di manutenzione straordinaria ed ordinaria delle risorse strutturali.		doc		

5.3.5. GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ, LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esistono attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.		doc	I	Il debito informativo è relativo ad una relazione su attività svolte al riguardo nell'anno
2.	E' redatto ed approvato dalla Direzione un piano per la qualità, contenente: - gli obiettivi; - le strategie; - le risorse assegnate; - gli indicatori per la verifica delle attività svolte.		doc	I	Il debito è relativo all'aggiornamento del piano
3.	Il personale è stato coinvolto nelle attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.		doc		
4.	Esiste un elenco aggiornato, a disposizione del personale, dei regolamenti interni e delle linee guida, aggiornati (almeno triennialmente) per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti per rischio, per frequenza o per costo redatti con la collaborazione del personale		doc	I	Il debito informativo è relativo alle variazioni intervenute
5.	Il personale è coinvolto nelle procedure di stesura, di approvazione e di revisione dei regolamenti interni.		doc		

### 5.3.6. SISTEMA INFORMATIVO

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste un sistema interno di gestione della documentazione sanitaria e amministrativa.		doc		
2.	Il sistema interno di gestione della documentazione consente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- la classificazione;</li> <li>- l'identificazione;</li> <li>- la rintracciabilità;</li> <li>- la valutazione della qualità delle informazioni;</li> <li>- l'individuazione dell'interessato;</li> <li>- l'accesso agli atti dell'interessato.</li> </ul>		doc/strutt		
3.	Esistono integrazioni tra il sistema informativo gestionale sanitario e quello di approvvigionamento /contabile.		doc/strutt		
4.	Esistono integrazioni tra i sistemi gestionali specifici di strutture e il sistema informativo gestionale sanitario di riferimento.		doc/strutt		
5.	Sono definite procedure relative alle denunce obbligatorie.		doc		
6.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi derivanti da disposizioni nazionali e regionali.		doc/strutt	I	Il debito è relativo all'elenco
7.	Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali.		doc/strutt		

### 5.3.7. RAPPORTI CON L'UTENZA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	La struttura possiede una carta dei servizi o altro materiale informativo da divulgare al pubblico.		doc		
2.	La carta dei servizi o altro materiale informativo contengono le informazioni essenziali (luogo, modalità e tempi) per l'utenza sui servizi svolti dalla struttura previsti dalla normativa vigente in materia.		doc		
3.	La carta dei servizi o altro materiale informativo sono portati a conoscenza: - di tutti i soggetti e clienti esterni; - di tutti i soggetti e clienti interni.		doc		
4.	Sono definite, a tutela dell'utenza, le modalità di presentazione e di gestione dei reclami.		doc		
5.	Sono definite le modalità di rilevazione e di risoluzione delle cause dei reclami.		doc		
6.	E' individuato il referente della struttura addetto ai rapporti con il pubblico.		doc		

## 5.4. REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI

### 5.4.1. DIREZIONE GENERALE E STRUTTURE DI STAFF

POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITA'					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste un piano strategico aziendale (PSA) in cui sono esplicitati obiettivi e azioni strategiche a breve e medio periodo.		doc	I	Il debito è relativo al Piano
2.	Gli obiettivi e le azioni strategiche sono coerenti con gli indirizzi gestionali forniti dalla Regione e le normative vigenti.		doc		
3.	Gli obiettivi e le azioni strategiche sono definiti attraverso un processo di negoziazione almeno con la dirigenza delle macrostrutture coinvolte (Dipartimenti e distretti) nel raggiungimento degli obiettivi, con la previsione dell'indicazione del tempo necessario al loro perseguimento e delle scadenze entro le quali è verificato il loro raggiungimento.		doc	I	Il debito è relativo all'evidenza della negoziazione
4.	Il PSA è stato divulgato all'interno di tutte le unità organizzative.		doc	I	Il debito è relativo all'evidenza della diffusione
5.	Esiste documentazione che il sistema premiante è orientato al miglioramento della qualità delle prestazioni e all'appropriatezza e al raggiungimento degli obiettivi economici.		doc		
STRUTTURA ORGANIZZATIVA					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
6.	Esiste un documento in cui è definita l'organizzazione interna.		doc		

7.	E' definito ed aggiornato periodicamente l'organigramma.		doc	I	Il debito è relativo all'organigramma aggiornato
8.	Sono chiaramente indicate e diffuse le modalità di sostituzione dei responsabili delle unità organizzative o delle altre modalità organizzative interne in caso di assenza programmata e non programmata.		doc		
9.	Esiste un documento contenente l'indicazione delle attività e delle competenze attribuite alle Unità Organizzative o alle altre strutture.		doc		
10.	Esiste un documento, reso noto al personale interessato, contenente indicazioni per l'organizzazione dell'attività libero professionale intramoenia.		doc		
11.	Sono presenti modalità tali da garantire ed accertare il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa nel rapporto di lavoro del personale impegnato nelle strutture.		doc		
<b>CONTROLLO DI GESTIONE</b>					
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>
12.	Sono definiti la struttura organizzativa del Controllo di gestione (CG) ed il responsabile.		doc		
13.	È individuata la mappa dei centri di responsabilità (CR) con l'individuazione del responsabile.		doc		
14.	È formalizzato ed attivato il sistema di "budgeting".		doc		
15.	Sono definite le modalità di negoziazione degli obiettivi, delle attività e delle risorse.		doc		
16.	Esiste una procedura per la formalizzazione del budget per CR.		doc		
17.	È formalizzato ed attivato il sistema di "reporting".		doc	I	Il debito è relativo ai report periodici

18.	I report periodici sono periodicamente diffusi.					
19.	Sono previste modalità di raccordo e di integrazione tra il CG e la Ragioneria.			doc		
20.	È attivato il Nucleo di Valutazione aziendale.			doc	I	Il debito è relativo alla documentazione dell'attività svolta
21.	Sono esplicitate le modalità di raccordo ed interazione tra il CG, gli altri organi di staff (Gestione Risorse Umane, Qualità, ecc.) e il Nucleo di Valutazione.			doc		
22.	Per tutto il personale della struttura è disponibile un fascicolo contenente il curriculum professionale con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- i titoli accademici;</li> <li>- il percorso professionale;</li> <li>- i titoli scientifici;</li> <li>- il percorso professionale interno alla struttura;</li> <li>- le attività formative di aggiornamento professionale svolte.</li> </ul>			doc		
23.	Il PSA contiene l'esplicitazione della strategia aziendale per la formazione e ne è stata data comunicazione alle organizzazioni sindacali.			doc	I	
24.	Gli obiettivi del Piano di formazione sono coerenti con gli obiettivi aziendali.			doc	I	Il debito è relativo al Piano di formazione annuale (evidenza della coerenza degli obiettivi)
25.	E' destinato un budget specifico per realizzare il Piano di formazione annuale.			doc	I	Il debito è relativo al Piano di formazione annuale (evidenza budget specifico)
26.	Esiste un documento che regola il piano di acquisto di testi e riviste scientifiche.			doc		
27.	Esiste una biblioteca aziendale centralizzata.			strutt		
28.	Le attività di formazione comprendono un programma di addestramento alla rianimazione cardiopolmonare di base che coinvolga annualmente almeno il 15% del personale			doc	I	Il debito è relativo all'attività di formazione svolta



	sanitario e tutte le unità oper. di diagnosi e cura.								
29.	Esistono procedure per la valutazione periodica del clima aziendale interno.		doc	I					Il debito informativo è relativo ai report
30.	I risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale sono discussi e analizzati in apposite riunioni della direzione.		doc						
<b>GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE</b>									
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>				
31.	Esiste un piano annuale di acquisto delle risorse tecnologiche in cui siano definite le caratteristiche dell'acquisto (sostituzione, ammodernamento, sviluppo, innovazione) e le priorità.		doc	I	Il debito è dato dal piano				
32.	Sono identificate le procedure generali aziendali per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle risorse tecnologiche generali (es. gas medicali, ascensori, impiantistica)		doc						
33.	E' formalizzato un sistema di rilevazione dei tempi di fermo-macchina delle risorse tecnologiche generali, in caso di guasti.		doc	I	Il debito è relativo ai report conseguenti alle rilevazioni				
34.	Le procedure per l'acquisizione delle apparecchiature biomediche (generali e delle singole unità organizzative) sono regolamentate e vi è evidenza della loro applicazione nei capitoli specifici con definizione di standard di qualità e costo.		doc						
35.	Il personale utilizzatore delle apparecchiature biomediche (generali e delle singole unità organizzative) è coinvolto nella definizione dei bisogni di acquisto con riferimento alla definizione di specifiche tecniche, di criteri di scelta e di bisogni formativi correlati.		doc						

**GESTIONE DELLA QUALITÀ**

<b>REQUISITO</b>		<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>
<b>N.</b>					
36.	Esiste documentazione che, annualmente ogni unità organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto sperimentale di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), in linea con le indicazioni strategiche aziendali.		doc		
37.	Esiste una procedura formalizzata per la valutazione e diffusione periodica dei risultati delle attività di MCQ svolte a livello aziendale.		doc		
38.	Esiste documentazione che la Direzione Generale ha attivato programmi orientati allo sviluppo dell'appropriatezza d'uso dei trattamenti terapeutici e degli esami diagnostici, basati sull'evidenza scientifica.		doc	I	Il debito è relativo ai report di attività
39.	Esiste documentazione che la Direzione Gener. ha attivato programmi orientati all'appropriatezza d'uso dei regimi assistenziali (ricoveri ordinari, day-hospital, day-surgery ed attività ambulatoriale), basati sull'evidenza scientifica.		doc	I	Il debito è relativo ai report di attività
40.	A livello aziendale sono predisposti annualmente almeno 3 profili di assistenza (individuati dalla Direzione Sanitaria e/o Ufficio Qualità in collaborazione con i dipartimenti coinvolti e con la Direzione aziendale) e sono revisionati quelli precedentemente costruiti.		doc	I	Il debito è costituito dai profili di assistenza
41.	Per ogni profilo di assistenza, sono indicati: - i criteri che ne hanno determinato la scelta; - la descrizione del profilo; - gli indicatori di esito clinico e di processo; - il coordinatore o il gruppo di coordinamento; - gli operatori che hanno partecipato alla stesura;		doc	I	Il debito è costituito dai profili di assistenza e dai report degli indicatori

	- la data di compilaz. o conferma o aggiorn. E' effettuata annualmente la valutazione del grado di applicazione del profilo di assistenza e sono valutati i motivi di scostamento dal profilo.		doc	I	Il debito è relativo all'applicazione	alla verifica
42.			doc	I	Il debito è relativo alla documentazione dell'attività svolta	
43.	Sono attivati i programmi finalizzati al "buon uso del sangue, emocomponenti ed emoderivati", al "razionale utilizzo dei farmaci", al "razionale utilizzo dei presidi diagnostici", all'espianto di organi e tessuti.		doc	I		
<b>SISTEMA INFORMATIVO</b>						
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>	
44.	E' formalizzato un set di indicatori aziendali per il monitoraggio dell'attività svolta.		doc	I	Il debito è relativo ai report degli indicatori	
45.	Sono definite e regolamentate le procedure di accesso agli archivi informativi.		doc/strutt			
46.	Sono predisposte procedure per la valutazione della qualità dei dati e dei flussi informativi.		doc/strutt			
47.	E' garantita la compatibilità del sistema di gestione dei referti con il sistema informativo ospedaliero.		strutt			

5.4.2. UNITÀ ORGANIZZATIVE PER LA CURA DEI DIRITTI DEI CITTADINI E DEGLI UTENTI (CARTA DEI SERVIZI, URP, CUP)

CARTA E GUIDA DEI SERVIZI					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste una Carta dei Servizi resi nella struttura. Nella Carta sono indicati l'elenco e la sede delle unità organizzative con l'indirizzo, il numero telefonico e le modalità di accesso all'Ufficio relazioni con il pubblico (URP).		doc	I	Il debito è relativo agli aggiornamenti
2.			doc		
3.	Nella Carta sono indicati orari e modalità di accesso ai servizi e sono aggiornati periodicamente.		doc		
4.	Nella Carta sono indicati gli standard riguardanti i tempi massimi di attesa almeno per le seguenti prestazioni: - rilascio dei referti; - consegna delle cartelle cliniche; - ricoveri programmati; - prestazioni specialistiche e diagnostiche.		doc		
5.	Nella redazione della Carta sono state coinvolte le associazioni che rappresentano gli utenti.		doc		
6.	La Carta contiene l'elenco dei diritti e doveri dell'utente.		doc		
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)					
7.	Sono esplicitate le funzioni e le modalità di accesso all'URP.		doc		
8.	Sono fornite informazioni circa la presenza di organi di tutela degli utenti ed il possibile ricorso ad associazioni di volontariato attive nella struttura.		doc		
9.	L'URP dispone di procedure scritte per la presentazione e la gestione di reclami ed		doc		

	osservazioni comprensive dei tempi massimi di risposta.							
10.	Tutti i reclami pervenuti per iscritto, e in forma non anonima, ricevono risposta scritta entro 60 giorni.		doc	I				Il debito è relativo ai report sulla gestione dei reclami
<b>CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE (CUP)</b>								
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>			
11.	E' istituito un Centro Unico Prenotazione (CUP).		strutt					
12.	Sono fornite agli utenti informazioni circa costi, tempi e modalità per il pagamento, modalità di preparazione per l'esame.		doc					
13.	E' possibile effettuare prenotazioni tramite CUP sia al mattino sia al pomeriggio.		doc					
14.	L'attività del CUP è periodicamente valutata in ordine a efficienza, accessibilità, congruità con gli obiettivi della struttura e i bisogni degli utenti.		doc	I				Il debito è relativo alla documentazione delle attività periodiche di valutazione
15.	E' possibile la prenotazione telefonica di esami strumentali e visite specialistiche.		strutt					
16.	Sono definiti e sono a disposizione del pubblico i criteri per la formazione delle liste d'attesa.		doc/strutt					
17.	La struttura predisponde annualmente un rapporto sul rispetto delle liste di attesa e sulle cause che ne hanno determinato i cambiamenti.		doc	I				Il debito è relativo all'eventuale analisi delle cause ed ai cambiamenti
<b>CURA DEI DIRITTI DELL'UTENTE</b>								
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>			
18.	E' garantito l'accesso alle organizzazioni di volontariato secondo procedure definite.		doc					
19.	Per facilitare l'accesso e l'individuazione dei percorsi, esiste una segnaletica all'esterno dell'edificio, lungo i percorsi e all'ingresso delle unità organizzative e dei servizi di destinazione.		strutt					
20.	E' consentita a tutti gli utenti la possibilità di scelta dei menù dei pasti.		strutt					

21.	E' assicurato all'utente il servizio di barbiere e/o parrucchiere.		strutt		
22.	E' consentita all'utente durante la degenza l'assistenza religiosa nel rispetto della propria fede.		doc		
23.	E' assicurato al bisogno l'intervento del servizio sociale.		doc		
24.	La qualità percepita dagli utenti è oggetto di monitoraggio da parte della struttura almeno una volta all'anno.		doc	I	Il debito è relativo ai report derivanti dal monitoraggio
25.	Sono documentabili le modifiche apportate sull'organizzazione derivate dall'analisi dei risultati.		doc		
26.	E' garantita la possibilità a parenti ed accompagnatori di usufruire, all'interno della struttura, di pasti caldi.		strutt		

5.4.3. DIREZIONE DIPARTIMENTO SANITARIO

LA POLITICA, GLI OBIETTIVI E LE ATTIVITÀ					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste un documento di programmazione, per ogni unità organizzativa del Dipartimento, in cui sono esplicitati gli obiettivi e le attività di breve-medio periodo coerenti con gli obiettivi del Dipartimento e con le linee del Piano Strategico Aziendale (PSA).		doc	I	Il debito è relativo agli obiettivi e alle attività di breve-medio periodo
2.	Gli obiettivi del Dipartimento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sono misurabili attraverso indicatori specifici;</li> <li>- contengono l'indicazione del tempo necessario al loro perseguimento;</li> <li>- contengono l'indicazione delle scadenze entro cui andranno verificati.</li> </ul>		doc	I	Il debito è relativo ai report degli indicatori
3.	Gli obiettivi negoziati sono portati a conoscenza di tutto il personale del Dipartimento.		doc	I	Il debito è relativo alla sola diffusione
4.	I risultati dell'attività - svolta in relazione agli obiettivi prefissati nel budget - sono contenuti in un documento e formano oggetto di discussione con il personale dell'articolazione organizzativa almeno una volta all'anno.		doc	I	Il debito è relativo all'evidenza della discussione relativa al documento contenente i risultati dell'attività
LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE					
5.	E' definito l'organigramma del personale del Dipartimento.		doc		
LE PROCEDURE ORGANIZZATIVE GENERALI					
6.	Esiste un protocollo operativo comune al Dipartimento in cui sono esplicitati: <ul style="list-style-type: none"> <li>- criteri di accesso e trasferimento del paziente;</li> </ul>		doc		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- programmazione liste di attesa;</li> <li>- accoglimento e registrazione.</li> </ul>					Il debito è relativo alle verifiche sull'applicazione
7.	<p>Sono disponibili e applicati i protocolli operativi generali della struttura, emanati dalla Direzione Medica Ospedaliera, relativi almeno a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conservazione, manipolazione e smaltimento di sostanze chimiche e biologiche;</li> <li>- prelievo, conservazione e trasporto di tutti i materiali organici da sottoporre ad accertamenti;</li> <li>- utilizzo delle precauzioni universali.</li> </ul>	doc	I			
8.	Esistono protocolli operativi per il collegamento con i servizi e le unità organizzative funzionalmente connessi.	doc				
9.	Per le unità organizzative cliniche con degenza, sono documentate la predisposizione e l'applicazione di protocolli diagnostici, concordati con i dirigenti dei servizi diagnostici, relativi agli esami all'ingresso per almeno i tre DRG più frequenti.	doc	I			Il debito è relativo alle verifiche sull'applicazione
10.	Per le attività ambulatoriali, sono documentate la predisposizione e l'applicazione di protocolli diagnostici concordati con i dirigenti dei servizi diagnostici, per le cinque patologie più frequenti.	doc	I			Il debito è relativo alle verifiche sull'applicazione
11.	Le motivazioni delle variazioni apportate ai protocolli diagnostici sono documentate.	doc	I			Il debito è relativo alle variazioni e relative motivazioni
12.	Esiste un protocollo interno per l'accesso agli esami di alta specialità (TAC e RNM).	doc				
<b>LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ</b>						
13.	Ogni Dipartimento realizza programmi di MVQ ed i risultati delle attività sono documentati in forma scritta e periodicamente discussi in riunioni interne.	doc	I			Il debito è relativo all'intera attività di MCQ



IL SISTEMA INFORMATIVO				
14.	Esiste evidenza che i flussi informativi verso la Direzione Generale avvengono nei modi e nei tempi previsti dal sistema informativo aziendale.		doc/strutt	
LA COMUNICAZIONE				
15.	Il Dipartimento ha predisposto la Guida ai propri servizi.		doc	
16.	La Guida ai servizi è aggiornata periodicamente, con cadenza almeno annuale.		doc	Il debito è relativo all'aggiornamento

5.4.4. DIREZIONE DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

LA POLITICA, GLI OBIETTIVI E LE ATTIVITÀ					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste un documento di programmazione, per ogni unità organizzativa del Dipartimento, in cui sono esplicitati gli obiettivi e le attività di breve-medio periodo coerenti con gli obiettivi del Dipartimento e con le linee del Piano Strategico Aziendale (PSA).		doc	I	Il debito è relativo agli obiettivi e alle attività di breve-medio periodo
2.	Gli obiettivi del Dipartimento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sono misurabili attraverso indicatori specifici;</li> <li>- contengono l'indicazione del tempo necessario al loro perseguimento;</li> <li>- contengono l'indicazione delle scadenze entro cui andranno verificati.</li> </ul>		doc	I	Il debito è relativo ai report degli indicatori
3.	Gli obiettivi e le attività del documento di programmazione sono formulati con il coinvolgimento del Direttore del Dipartimento.		doc		
4.	Gli obiettivi negoziati sono portati a conoscenza di tutto il personale del Dipartimento.		doc	I	Il debito è relativo alla sola diffusione
LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
5.	E' definito l'organigramma del personale del Dipartimento.		doc		
6.	E' definita una matrice delle responsabilità e attività corrispondenti.		doc		
7.	Sono indicate le modalità di sostituzione - in caso di assenza - del personale per ogni ruolo.		doc		

8.	Lo schema organizzativo forma oggetto di revisione annuale oppure in caso di cambiamento del comitato di Dipartimento.	doc	I		
<b>LA GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE</b>					
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>
9.	Il Dipartimento dispone dell'inventario delle risorse tecnologiche presenti nel Dipartimento comprendente: - il tipo di strumento; - il fornitore; - il codice identificativo interno.		doc		
10.	Sono individuati i referenti del Dipartimento per l'attivazione delle procedure di manutenzione delle risorse tecnologiche.		doc		
<b>LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ</b>					
11.	Ogni Dipartimento realizza programmi di MVQ ed i risultati delle attività sono documentati in forma scritta e periodicamente discussi in riunioni interne.		doc	I	Il debito è relativo all'intera attività di MCQ
12.	I miglioramenti e i risultati raggiunti sono documentati e resi pubblici.		doc		
<b>IL SISTEMA INFORMATIVO</b>					
13.	Esiste evidenza che i flussi informativi verso la Direzione Generale avvengono nei modi e nei tempi previsti dal sistema informativo aziendale.		doc/strutt		
14.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività del Dipartimento		doc	I	Il debito è relativo alla relazione annuale

15.	La relazione sulle attività del Dipartimento è portata a conoscenza dei livelli superiori per gerarchia.		doc		
<b>LA COMUNICAZIONE</b>					
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>
16.	Il Dipartimento ha predisposto la Guida ai propri servizi.		doc		
17.	La Guida ai servizi è aggiornata periodicamente, con cadenza almeno annuale.		doc	I	Il debito è relativo all'aggiornamento

5.4.5. DIREZIONE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

LA POLITICA, GLI OBIETTIVI E LE ATTIVITÀ					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste un documento di programmazione, per ogni unità organizzativa del Dipartimento, in cui sono esplicitati gli obiettivi e le attività di breve-medio periodo coerenti con gli obiettivi del Dipartimento e con le linee del Piano Strategico Aziendale (PSA).		doc	I	Il debito è relativo agli obiettivi e alle attività di breve-medio periodo
2.	Gli obiettivi del Dipartimento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sono misurabili attraverso indicatori specifici;</li> <li>- contengono l'indicazione del tempo necessario al loro perseguimento;</li> <li>- contengono l'indicazione delle scadenze entro cui andranno verificati.</li> </ul>		doc	I	Il debito è relativo ai report degli indicatori
3.	Gli obiettivi e le attività del documento di programmazione sono formulati con il coinvolgimento del Direttore del Dipartimento.		doc		
4.	Gli obiettivi negoziati sono portati a conoscenza di tutto il personale del Dipartimento.		doc	I	Il debito è relativo alla sola diffusione
5.	I risultati dell'attività - svolta in relazione agli obiettivi prefissati nel budget - sono contenuti in un documento e formano oggetto di discussione con il personale dell'articolazione organizzativa almeno una volta all'anno.		doc	I	Il debito è relativo a una relazione/analisi dell'attività svolta nell'anno (utilizzando come riferimento gli obiettivi della scheda di budget ed uno o più verbali di riunione su questo documento)
LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE					
6.	E' definito l'organigramma del personale del Dipartimento.		doc		
7.	E' definita una matrice delle responsabilità e attività corrispondenti.		doc		
8.	Sono indicate le modalità di sostituzione - in caso di		doc		

	assenza - del personale per ogni ruolo.					
9.	Lo schema organizzativo forma oggetto di revisione annuale oppure in caso di cambiamento del comitato di Dipartimento.		doc			
<b>LA GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE</b>						
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>	
10.	Il Dipartimento dispone dell'inventario delle risorse tecnologiche presenti nel Dipartimento comprendente: - il tipo di strumento; - il fornitore; - il riferimento al contratto di acquisizione; - il codice identificativo interno.		doc			
11.	Sono individuati i referenti del Dipartimento per l'attivazione delle procedure di manutenzione delle risorse tecnologiche.		doc			
12.	Il Dipartimento ha evidenza dell'esecuzione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria.		doc			
<b>LE PROCEDURE ORGANIZZATIVE GENERALI</b>						
13.	Sono disponibili e applicati i protocolli operativi generali della struttura, emanati dalla Direzione Medica Ospedaliera, relativi almeno a: - conservazione, manipolazione e smaltimento di sostanze chimiche e biologiche; - prelievo, conservazione e trasporto di tutti i materiali organici da sottoporre ad accertamenti; - utilizzo delle precauzioni universali.		doc			
14.	Esistono protocolli operativi per il collegamento con i servizi e le unità organizzative funzionalmente connessi.		doc			
15.	Le attività sono assicurate secondo piani di lavoro		doc			

	discussi con le figure professionali presenti nella struttura organizzativa del Dipartimento.				
16.	Per la verifica delle attività i realizzate dal Dipartimento, sono definiti indicatori.	doc			
<b>LE PROCEDURE ORGANIZZATIVE SPECIFICHE</b>					
17.	Il Dipartimento predispone, almeno annualmente, il macroprocesso che corrisponde all'intera gestione di un problema di prevenzione e revisiona quelli precedentemente costruiti.	doc	I		Il debito è relativo alle attività annuali
18.	Per ogni macroprocesso, sono indicati: - i criteri che ne hanno determinato la scelta; - la descrizione del processo; - gli indicatori di esito; - il coordinatore o il gruppo di coordinamento; - gli operatori che hanno partecipato alla stesura; - la data di compilazione o conferma o aggiornamento.	doc			
19.	Gli operatori delle unità organizzative coinvolte nella costruzione del macroprocesso sono informati sui contenuti dello stesso e formati relativamente alle nuove procedure operative	doc			
20.	I documenti relativi al macroprocesso sono collocati in posizione facilmente accessibile in ogni unità organizzativa.	strutt			
<b>LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ</b>					
21.	Ogni Dipartimento realizza programmi di MVQ ed i risultati delle attività sono documentati in forma scritta e periodicamente discussi in riunioni interne.	doc	I		Il debito è relativo all'intera attività di MCQ
22.	I miglioramenti e i risultati raggiunti sono documentati e resi pubblici.	doc			
<b>IL SISTEMA INFORMATIVO</b>					
23.	Esiste evidenza che i flussi informativi verso la Direzione Generale avvengono nei modi e nei tempi	doc/strutt			

	previsti dal sistema informativo aziendale.					
24.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività del Dipartimento.		doc	I		Il debito è relativo alla relazione
25.	La relazione sulle attività del Dipartimento è portata a conoscenza dei livelli superiori per gerarchia.		doc			
<b>LA COMUNICAZIONE</b>						
26.	Il Dipartimento ha predisposto la Guida ai propri servizi.		doc			
27.	La Guida ai servizi è aggiornata periodicamente, con cadenza almeno annuale.		doc	I		Il debito è relativo all'aggiornamento



5.4.6. DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	E' definito un organigramma delle professionalità assegnate con relative funzioni e responsabilità a livello di Distretto.		doc		
2.	Il Direttore del Distretto svolge attività di monitoraggio dei servizi territoriali gestiti.		doc/strutt		
3.	Il Direttore del Distretto monitora e valuta il raggiungimento degli obiettivi assegnati - nella fase di contrattazione decentrata - ai MMG, ai PLS, alle branche di specialisti/professionisti ed ai convenzionati		doc/strutt		
4.	Il Direttore di Distretto partecipa almeno una volta ogni sei mesi agli incontri di équipe di assistenza territoriale		doc	I	Il debito è relativo all'evidenza della partecipazione agli incontri
5.	Sono previsti incontri periodici di coordinamento tra i Direttori di Distretto all'interno dell'AUSL		doc	I	Il debito è relativo all'evidenza della partecipazione agli incontri
6.	Il Direttore di Distretto sovrintende alle attività delle unità di valutazione multidisciplinari		strutt		
7.	Il Direttore di Distretto partecipa a: - collegio di direzione, - comitato aziendale medicina generale e pediatria di libera scelta, - commissioni farmaceutiche; - comitati tecnici scientifici per formaz. aziend.		doc	I	Il debito è relativo all'evidenza della partecipazione agli incontri
8.	E' documentata una comunicazione sistematica tra la Direzione di Distretto e i MMG/PLS		doc/strutt		
9.	E' attivo almeno uno sportello unico di informazione e accesso ai servizi		doc/strutt		
10.	Il Direttore di Distretto è coinvolto nel percorso di costruzione e monitoraggio dei Piani di zona		doc/strutt		

#### 5.4.7. DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA (DMO)

LA FUNZIONE ORGANIZZATIVA							
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni		
1.	Sono definiti in un documento l'organigramma del personale, la matrice di responsabilità e le attività corrispondenti della Direzione Medica Ospedaliera (DMO).		doc				
2.	E' redatta e trasmessa alla Direzione Generale una relazione sul raggiungimento degli obiettivi.		doc	I	Il debito è relativo all'evidenza della trasmissione.		
3.	Sono definite le procedure per l'ammissione e la definizione delle attività di tutto il personale volontario o frequentatore ed in formazione all'interno del presidio.		doc				
4.	Esiste un'articolazione organizzativa che garantisca la continuità assistenziale attraverso la predisposizione dei turni di guardia e di pronta disponibilità del personale sanitario.		doc				
5.	La DMO ha formalizzato le procedure per la formulazione dei pareri di competenza richiesti.		doc				
6.	Sono definiti i criteri di allocazione e di gestione delle risorse umane e materiali per i servizi di propria competenza.		doc				
7.	La DMO ha definito il piano di emergenza per tutta la struttura.		doc				
8.	La DMO ha definito un piano di massiccio accesso di utenti alla struttura (es. in caso di gravi incidenti o calamità).		doc				

LA FUNZIONE MEDICO-LEGALE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
9.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura la gestione dell'archivio sanitario, delle cartelle cliniche e del loro rilascio.		doc		
10.	La DMO ha regolamentato attraverso procedure la gestione del flusso informativo in tutti i casi di denunce obbligatorie.		doc		
11.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura la gestione degli adempimenti di polizia mortuaria.		doc		
12.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura l'applicazione della normativa in tema di sperimentazione.		doc		
13.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura la gestione degli espunti ed eventuali trapianti.		doc		
14.	La DMO si attiene alla normativa sulla privacy e ne ha regolamentato il rispetto.		doc		
LA FUNZIONE IGIENICA OSPEDALIERA					
15.	Esistono procedure per il controllo da parte della DMO dei servizi alberghieri della struttura.		doc		
16.	La DMO ha prodotto, aggiorna e verifica procedure per le pratiche di sterilizzazione, sanificazione e disinfezione		doc	I	Il debito è relativo all'avvenuta verifica dell'applicazione
17.	La DMO ha prodotto, aggiorna e verifica procedure e regolamenti per la gestione dei rifiuti ospedalieri.		doc	I	Il debito è relativo all'avvenuta verifica dell'applicazione
18.	Se la ristorazione è a gestione diretta, la DMO ha prodotto, aggiorna e verifica procedure e regolamenti per la gestione, sotto il profilo igienico, della ristorazione collettiva.		doc	I	Il debito è relativo all'avvenuta verifica dell'applicazione

19.	Se la ristorazione è a gestione indiretta, la DMO verifica il rispetto della normativa vigente in materia.		doc			
<b>LA FUNZIONE DI PREVENZIONE</b>						
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>	
20.	La DMO ha definito le strategie e le procedure per la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere.		doc			
21.	E' attivo un sistema di segnalazione delle infezioni come da normativa vigente.		doc			
22.	Esistono documenti che definiscono i casi e le modalità per l'isolamento dei pazienti affetti da malattie contagiose o presunte tali.		doc			
23.	Sono identificati i rischi e definite le procedure per garantire la sicurezza in ambito ospedaliero per gli utenti.		doc			
24.	Esiste evidenza che la DMO collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione per la rimozione dei rischi.		doc	I	Il debito è relativo agli incontri ed alle iniziative in collaborazione con SPP, per la rimozione dei rischi	
<b>LA FUNZIONE DI PROMOZIONE DELLA QUALITÀ</b>						
25.	La DMO ha attivato una procedura, per quanto di competenza, per la gestione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).		doc			
26.	Si eseguono verifiche periodiche documentate sulla completezza e correttezza della SDO.		doc	I	Il debito è relativo ai report dell'attività di verifica delle SDO	
27.	La DMO promuove e partecipa a programmi di valutazione sull'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali.		doc	I	Il debito è relativo ai report e analisi derivanti dall'attività svolta	

28.	La DMO promuove e partecipa a programmi di valutazione e miglioramento nella gestione delle liste d'attesa.		doc		
29.	La DMO promuove e partecipa a programmi di valutazione e miglioramento relativi all'applicazione dei protocolli diagnostici a livello di unità organizzative cliniche e di ambulatorio.		doc		

#### 5.4.8. AREA DELLA DEGENZA

LA GUIDA AI SERVIZI					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste la Guida ai servizi ed è fornita all'utenza. La Guida contiene informazioni riguardanti almeno: - nome e cognome del responsabile dell'Area di degenza e dello staff; - prestazioni erogabili; - modalità di accesso; - orari di ricevimento; - orario per le visite; - orari di erogazione dei pasti; - modalità per ritiro referti e/o documentazione clinica.		doc		
2.			doc		
3.	Nella Guida sono indicati i servizi di cui il cittadino può disporre durante il ricovero e le modalità di accesso agli stessi.		doc		
4.	Nella Guida sono indicati spazi ed arredamenti a disposizione dei pazienti.		doc		
ASPETTI ASSISTENZIALI					
5.	Viene monitorato il tasso di occupazione dei posti letto.		doc	I	Il debito è relativo ai report
6.	Sono stabiliti percorsi di appropriatezza al ricovero, condivisi tra reparti e con il pronto soccorso.		doc		
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
7.	E' garantita al personale la possibilità, anche mediante l'utilizzo di spazi comuni, di effettuare		strutt		

	riunioni interne ed attività di studio.					
8.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività di visita e medicazione.		doc/strutt	I		Il debito è relativo ai report e altro derivanti dalle attività di verifica dell'applicazione
9.	Esistono e sono seguite procedure relative alla corretta conservazione, gestione ed utilizzo dei dispositivi medici (inteso come <i>qualsiasi strumento o sostanza che è a contatto con l'uomo</i> ) utilizzati nell'ambito delle attività di medicazione.		doc/strutt	I		Il debito è relativo ai report e altro derivanti dalle attività di verifica dell'applicazione
10.	Devono essere adottati protocolli per l'esecuzione delle manovre strumentali abitualmente eseguite: toracentesi, paracentesi, artrocentesi, rachicentesi, posizionamento cateteri venosi centrali, periferici e sonde naso gastriche, posizionamento cateteri vescicolari, monitoraggio pressorio, stimolazione seni carotidei, incannulamento venoso, prelievo arterioso.		doc.			
11.	Sono garantiti il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e medicazione, compatibilmente con i vincoli strutturali e logistici delle singole unità organizzative.		strutt			
12.	Esistono e sono applicate procedure che garantiscono una adeguata prevenzione e trattamento dei decubiti nei casi di necessità.		doc	I		Il debito è relativo ai report e altro derivanti dalle attività di verifica dell'applicazione
13.	Esistono e sono applicate procedure che garantiscono una adeguata prevenzione delle infezioni ospedaliere.		doc	I		Il debito è relativo ai report e altro derivanti dalle attività di verifica dell'applicazione
14.	Esistono e sono applicate procedure che		doc	I		Il debito è relativo ai report e altro derivanti dalle

	garantiscono una adeguata prevenzione delle cadute accidentali.				attività di verifica dell'applicazione
15.	Sono previste procedure per la protezione da rischi legati a sollevamenti ed a posture nell'assistenza ai pazienti.		doc	I	Il debito è relativo ai report e altro derivanti dalle attività di verifica dell'applicazione
<b>LA CARTELLA CLINICA</b>					
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>
16.	Esistono e sono applicate disposizioni per la compilazione della cartella clinica comprensive di: - modalità di compilazione; - identificazione delle responsabilità per la compilazione; - definizione dei tempi massimi consentiti per la compilazione e per il completamento.		doc	I	Il debito è relativo ai report e altro derivanti dalle attività di verifica dell'applicazione
17.	Nella cartella clinica sono disponibili le informazioni sull'anamnesi generale e specifica relative al motivo del ricovero.		doc	V	
18.	Nella cartella clinica sono disponibili le informazioni sull'esame obiettivo generale e specifico relativo al motivo del ricovero.		doc	V	
19.	Nella cartella clinica è specificata la diagnosi o l'ipotesi diagnostica al momento del ricovero.		doc	V	
20.	La cartella clinica contiene le relazioni dettagliate sugli interventi diagnostici e terapeutici effettuati: - prescrizioni diagnostiche; - prescrizioni terapeutiche; - reazioni avverse; - le procedure operatorie ed invasive.		doc	V	



21.	Nella cartella clinica c'è evidenza del consenso informato ottenuto dal paziente per le procedure ed i trattamenti per i quali è richiesto.		doc	V	
22.	Nella cartella clinica sono riportati i referti ed i rapporti di consulenza.		doc	V	
23.	Nella cartella sono riportate, almeno giornalmente, annotazioni sul decorso clinico del paziente ed eventuali rivalutazioni dello stesso.		doc	V	
24.	Nella cartella clinica, nel caso di pazienti sottoposti a procedure operatorie, ad altre invasive e/o ad anestesia, sono incluse le seguenti informazioni: - descrizione dell'intervento (rilievi, procedure tecniche usate, parti prelevate, eventuali complicanze intra-operatorie); - nome dei componenti dell'intera équipe.		doc	V	
25.	Nella cartella clinica, nel caso di pazienti sottoposti a procedure operatorie o altre invasive e/o ad anestesia, sono incluse le seguenti informazioni relative al periodo post-operatorio: - segni vitali e livello di coscienza; - terapie effettuate; - ogni evento inusuale e/o le complicazioni postoperatorie e la gestione di tali eventi.		doc	V	
26.	Nella cartella clinica è presente copia della lettera di dimissione, rivolta al Medico di Medicina generale o Pediatra di Libera Scelta nella quale sono riassunte in maniera concisa le seguenti informazioni: - la ragione dell'ospedalizzazione;		doc	V	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- i rilievi significativi;</li> <li>- gli interventi diagnostico-terapeutici effettuati;</li> <li>- la condizione del paziente alla dimissione;</li> <li>- la chiara indicazione della terapia da svolgere fuori dalla struttura ospedaliera e di eventuali controlli o follow up;</li> <li>- ogni specifica istruzione data al paziente e/o familiari, qualora necessaria.</li> </ul>					
27.	La lettera di dimissione contiene, se necessarie, informazioni relative all'assistenza infermieristica post-ricovero.		doc	V		
28.	In caso di ricovero in situazioni di emergenza, nella cartella clinica sono acquisite le informazioni e/o i dati relativi alla fase di pre-ricovero necessari a garantire la continuità dell'assistenza.		doc	V		
29.	Quando un paziente è ammesso in ospedale, l'organizzazione dispone una procedura per assemblare le informazioni relative agli accessi precedenti.		doc			
<b>LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA (D.I.)</b>						
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>	
30.	La D.I. è strutturata e formalizzata in base alle esigenze assistenziali della unità organizzativa e contiene almeno la documentazione delle attività assistenziali e delle prestazioni eseguite.		doc	V		
31.	La D.I. costituisce parte integrante della cartella clinica.		doc	V		
32.	La D.I. contiene sezioni relative a: - registrazione di dati di tipo anagrafico; - registrazione, all'ingresso e in itinere, di dati		doc	V		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- di tipo anamnestico-clinico;</li> <li>- identificazione dei bisogni assistenziali (diagnosi infermieristica) e la relativa pianificazione degli interventi;</li> <li>- descrizione quotidiana degli interventi di assistenza infermieristica;</li> <li>- valutazione dei risultati degli interventi di assistenza infermieristica;</li> <li>- registrazione di dati e di informazioni diversi (relativi alla terapia, alla rilevazione di parametri vitali, ecc.).</li> </ul>					
33.	Le attività assistenziali sono realizzate anche attraverso procedure integrate con le altre professionalità.		doc			
34.	Esistono procedure per la verifica di qualità della D.I.		doc	I		Il debito è relativo ai report ed altri documenti conseguenti all'attività di verifica
<b>LA DIMISSIONE: I BISOGNI DELL'UTENTE E LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE</b>						
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>	
35.	La dimissione è comunicata all'utente con un giorno di preavviso.		doc	V		
36.	Per i pazienti che necessitano di dimissioni protette è garantita la continuità assistenziale concordata con gli operatori del distretto di appartenenza e del percorso		doc	V		
37.	Il paziente all'atto della dimissione è informato sul programma assistenziale e sui controlli da eseguire.		doc			
38.	All'atto della dimissione, il paziente che non è dimesso a domicilio riceve informazioni sulle strutture in cui proseguire il trattamento post-acute.		doc	V		

39.	Il Medico di Medicina Generale è informato sugli obiettivi assistenziali raggiunti durante la degenza e sulle proposte relative agli obiettivi perseguibili dopo la dimissione con il prosieguo delle cure.		doc	V	
40.	L'utente è informato alla dimissione sulle modalità per ottenere la certificazione e la documentazione clinica, se lo richiede.		doc	V	

#### 5.4.9. MEDICINA GENERALE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste un protocollo per la sorveglianza del paziente e la continuità assistenziale, condiviso tra il Pronto Soccorso e la presa in carico del paziente.		doc		
2.	Sono definiti i rapporti funzionali con i servizi diagnostici (laboratorio analisi, radiologia, endoscopia ecc)		doc/strutt		
3.	L'organizzazione interna dei ricoveri programmati deve essere esplicitata considerando i tempi di attesa prevedibili e i criteri di appropriatezza relativi al livello di assistenza.		doc		
4.	Le richieste di ricovero da parte del Medico di Medicina generale devono essere documentate in cartella clinica.		doc.	V	
5.	Esistono procedure e protocolli per il collegamento con le unità organizzative di riabilitazione.		doc.		
6.	Esistono procedure e protocolli per il collegamento con le unità organizzative di lungo degenza e strutture di lungo degenza		doc.		

5.4.10. DAY HOSPITAL (Trattamento diagnostico terapeutico)  
(applicare anche i requisiti dell'area di degenza)

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Se non esiste una struttura organizzativa autonoma collegata ad un'area di degenza è individuato un medico referente dell'attività.		doc		
2.	Deve essere garantita la continuità assistenza medica ed infermieristica nelle ore di erogazione del servizio.		doc/strutt		
3.	Sono previste modalità definite per la gestione dei posti letto dedicati all'attività giornaliera.		doc		
4.	Periodicamente è rivista la distribuzione dei posti dedicati all'attività solo diurna e alla degenza notturna (se prevista).		doc/strutt	I	Il debito è relativo a documentazione che comprovi l'attività di revisione della distribuzione dei posti
5.	Sono definiti e documentati i collegamenti funzionali con le altre strutture.		doc		
6.	È garantita l'integrazione degli interventi sanitari con quelli psicologici e sociali.		doc		
7.	Sono presenti i protocolli per l'effettuazione degli interventi diagnostico terapeutici.		doc		
8.	Sono presenti procedure che definiscono i criteri e le modalità di accesso.		doc		
9.	È compilata una scheda di dimissione ospedaliera (SDO).		doc		

5.4.11. PRONTO SOCCORSO

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	E' presente un sistema di archiviazione cartaceo su registro.		doc		
2.	E' presente un sistema di gestione clinica su base informatica [anche alternativo al requisito n. 1].		strutt		
3.	<p>E' prevista la compilazione del verbale di pronto soccorso che prevede le seguenti specifiche informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- codice di priorità e codice di patologia assegnati in sede di triage;</li> <li>- data e ora di arrivo del paziente al triage, inizio della visita, medico accettante;</li> <li>- dati anagrafici;</li> <li>- numero tessera sanitaria o codice fiscale;</li> <li>- problema principale o attuale;</li> <li>- segni vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, scala di Glasgow) su schema predisposto [se necessario];</li> <li>- esame obiettivo;</li> <li>- prestazioni erogate ed eventuali referti (consulenze, accertamenti diagnostici, interventi terapeutici), anche in fotocopie allegate;</li> <li>- diagnosi;</li> <li>- evoluzione durante osservazione (anche attraverso l'utilizzo di una cartella a parte) [se necessario];</li> <li>- prognosi [se necessario];</li> <li>- eventuale rifiuto di prestazioni con possibilità di firma [se necessario];</li> </ul>		doc		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- informativa inviata (indicazione sul destinatario e motivazione in caso di formulazione di denuncia) [se necessario];</li> <li>- provvedimento finale (ricovero, dimissione, trasferimento, decesso, salma a disposizione dell'Autorità Giudiziaria o riscontro diagnostico);</li> <li>- data e ora provvedimento finale;</li> <li>- firma leggibile e timbro del medico che provvede alla dimissione.</li> </ul>				
4.	<p>Sono disponibili i moduli per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- primo certificato per infortunio sul lavoro;</li> <li>- consenso informato per la somministrazione di emoderivati e di emocomponenti;</li> <li>- richiesta trattamento sanitario obbligatorio (TSO);</li> <li>- segnalazione di reazioni avverse a farmaci;</li> <li>- segnalazione di morsi di animali possibili portatori di rabbia.</li> </ul>	doc			
5.	<p>Sono compilati report almeno semestrali che comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rinvii a domicilio;</li> <li>- ricoveri nell'ospedale;</li> <li>- trasferimenti ad altri ospedali;</li> <li>- prestazioni erogate a pagamento e non;</li> <li>- tempi di permanenza in pronto soccorso;</li> <li>- consulenze richieste;</li> <li>- andamento degli indicatori di qualità (valutazione almeno semestrale).</li> </ul>	doc			
6.	<p>E' redatta una relazione annuale sull'attività svolta dal servizio che illustra il raggiungimento degli obiettivi e l'incidenza di eventi indesiderati.</p>	doc	I		Il debito è la relazione



7.	E' attivato un sistema di triage che assicura l'immediato accoglimento del paziente da parte di un infermiere adeguatamente formato che valuta la criticità e stabilisce la priorità di accesso assegnando un codice di gravità.		doc		
8.	Esistono procedure operative scritte e firmate dal responsabile in base alle quali attribuire il codice di gravità.		doc		
9	Esiste una scheda infermieristica di triage nella quale sono registrati i dati salienti e le decisioni prese		doc	V	
10.	La scheda infermieristica di triage è archiviata ed è disponibile.		strutt		
11.	La scheda infermieristica di triage è integrata nel sistema informatizzato.		strutt		
12.	E' fatta periodica verifica della congruità tra codice attribuito e reale gravità clinica.		doc	I	Il debito è relativo ai report
13.	Sono disponibili le seguenti procedure operative ed esiste evidenza dell'applicazione: - gestione oggetti di proprietà dei pazienti; - trasmissione di informazioni a parenti, forze dell'ordine, giornalisti, estranei; - denuncia all'autorità giudiziaria; - modalità di trasferimento dei pazienti critici.		doc	I	Il debito è relativo ai report e altro derivanti dalle attività di verifica dell'applicazione

14.	<p>Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici per i seguenti quadri clinici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- arresto cardiaco;</li> <li>- rianimazione cardio-polmonare;</li> <li>- trauma cranico;</li> <li>- politrauma;</li> <li>- dolore addominale;</li> <li>- dolore toracico;</li> <li>- avvelenamenti;</li> <li>- edema polmonare acuto;</li> <li>- episodio acuto di COPD;</li> <li>- aritmie minacciose.</li> </ul>	doc		
15.	<p>Sono disponibili le seguenti procedure operative per le modalità di proflassi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tetano;</li> <li>- rabbia;</li> <li>- post-esposizione a sangue umano;</li> <li>- post-esposizione a meningite;</li> <li>- gestione dei pazienti violenti;</li> <li>- principali procedure invasive.</li> </ul>	doc		

#### 5.4.12. RIANIMAZIONE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	<p>L'andamento clinico dei pazienti è registrato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in maniera sistematica;</li> <li>- con note in progress;</li> <li>- con commenti sull'andamento clinico;</li> <li>- con commenti sui trend dei parametri vitali e sui parametri ematologici, biochimici e microbiologici, oltre che sul bilancio idrico.</li> </ul>		doc/strutt		
2.	Sono disponibili procedure per l'utilizzo di farmaci per il trattamento delle più gravi emergenze (arresto cardiaco, aritmie, anafilassi, ipertensione e ipotensione, ipertermia maligna, psicosi acute e convulsioni).		doc		
3.	Sono disponibili procedure per l'utilizzo di antidoti per le intossicazioni più comuni.		doc		
4.	Esiste una procedura per la sorveglianza e il controllo delle infezioni che comprenda anche esami microbiologici sul sangue, i fluidi e i presidi invasivi ed esiste evidenza dell'applicazione.		doc	I	Il debito è relativo ai report e altro derivanti dalle attività di verifica dell'applicazione
5.	Si seguono procedure per il corretto uso degli antibiotici.		doc		
6.	Sono disponibili procedure per lo svezzamento dai respiratori automatici e dall'alimentazione artificiale.		doc		

5.4.13. ANESTESIA - TERAPIA INTENSIVA - SALE OPERATORIE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono definiti i criteri per la predisposizione del programma giornaliero degli interventi elettivi per ogni sala.		doc		
2.	Sono disponibili procedure per la gestione degli interventi "latex free".		doc		
3.	Sono disponibili procedure per l'accettazione e la gestione del paziente in sala operatoria.		doc		
4.	Esiste evidenza che in sala operatoria sono effettuate indagini strumentali per valutare la presenza di gas anestetici almeno ogni 6 mesi.		doc	I	Il debito è relativo ai report
5.	Esiste evidenza che in sala operatoria sono effettuate indagini strumentali per valutare la classificazione particellare e microbiologica in "at rest" e in "operation" almeno annualmente.		doc	I	Il debito è relativo ai report
6.	Esiste evidenza che in sala operatoria sono effettuate indagini strumentali per valutare la classificazione microbiologica sulle superfici in "at rest" almeno annualmente.		doc	I	Il debito è relativo ai report
7.	Esiste una procedura per il controllo periodico dei parametri microclimatici.		doc		
8.	Esiste una procedura per il controllo periodico del gradiente pressorio della sala rispetto agli ambienti confinanti.		doc		
9.	Tutti i controlli sull'impianto di condizionamento sono effettuati in accordo con la norma serie ISO 14644 (impianti di condizionamento) e successive modificazioni.		strutt/doc		
10.	Esistono procedure per lo stoccaggio e la movimentazione del materiale sterile.		doc		

#### 5.4.14. CHIRURGIA

*Applicabile a tutte le strutture chirurgiche*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Le richieste di ricovero da parte del Medico di Medicina generale devono essere documentate in cartella clinica.		doc	V	
2.	Esiste un piano di monitoraggio della ferita chirurgica (IFC) e sono sorvegliate con un appropriato ritorno dei dati epidemiologici ai chirurghi stessi al fine di pianificare una riduzione del rischio di IFC.		doc		
3.	Sono adottati protocolli per la profilassi antibiotica perioperatoria condivisi in tavoli di lavoro multidisciplinari.		doc		
4.	Sono adottati protocolli per la terapia antalgica.		doc		
5.	Sono adottate le profilassi anti trombo embolico.		doc		
6.	Esiste una procedura per valutare la qualità degli interventi (es. quanti pazienti devono essere sottoposti a nuovo intervento chirurgico)		doc	I	Il debito è relativo ai report
7.	Esistono e sono adottati protocolli per l'adozione della nutrizione parenterale enterale.		doc		
8.	Sono adottati protocolli per la gestione del paziente tra sala operatoria e reparto.		doc		
9.	Sono adottati protocolli per l'identificazione del paziente per reparto.		doc		
10.	È prevista la possibilità di garantire, ove richiesto, la possibilità dell'attività di pre-ricovero nell'arco di un'unica giornata.		doc/strutt		
11.	Sono monitorate le modalità di svolgimento della attività di pre-ricovero con particolare attenzione ai tempi.		doc		

5.4.15. DAY SURGERY  
(applicare anche i requisiti dell'area di degenza)

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Se non esiste una struttura organizzativa autonoma collegata ad un'area di degenza è individuato un medico referente dell'attività				
2.	Sono identificati letti e/o poltrone dedicati rispetto ai posti di ricovero ordinario.		strutt		
3.	È prevista un'area di degenza intesa come un ambiente di riposo post-operatorio per permettere il controllo dei parametri post-operatori e una graduale ripresa delle funzioni fisiologiche e delle normali attività.		strutt		
4.	Nel caso di un'attività organizzativa autonoma è prevista la presenza di personale infermieristico dedicato.		doc		
5.	È previsto un processo di controllo delle aree e dei fattori di rischio, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- controllo preoperatorio,</li> <li>- esecuzione dell'intervento,</li> <li>- controllo postoperatorio,</li> <li>- fase di dimissione,</li> <li>- contatti con il paziente nella fase domiciliare del postoperatorio.</li> </ul>		doc		
6.	La visita anestesiologicala è effettuata sistematicamente qualche giorno prima dell'intervento.		doc	V	
7.	Sono adottati protocolli per la terapia antalgica.		doc		
8.	Sono adottate le profilassi anti trombo embolico.		doc		
9.	È monitorato il numero di pazienti sottoposti a		doc	I	Il debito è relativo ai report

	nuovo intervento chirurgico nei successivi 30 giorni.					
10.	È monitorato il numero di pazienti ricoverati nelle 24 ore successive.		doc	I		Il debito è relativo ai report
11.	Esiste una procedura per l'attivazione del sistema di emergenza territoriale per il paziente dimesso.		doc			
12.	Se il presidio non fa parte della rete dell'emergenza sono stipulati accordi con Pronto soccorso e DEA.		doc			
13.	Sono rese note al paziente le modalità di organizzazione la reperibilità medica h 24.		doc			
14.	È compilata una scheda di dimissione ospedaliera (SDO).		doc			

#### 5.4.16. TERAPIA ANTALGICA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	E' redatto e disponibile un piano organico intra-ospedaliero di contenimento o di alleviamento del dolore, che preveda il coinvolgimento dei dipartimenti e delle componenti sociali e psicologiche.		doc	I	Il debito è relativo agli aggiornamenti al piano
2.	Sono prodotti e sono seguiti profili di assistenza per il trattamento delle seguenti patologie: - cefalee e dolore cranio-facciale; - dolore rachideo; - dolore vascolare; - dolore oncologico; - dolore neuropatico.		doc		
3.	Le prestazioni sono regolarmente registrate e la refertazione è corredata di: dati anamnestici, risultati dell'esame, conclusioni diagnostico-terapeutiche.		doc	V	
4.	Sono disponibili procedure aggiornate per i test diagnostici e prognostici farmacologici ed intrarachidei, se effettuati.		doc		
5.	Sono disponibili procedure aggiornate per i blocchi anestetici periferici diagnostici, se effettuati.		doc		
6.	Sono disponibili procedure aggiornate per la teletermografia, se effettuata.		doc		
7.	Sono disponibili procedure aggiornate per i trattamenti antalgici-antinfiammatori locali regionali centrali e periferici, se effettuati.		doc		
8.	Sono disponibili procedure aggiornate per i trattamenti antalgici-antinfiammatori e.v.		doc		



	regionali, se effettuati.				
9.	Sono disponibili procedure aggiornate per l'impianto di neurostimolatore midollare, se effettuato.	doc			
10.	Sono disponibili procedure aggiornate per l'impianto di dispositivi per somministrazione continua perimidollare farmacologica, se effettuato.	doc			
11.	Sono disponibili procedure aggiornate per l'epiduroscopia, se effettuata.	doc			
12.	Sono disponibili le procedure per la raccolta del consenso informato relativamente ai seguenti interventi terapeutici e diagnostici, se effettuati: - impianto di dispositivi per somministrazione continua perimidollare farmacologica; - interventi di neurolesione; - esame di epiduroscopia.	doc			
13.	E' effettuato un controllo ambulatoriale su pazienti inviati a domicilio affetti da dolore da cancro in trattamento con infusione continua perimidollare di farmaci.	doc			
14.	Esiste un collegamento funzionale formalizzato con il Centro Residenziale Cure Palliative (Hospice), se presente.	doc			

#### 5.4.17. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono promosse iniziative che mirano alla promozione della pratica del rooming-in e alla promozione dell'allattamento al seno.		doc		
2.	E' garantita la possibilità per la madre di usufruire di spazi e presidi (lettino, fasciatoio, lavandino, bilancia, materiale per pulizia neonati) per la cura e la pulizia del neonato.		strutt		
3.	La cartella clinica contiene, tra l'altro, le seguenti indicazioni: - scheda travaglio-parto (c.d. partogramma); - scheda neonato.		doc	V	
4.	L'unità dispone di una procedura per il monitoraggio del benessere materno e fetale in gravidanza.		doc		
5.	Esistono procedure per la valutazione clinico-strumentale nella gestione di anomalie e infezioni congenite.		doc		
6.	Sono previsti particolari protocolli diagnostico-terapeutici: - diabete gestazionale; - ipertensione gravidica; - ritardo nella crescita; - parto pre-termine; - aborto.		doc		
7.	La struttura dispone ed attua protocolli diagnostici per il monitoraggio del benessere materno e del neonato nel post-partum e nel puerperio.		doc		
8.	La struttura dispone di procedure per il collegamento funzionale formalizzato con le strutture territoriali.		doc		

9.	Sono garantiti, formalmente e funzionalmente, il collegamento e la possibilità di trasferimento ad unità assistenziali di livello superiore.		doc/strutt		
10.	E' prevista la possibilità di assistere a due parti in contemporanea.		strutt		
11.	E' garantita la possibilità di poter assistere contemporaneamente due neonati nell'isola neonatale.		strutt		
12.	La struttura dispone di una procedura per il monitoraggio del benessere materno/fetale durante il travaglio ed il parto.		doc		
13.	Esistono delle procedure per la gestione delle partorienti affette da patologie infettive.		doc		
14.	L'unità organizzativa ha definito le procedure per l'assistenza materno-fetale durante il travaglio ed il parto.		doc		
15.	E' garantita alla donna partoriente la possibilità di poter fruire della presenza di una persona di sua scelta.		strutt/doc		
16.	E' garantito, formalmente e funzionalmente, il collegamento con i punti nascita di livello superiore.		doc		
17.	Sono previste procedure per la raccolta dei dati, così come eventualmente concordato con il Distretto e il Dipartimento di Prevenzione, necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita.		doc		

#### 5.4.18. PEDIATRIA

(Comprese la terapia intensiva neonatale e il nido)

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono garantite l'assistenza pediatrica e l'attività di pronto soccorso pediatrico 24 ore su 24.		doc		
2.	Sono favorite le pratiche del rooming-in e l'allattamento al seno.		doc		
3.	Per le condizioni che lo richiedono sono state predisposte procedure di osservazione temporanea concordate con il Dipartimento dell'Emergenza.		doc/strutt		
4.	E' garantito, formalmente e funzionalmente, il collegamento con i livelli superiori di assistenza.		doc		
5.	Esistono procedure che favoriscono i contatti genitore bambino e l'assistenza pediatrica.		doc		
6.	Il reparto è aperto ad entrambi i genitori.		doc/strutt		
7.	I genitori hanno possibilità di accedere direttamente il loro bambino purché clinicamente stabile.		doc/strutt		
8.	Esistono procedure per il collegamento funzionale formalizzato tra l'unità organizzativa e le strutture territoriali.		doc		
9.	E' garantita la possibilità di attuare misure di isolamento.		strutt		
10.	Esiste una relazione di dimissione per i neonati patologici e per i pazienti pediatrici che informi il curante sulla patologia e sul decorso.		doc		
11.	E' garantito, tramite procedure, il collegamento funzionale con i seguenti servizi interni oppure		doc		

	esterni al presidio ove possibile: - la radiologia pediatrica; - la cardiologia pediatrica; - la chirurgia pediatrica; - la neurologia pediatrica; - l'ortopedia pediatrica.				
12.	E' garantito, tramite procedure, il collegamento funzionale con i seguenti servizi interni oppure esterni al presidio: - la cardiocirurgia; - la neurochirurgia; - l'oculistica; - la chirurgia plastica; - l'otorinolaringoiatria.	doc			
13.	Il Centro trasfusionale e il Laboratorio di Analisi cliniche garantiscono le urgenze.	doc			
14.	Esiste una procedura per l'effettuazione di TAC e RMN.	doc			
15.	E' disponibile il collegamento funzionale formalizzato con l'Anatomia Patologica.	doc			
16.	Esiste una scheda o libretto di dimissione per tutti i neonati, sani e patologici.	doc			
17.	Esiste una procedura per l'accesso del personale dell'unità e dei visitatori.	doc			
18.	Esiste all'interno del reparto o in sua vicinanza la possibilità di permanenza delle nutrici.	strutt			
19.	Esiste un programma di follow up del neonato a rischio di handicap.	doc			
20.	E' garantito, attraverso una procedura, il coordinamento del trasporto di emergenza neonatale.	doc			

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
21.	Esistono indicazioni per la conservazione del latte materno delle nutrici di pazienti ricoverati.		doc.		
22.	E' garantita la possibilità di assistere in urgenza un neonato in incubatrice provvista di capote per la somministrazione di ossigeno.		strutt		
23.	Esistono e sono seguite procedure per le manovre assistenziali d'emergenza.		doc		
24.	E' garantita la possibilità di determinare ematocrito, bilirubina e glicemia su prelievi capillari dei neonati.		strutt/doc		
25.	L'attività analitica svolta sui neonati è autorizzata dal Direttore Sanitario in accordo con il Responsabile del Laboratorio di Analisi cliniche ed è aggiornata nel tempo.		doc		
26.	E' garantita la possibilità di determinare la concentrazione di ossigeno nell'aria inspirata dai neonati.		strutt/doc		
27.	E' garantita la possibilità di misurare la pressione arteriosa dei neonati.		strutt/doc		
28.	E' garantita la possibilità per la madre di usufruire di spazi e di presidi per la cura, la pulizia e la nutrizione del neonato.		strutt		
29.	E' garantita la possibilità di usufruire di spazi e di presidi per la visita medica del neonato, per il colloquio con i genitori e per la compilazione delle cartelle.		strutt		
30.	Esiste una procedura per l'effettuazione della fototerapia sul neonato.		doc		
31.	E' garantita l'assistenza immediata d'urgenza ai soggetti che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche che richiedono l'intervento del		strutt/doc		

	servizio di trasporto, nell'attesa che il paziente possa essere preso in carico da essi.				
32.	E' redatta la lettera di dimissione attestante la normalità del neonato o suggerente eventuali accertamenti o controlli da parte dei servizi territoriali (Distretto, Consultorio Familiare, Pediatria di Libera Scelta).	doc			
33.	Sono previste procedure per la raccolta dei dati, così come eventualmente concordato con il Distretto e il Dipartimento di Prevenzione, necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita.	doc			
34.	E' favorita la collaborazione con altre strutture (Distretto e Dipartimento di Prevenzione) nei progetti attinenti le vaccinazioni obbligatorie, la promozione dell'allattamento al seno, ecc. per i neonati.	doc			
35.	Per i neonati è garantita l'applicazione di linee guida nazionali e regionali predisposte per il livello di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc..	doc			
36.	E' garantita la possibilità di effettuare attività ambulatoriali e di day-hospital.	strutt/doc			

5.4.19. OCULISTICA

N.	REQUISITO		Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono disponibili protocolli operativi per le fluoroangiografie, se effettuate.		doc		
2.	Sono disponibili protocolli operativi per le terapie con lo Yaglaser, se effettuate.		doc		
3.	Sono disponibili protocolli operativi per le terapie con Argon laser, se effettuate.		doc		
4.	Sono disponibili protocolli operativi per l'utilizzo del biometro, se previsto.		doc		
5.	Sono disponibili protocolli operativi per gli esami del campo visivo, se effettuati.		doc		
6.	Sono disponibili protocolli operativi per le ecografie, se effettuate.		doc		
7.	Sono disponibili protocolli operativi per le topografie corneali, se effettuate.		doc		



5.4.20. OTORINOLARINGOIATRIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono disponibili protocolli operativi per le audiometrie, se effettuate.		doc		
2.	Sono disponibili protocolli operativi per le impedenzometrie, se effettuate.		doc		
3.	Sono disponibili protocolli operativi per le nistagmografie, se effettuate.		doc		
4.	Sono disponibili protocolli operativi per le otocalorimetrie, se effettuate.		doc		
5.	Sono disponibili protocolli operativi per le registrazioni dei potenziali evocati uditivi, se effettuate.		doc		
6.	Sono disponibili protocolli operativi per gli esami di vestibologia, se effettuati.		doc		
7.	Sono disponibili protocolli operativi per le stabilometrie, se effettuate.		doc		
8.	Sono disponibili protocolli operativi per la laser-terapia, se effettuata.		doc		
9.	Sono disponibili protocolli operativi per le fonometrie, se effettuate.		doc		
10.	Sono disponibili protocolli operativi per le rinomanometrie, se effettuate.		doc		
11.	Sono disponibili protocolli operativi per le endoscopie nasali, se effettuate.		doc		

5.4.21. ODONTOSTOMATOLOGIA

L'ORGANIZZAZIONE						
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni	
1.	Esiste una procedura per fornire le informazioni al paziente riguardanti eventuali suggerimenti o prescrizioni per il periodo successivo agli interventi.		doc			
2.	E' rilasciato al paziente un referto contenente: - ipotesi diagnostiche; - terapie consigliate; - ulteriori accertamenti previsti, con indicazioni del periodo ipotizzato; - trattamenti effettuati.		doc			
3.	E' presente un archivio informatizzato.		strutt			
4.	Il personale addetto ai servizi è riconoscibile attraverso un cartellino di riconoscimento.		strutt			
5.	La struttura garantisce le prestazioni di accesso in urgenza.		doc			
6.	In caso di prestazioni ortognatodontiche fornite dalla struttura, è prevista la presenza di un professionista che certifichi il suo impegno lavorativo a tempo pieno in ortognatodonzia (esclusivista).		doc			
7.	Sono disponibili e sono applicate procedure che garantiscano per ogni utente l'utilizzo di set sterili.		doc/strutt			
8.	Esistono procedure relative alla corretta conservazione, gestione, utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali.		doc			

9.	<p>La struttura che usufruisce, per le attività di disinfezione e sterilizzazione, di organismi esterni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adotta protocolli operativi per le procedure di lavaggio, di raccolta e di invio del materiale;</li> <li>- adotta protocolli operativi per le procedure di ricevimento e di immagazzinamento del materiale;</li> <li>- acquisisce e conserva i protocolli operativi utilizzati dalla struttura esterna (es. la centrale di sterilizzazione) per le procedure di sterilizzazione e di disinfezione;</li> <li>- acquisisce e conserva la documentazione del rispetto da parte della centrale di sterilizzazione esterna.</li> </ul>		doc		
----	---	--	-----	--	--

5.4.22. DEGENZA RIABILITATIVA (FISICA-GERIATRICA-RESPIRATORIA)

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esistono procedure che garantiscono un metodo di integrazione multiprofessionale nella stesura e nella realizzazione del progetto riabilitativo individuale e dei singoli programmi riabilitativi che lo compongono.		doc		
2.	E' garantita, attraverso procedure ed idonei strumenti organizzativi, l'integrazione multiprofessionale nella progettazione e nella realizzazione delle attività assistenziali infermieristiche.		doc		
3.	La dimissione del paziente è formalizzata attraverso una procedura integrata tra le diverse professionalità operanti nel reparto e sintetizzata da un'idonea documentazione.		doc		
4.	<p>Alla dimissione è redatta una relazione scritta che include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chiara e completa descrizione delle attività svolte;</li> <li>- specifiche raccomandazioni per tutte le diverse tipologie di operatori che potranno interagire successivamente con l'utente,</li> <li>- indicazioni di supporto alla famiglia.</li> </ul>		doc		
5.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza degli ospiti.		doc/strutt		
6.	La stesura del progetto riabilitativo individuale (PRI) e le verifiche periodiche sul grado di realizzazione sono basate su valutazioni funzionali condotte con strumenti validati da evidenze scientifiche.		doc		

7.	Esiste una procedura per garantire la continuità assistenziale alla conclusione del progetto riabilitativo individuale (PRI), che preveda la comunicazione al medico curante e, se necessario, l'addestramento dei familiari e l'acquisizione dei materiali necessari per il proseguimento delle cure a domicilio. [Nel caso dei Centri Ospedalieri di Riabilitazione Privati, la procedura prevede l'attivazione dei competenti organi degli Enti Pubblici per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale dopo la dimissione.]		doc		
8.	La struttura dispone di procedure per il collegamento con l'alta specialità riabilitativa.		doc/strutt		
9.	Per la riabilitazione respiratoria sono previste procedure di integrazione delle competenze pneumologiche e fisiatriche.		doc		
10.	Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici per le principali patologie trattate, basati, ove disponibili, su evidenze scientifiche di efficacia ed esistono modalità di verifica dell'applicazione di tali protocolli.		doc		
11.	E' effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici.		doc	I	Il debito informativo è relativo ai report e alle relazioni conseguenti all'attività richiesta
12.	Sono rilevati ed analizzati, almeno su base annuale, i seguenti indicatori: - numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati in un reparto per acuti (appropriatezza); - numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione (efficaci);		doc	I	Il debito informativo è relativo ai report e alle relazioni conseguenti all'attività richiesta

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- numero assoluto e percentuale di pazienti dimessi verso una struttura protetta (efficacia);</li> <li>- numero assoluto e percentuale di pazienti deceduti (appropriatezza/efficacia)</li> </ul>				
13.	E' prevista la consulenza protesica.		doc		
14.	E' disponibile una consulenza di tipo psicologico.		doc		
15.	E' disponibile un servizio o una funzione di assistenza sociale.		doc/strutt		
16.	Esistono procedure per garantire all'interno della struttura una agevole mobilizzazione - attiva e passiva - degli utenti.		doc/strutt		
17.	Sono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori.		doc/strutt		
18.	E' garantita l'informazione relativa al confezionamento di ausili ed ortesi.		doc/strutt		
19.	Se necessarie, sono garantite la terapia occupazionale e l'ergoterapia.		doc/strutt		
20.	Esiste all'interno della struttura un servizio o una funzione di analisi strumentale del movimento e della postura.		doc/strutt		
21.	Esiste una procedura per sperimentazione di soluzioni di automazione domestica finalizzate all'aumento dell'autonomia del paziente, dopo il rientro a casa.		doc		
22.	E' garantito l'addestramento all'uso di modalità di comunicazione verbale e non verbale alternative.		doc/strutt		

#### 5.4.23. ORTOPEDIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Si attuano protocolli standardizzati di antibiotico-profilassi.		doc		
2.	Si adottano misure di prevenzione della patologia trombo-embolica post-operatoria.		doc		
3.	Si seguono protocolli standardizzati diagnostici e terapeutici di gastro-protezione.		doc		
4.	Esiste la possibilità di effettuare una mobilitazione passiva degli arti.		doc		
5.	Esiste un collegamento funzionale formalizzato con l'equipe di riabilitazione, che formula il progetto riabilitativo per il disabile e provvede al suo trattamento già in fase acuta di malattia nell'unità organizzativa.		doc		
6.	Sono disponibili protocolli per la gestione delle urgenze in ortopedia.		doc		

#### 5.4.24. UROLOGIA ED ANDROLOGIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono disponibili procedure per la prevenzione e protezione del personale e dei pazienti dai rischi dell'utilizzo di sostanze potenzialmente nocive per la disinfezione di alto livello dello strumentario endoscopico, se utilizzate.		doc		
2.	Sono disponibili protocolli operativi per le prestazioni di ecografia transrettale, se effettuate.		doc		
3.	Sono disponibili protocolli operativi per le prestazioni di ecografia addominale e renale, se effettuate.		doc		
4.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le prestazioni di ecografia testicolare, se effettuate.		doc		
5.	Sono disponibili protocolli operativi per le prestazioni di biopsia prostatica ecoguidata, se effettuate.		doc		
6.	Sono disponibili protocolli operativi per le prestazioni di ecocolordoppler penieno e testicolare, se effettuate.		doc		
7.	Sono disponibili protocolli operativi per le prestazioni di endoscopia, se effettuate.		doc		
8.	Sono disponibili protocolli operativi per le prestazioni di urodinamica, se effettuate.		doc		
9.	Sono disponibili protocolli operativi per l'attività di andrologia, se effettuata.		doc		



5.4.25. ONCOLOGIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono disponibili procedure per gli aspetti protezionistici nella manipolazione dei farmaci antiblastici.		doc		
2.	Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici almeno per i tumori più frequenti aggiornati periodicamente: - mammella; - polmone; - stomaco; - prostata; - colon-retto.		doc		
3.	Sono definiti protocolli diagnostico-terapeutici aggiornati periodicamente per: - terapia antiemetica; - uso dei fattori di crescita; - trattamento degli stravasi.		doc		
4.	Sono esplicitati i criteri per la scelta dei pazienti da sottoporre ai trattamenti chemioterapici.		doc		
5.	Dopo ogni prestazione o breve ciclo terapeutico, è inviata una lettera oppure una relazione al medico curante nella quale sono chiaramente indicati i trattamenti eseguiti ed i possibili effetti collaterali e le modalità di gestione degli stessi.		doc		
6.	Esistono protocolli operativi per il sostegno psicologico al paziente e alla famiglia.		doc		
7.	E' garantita ai familiari, anche dopo la dimissione, la possibilità di comunicare con il personale medico per problemi riguardanti la gestione degli effetti collaterali dovuti al trattamento		doc		

	chemioterapico.					
8.	Si effettua un'attività di discussione multidisciplinare dei casi clinici complessi			doc		
9.	E' garantita la possibilità di disporre l'isolamento dei pazienti che ne hanno la necessità.			strutt		

5.4.26. HOSPICE

(si applica il DPCM 20/01/2000 - verificare anche requisiti area di degenza)

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste formalizzazione scritta dei criteri e delle procedure di accesso o di trasferimento dei pazienti che coinvolgono almeno: - le strutture di ricovero per acuti; - i servizi territoriali; - le residenze sanitarie e socio-sanitarie.		doc/strutt		
2.	Esiste un congruo numero di volontari formati nelle cure palliative.		doc		
3.	Esistono procedure scritte di collegamento funzionale con i servizi di assistenza domiciliare.		doc		
4.	Esiste un protocollo di accettazione diretta del paziente.		doc		
5.	Esistono protocolli per la presa in carico del paziente.		doc		
6.	Nel caso in cui la struttura sia collocata al di fuori di un presidio ospedaliero è operativo un protocollo riguardante i seguenti aspetti: - fornitura di farmaci, di presidi e di ausili, - accesso a prestaz. diagnostico-terapeutiche.		doc		
7.	Sono definiti i criteri per la formulazione del programma terapeutico ed assistenziale individualizzato.		doc		
8.	Il programma terapeutico ed assistenziale, di cui esiste documentazione, è formulato per iscritto e periodicamente aggiornato in incontri dell'equipe assistenziale multidisciplinare.		doc/strutt		

9.	<p>Il programma terapeutico ed assistenziale è orientato a migliorare la qualità della vita residua del paziente, prevedendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- una valutazione multidisciplinare finalizzata all'individuazione dei bisogni assistenziali, con particolare riguardo verso quelli della sfera fisica, emozionale, sociale e spirituale;</li> <li>- la formulazione del piano di intervento;</li> <li>- la verifica della sua implementazione;</li> <li>- la rivalutazione periodica del piano.</li> </ul>		doc/strutt		
10.	<p>La valutazione multidisciplinare del paziente è effettuata con strumenti di misura e monitoraggio adeguati (es. schede, scale, test, ecc.).</p>		doc/strutt		
11.	<p>Esistono protocolli diagnostico-terapeutici per il:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- trattamento del dolore;</li> <li>- trattamento della nausea e del vomito;</li> <li>- trattamento della dispnea;</li> <li>- trattamento dell'occlusione intestinale;</li> <li>- trattamento dell'edema polmonare acuto.</li> </ul>		doc		

12.	<p>Esistono protocolli assistenziali per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il trattamento della stipsi;</li> <li>- la gestione dell'incontinenza;</li> <li>- la gestione del catetere vescicale;</li> <li>- la gestione degli accessi intravascolari;</li> <li>- la gestione del paziente privo di conoscenza;</li> <li>- la prevenzione e il trattamento dei decubiti;</li> <li>- la medicazione di lesioni cutanee e mucose ulcerate;</li> <li>- l'igiene del cavo orale;</li> <li>- l'idratazione per via orale;</li> <li>- la comunicazione (es. ascolto, relazione d'aiuto, ecc.).</li> </ul>		doc		
13.	<p>Esistono protocolli scritti per le seguenti attività assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- igiene del malato;</li> <li>- mobilitazione;</li> <li>- alimentazione.</li> </ul>		doc		
14.	Esiste una procedura per la fornitura di sangue ed emoderivati.		doc/strutt		
15.	E' definito un protocollo di comunicazione con il paziente e con i familiari o con altre persone di riferimento.		doc/strutt		
16.	E' definito un protocollo di preparazione e supporto del lutto.		doc/strutt		
17.	Esistono protocolli per la dimissione del paziente.		doc		
18.	Esiste un protocollo per la gestione delle liste d'attesa.		doc/strutt		

19.	Esistono piani specifici di formazione e di aggiornamento continuo del personale, nei quali si ponga particolare attenzione agli aspetti relazionali riferiti al paziente ed alla famiglia.		doc	I	Report relativi al personale aggiornato nell'anno e all'oggetto dell'aggiornamento
20.	E' definito un programma di supporto per la prevenzione della sindrome da burn-out negli operatori.		doc/strutt		
21.	Sono formalizzate le attività di accoglienza e di utilizzo nella struttura di volontari organizzati ed appositamente formati .		doc/strutt		
22.	E' attuato un programma di audit clinico strutturato con incontri mensili.		doc/strutt		
23.	Sono previsti spazi per consentire ai pazienti relax al di fuori della camera (giardino, terrazzo, solarium).		strutt.		
24.	Sono previste attività di controllo e di verifica dei risultati (audit clinico, misurazione dell'aderenza a linee guida, misurazione di indicatori di processo/esito, valutazione del grado di soddisfacimento degli utenti e dei familiari, compresa la valutazione della gestione del dolore).		doc/strutt		
25.	Sono previste valutazioni di appropriatezza riguardo all'utilizzo di: - emotrasfusione, - radioterapia, - nutrizione parenterale totale, - indagini diagnostiche ad alta tecnologia.		doc/strutt		

5.4.27. MALATTIE INFETTIVE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esistono procedure per la prevenzione delle infezioni negli operatori.		doc/strutt		
2.	Esiste evidenza di un piano educativo rivolto al paziente ed alle figure relazionali più prossime per prevenire la trasmissione di malattie infettive.		doc		
3.	Esiste una procedura per la presa in carico del paziente.		doc		
4.	Esistono procedure per la prevenzione delle infezioni crociate.		doc		
5.	Esiste una procedura per l'effettuazione dell'aerosol terapia.		doc		
6.	Esistono protocolli diagnostico-terapeutici per: - pazienti con epatite; - pazienti anti HIV+; - pazienti con AIDS; - pazienti con febbri di NDD.		doc		
7.	E' attivato il servizio di ospedalizzazione a domicilio di soggetti con AIDS.		doc		
8.	Esiste una cartella clinica domiciliare che attesti gli accessi del personale sanitario.		doc	V	
9.	Sono disponibili procedure riguardanti lo smaltimento dei rifiuti a domicilio ed il trasporto dei materiali biologici.		doc		
10.	Esistono protocolli diagnostico-terapeutici per il monitoraggio sierico e la tipizzazione antiretrovirale negli incidenti degli operatori sanitari.		doc		

5.4.28. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici per la gestione delle urgenze in gastroenterologia.		doc		
2.	Esistono procedure per la gestione ed il monitoraggio dei pazienti critici per: - emorragie digestive; - pancreatiti acute; - coma epatico; - epatite fulminante.		doc		
3.	Sono disponibili e sono applicate procedure per la gestione del paziente sottoposto a sedazione per endoscopia digestiva.		doc		
4.	Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici per la gestione dei pazienti con malattie infettive o immunocompromessi.		doc		
5.	Sono definite procedure per la conduzione di almeno due tecniche diagnostiche e terapeutiche effettuate (es. sondaggio gastrico, endoscopia gastrointestinale, paracentesi addominale).		doc		
6.	Esiste un collegamento funzionale formalizzato con le unità di trapianto.		doc		
7.	Sono disponibili procedure per la sedazione cosciente.		doc		
8.	Esistono procedure per la protezione contro il rischio radiogeno e biologico.		doc		
9.	E' definita l'organizzazione dell'unità organizzativa per l'erogazione delle prestazioni sia routinarie che in urgenza.		doc		



10.	Esistono procedure per prelievo, conservazione, registrazione e trasporto dei campioni biologici da sottoporre ad accertamenti.		doc		
11.	E' disponibile il registro delle complicanze.		doc		
12.	Sono disponibili procedure per la gestione delle complicanze.		doc		

5.4.29. NEFROLOGIA - ATTIVITÀ DI DIALISI (ospedaliera ed ambulatoriale)

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	E' assicurata la consulenza nefrologica alle altre unità organizzative.		doc		
2.	Esiste una procedura formalizzata per l'accettazione e la gestione delle acuzie.		doc		
3.	L'équipe medica assicura l'effettuazione di agobiopsia renale percutanea sotto guida ecografia.		doc		
4.	Esiste una procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale che seguono i pazienti neuropatici cronici.		doc		
5.	L'unità organizzativa garantisce, anche a scopo di educazione e di promozione della salute, attività informative verso altre unità organizzative e servizi territoriali.		doc		
6.	Esiste una procedura formalizzata per l'accesso alla terapia dialitica sia programmata sia in urgenza (quest'ultima prevista solo per l'ambito ospedaliero)		doc		
7.	Sono prodotte e diffuse informazioni scritte sulla tipologia di prestazioni e sulle modalità di erogazione.		doc		
8.	Esistono protocolli per l'inizio del trattamento dialitico secondo linee guida validate, nazionali o internazionali.		doc		
9.	Esiste un percorso agevolato per l'accesso del paziente dializzato o trapiantato ai servizi diagnostici.		doc/strutt		
10.	Esistono procedure per il controllo dei rischi ed un piano di prevenzione.		doc		

11.	E' effettuata una valutazione periodica dell'uso e il consumo delle risorse materiali (es. farmaci, dispositivi medici, ecc.).		doc		
12.	Esiste un protocollo di vaccinazione per l'epatite B per gli utenti.		doc		
13.	Esistono procedure per la creazione (solo in ambito ospedaliero) e il monitoraggio degli accessi vascolari, secondo linee guida validate, nazionali o internazionali.		doc		
14.	Esistono procedure per il posizionamento e la gestione del catetere peritoneale (solo in ambito ospedaliero).		doc		
15.	Esiste un supporto di psicologi per coadiuvare il servizio.		doc		
16.	Sono adottati indicatori di adeguatezza dialitica secondo linee guida validate, nazionali o internazionali.		doc		
17.	È garantito il posizionamento di cateteri venosi centrali (solo in ambito ospedaliero).		doc		
18.	Esiste un protocollo di trattamento dell'anemia.		doc		
19.	Sono sottoposti a monitoraggio i seguenti indicatori: - sieroconversioni HBV e HCV all'anno - numero di trasfusioni/paziente/anno; - numero di giorni di ricovero/paziente dializzato all'anno; - numero di colture positive dell'acqua e bagno dialisi sul totale di colture; - dose eritropoietina per paziente all'anno in base a target validati secondo linee guida nazionali o internazionali.		doc		
20.	Esiste un'attività ambulatoriale dedicata e ad accesso diretto per i pazienti con trapianto renale		doc/strutt		

	(solo in ambito ospedaliero).					
21.	Esiste un'attività ambulatoriale dedicata e ad accesso diretto per i pazienti in dialisi domiciliare (solo in ambito ospedaliero).		doc/strutt			
22.	Esiste un'attività ambulatoriale ad accesso facilitato (es. prenotazione telefonica, informazioni su orari, modalità di accesso e funzionamento dell'ambulatorio) per il paziente nefropatico cronico o diretto per il paziente dializzato.		doc/strutt			
23.	E' garantita l'integrazione tra l'assistenza nefrologica dell'unità organizzativa ed il Centro trapianti di riferimento (sia per il paziente in lista sia per il paziente trapiantato).		doc			
24.	Sono disponibili procedure per la gestione dei farmaci antirigetto.		doc			

5.4.30. CARDIOLOGIA – UTIC

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono disponibili procedure per l'elettrostimolazione d'urgenza.		doc		
2.	Sono disponibili procedure per l'elettrostimolazione definitiva, se effettuata.		doc		
3.	Sono disponibili procedure per il controllo telemetrico dei pazienti, se effettuato.		doc		
4.	Sono disponibili procedure per le attività diagnostiche non invasive effettuate.		doc		
5.	Qualora si effettui attività ecografica con sonda transesofagea e vascolare, è disponibile la procedura.		doc		
6.	Sono utilizzati profili di assistenza aggiornati, validati, comprensivi di indicatori per il trattamento delle seguenti patologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- infarto miocardico acuto;</li> <li>- angina instabile;</li> <li>- angina stabile;</li> <li>- scompenso cardiaco refrattario;</li> <li>- trattamento dei parossismi di fibrillazione atriale.</li> </ul>		doc		
7.	Sono disponibili procedure aggiornate per l'uso delle seguenti metodiche diagnostiche, se effettuate: <ul style="list-style-type: none"> <li>- coronarografia;</li> <li>- cateterismo cardiaco;</li> <li>- ecocardiografia di base;</li> <li>- eco-stress;</li> <li>- scintigrafia miocardica;</li> <li>- test ergometrico.</li> </ul>		doc		

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
8.	<p>Sono disponibili linee guida aggiornate con le indicazioni per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- profilassi anticoagulante;</li> <li>- impianto di pace-maker;</li> <li>- studio elettrofisiologico.</li> </ul>		doc		
9.	<p>Sono prodotti e seguiti protocolli diagnostico-terapeutici per il trattamento delle seguenti patologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- infarto miocardico acuto e complicanze;</li> <li>- angina instabile;</li> <li>- trattamento tamponamento cardiaco;</li> <li>- trattamento aritmie minacciose.</li> </ul>		doc		
10.	<p>Esiste evidenza di procedure – e relativa applicazione - che disciplinino i collegamenti funzionali tra l' UTIC e:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il Pronto Soccorso;</li> <li>- il Sistema Territoriale di Soccorso;</li> <li>- il Servizio di Rianimazione;</li> <li>- il Servizio di Radiologia e Diagnostica per Immagini;</li> <li>- il Laboratorio di Analisi cliniche;</li> <li>- il Servizio di Cardiologia Interventistica;</li> <li>- la Divisione Cardiocirurgica dello stesso presidio o di quello di riferimento;</li> <li>- il Servizio di Riabilitazione.</li> </ul>		doc	I	Il debito è relativo ai report e altro derivanti dalle attività di verifica dell'applicazione
11.	<p>Esistono procedure per l'accesso a consulenze di tipo specialistico</p>		doc		
12.	<p>Sono disponibili, presso l'UTIC, le procedure per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accesso dei pazienti;</li> <li>- l'accesso del personale dell'unità organizzativa;</li> <li>- l'accesso dei visitatori.</li> </ul>		doc		

13.	Sono disponibili le procedure per la prevenzione delle infezioni ed esiste evidenza dell'applicazione.		doc	I	Il debito è relativo ai report e altro derivanti dalle attività di verifica dell'applicazione
14.	Sono disponibili le procedure per la prevenzione delle sindromi da immobilizzazione ed esiste evidenza dell'applicazione.		doc	I	Il debito è relativo ai report e altro derivanti dalle attività di verifica dell'applicazione

#### 5.4.31. PNEUMOLOGIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste una procedura per la gestione di ossigeno e ventiloterapia in regime domiciliare.		doc		
2.	Esistono procedure per le attività di prevenzione, diagnosi e terapia della TBC.		doc		
3.	E' garantito il servizio o la funzione di fisiopatologia respiratoria.		doc/strutt		
4.	E' garantito il servizio o la funzione di broncoscopia.		doc/strutt		
5.	E' garantita la possibilità di effettuare esami bronoscopici in urgenza.		doc		
6.	E' garantita la possibilità di effettuare emogasanalisi in urgenza.		doc		
7.	Esistono procedure per le modalità di raccolta dell'escreato.		doc		
8.	Esistono procedure per la gestione del paziente in ossigenoterapia.		doc		
9.	Esistono procedure per l'assistenza al trattamento delle emergenze respiratorie (IRA, emofioe massiva ecc.).		doc		
10.	Esistono procedure per la gestione del paziente affetto da patologia pleurica con drenaggio toracico (modalità di aspirazione, ecc.).		doc		
11.	Esistono procedure per le modalità di somministrazione degli aerosol dosati con opera di informazione e di controllo sulle corrette modalità di esecuzione da parte dei pazienti.		doc		



#### 5.4.32. NEUROLOGIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	E' garantito, all'interno della struttura, il servizio o la funzione di elettrofisiologia clinica.		doc/strutt		
2.	E' garantito, all'interno della struttura, il servizio o la funzione di neuropsicologia.		doc/strutt		
3.	Esistono procedure per la sonografia dei plessi epiaortici e transcranica, se effettuate.		doc		
4.	Esiste un collegamento funzionale formalizzato con l'unità organizzativa di neurochirurgia e le unità organizzative che svolgono attività di neuroradiologia anche non necessariamente presenti nella stessa struttura.		doc		
5.	E' garantito il collegamento funzionale formalizzato con l'equipe riabilitativa.		doc		

5.4.33. GERIATRIA

	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	E' eseguita la valutazione delle attività della vita quotidiana (ADL) all'ingresso ed alla dimissione.		doc		
2.	E' garantita la sicurezza dei pazienti (corrivano, spigoli smussati, ecc.).		strutt		
3.	E' favorito all'interno della struttura l'orientamento dei pazienti anche attraverso l'uso di codici colore.		strutt		
4.	E' disponibile una procedura per la consulenza di tipo psicologico.		doc		
5.	Esistono procedure che regolano l'intervento riabilitativo precoce.		doc		
6.	E' previsto un collegamento funzionale formalizzato con l'equipe riabilitativa.		doc		
7.	Esistono protocolli codificati che regolano l'attività di day-hospital.		doc		
8.	Esistono protocolli codificati che regolano i rapporti con l'esterno		doc		
9.	Il progetto assistenziale è redatto anche in funzione della situazione sociale e familiare del soggetto e dei parenti.		doc		

#### 5.4.34. DIABETOLOGIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	E' disponibile materiale educativo, formativo ed informativo riguardante la patologia del diabetete.		doc		
2.	Sono svolte attività di informazione ed educazione sanitaria specifiche per il settore di competenza.		doc		
3.	<p>La cartella clinica diabetologica contiene, oltre a quanto già richiesto nella parte dedicata all'Area di Degenza in generale, le seguenti indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stato delle complicanze oculari;</li> <li>- stato delle complicanze cardiovascolari;</li> <li>- stato delle complicanze neurologiche;</li> <li>- stato delle complicanze renali;</li> <li>- data dell'ultima valutazione delle complicanze;</li> <li>- indici di controllo metabolico con la determinazione della emoglobina glicata.</li> </ul>		doc		
6.	Esiste un procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale e gli specialisti d'organo, allo scopo di garantire la continuità assistenziale.		doc		
7.	E' garantito un servizio o la funzione di podologia che studia la diagnosi e la terapia delle complicanze del piede diabetico.		doc/strutt		
8.	Sono consegnate al paziente informazioni scritte sulle modalità di esecuzione dei test eseguibili a domicilio.		doc		
9.	L'unità organizzativa garantisce la refertazione, nella stessa giornata di accesso, dei principali esami di laboratorio (almeno per Hb glicata e glicemia).		doc		

#### 5.4.35. DERMATOLOGIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono disponibili protocolli operativi, qualora siano effettuate prestazioni utilizzando sorgenti artificiali di raggi UVA ed UVB.		doc		
2.	Esiste un programma finalizzato alla prevenzione ed alla diagnosi precoce dei tumori della pelle che preveda anche un eventuale coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale.		doc		
3.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per la verifica periodica della casistica con correlazione clinica anatomo-patologica dei casi particolari.		doc/proc		
4.	Sono disponibili protocolli operativi per il controllo programmato dei pazienti trattati per patologie croniche ed oncologiche.		doc		
5.	Sono stati predisposti profili di assistenza che comprendano anche l'organizzazione dei follow-up periodici programmati almeno per le seguenti patologie: - linfomi; - melanomi.		doc		
6.	Sono disponibili protocolli operativi per le attività di crioterapia, se sono effettuate.		doc		
7.	Sono disponibili protocolli operativi per le attività di laser-terapia, se sono effettuate.		doc		
8.	Sono disponibili protocolli operativi per lo stoccaggio del materiale.		doc		
9.	Sono disponibili procedure per la gestione del paziente nella fase successiva all'intervento.		doc		

#### 5.4.36. ALLERGOLOGIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono disponibili protocolli operativi per le spirometrie, se effettuate.		doc		
2.	Sono disponibili protocolli operativi per le rinoscopie, se effettuate.		doc		
3.	Sono disponibili protocolli operativi per la gestione delle emergenze e per la rianimazione cardio-polmonare.		doc		
4.	Le prestazioni sono regolarmente registrate e la refertazione è corredata di: - dati anamnestici; - risultati dell'esame; - conclusioni diagnostico terapeutiche.		doc		

#### 5.4.37. ANATOMIA PATOLOGICA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste documentazione che il servizio garantisce la disponibilità dell'80% dei referti relativi a biopsie incisionali e a citologici non cervico vaginali entro 6 giorni lavorativi.		doc	I	Il debito è dato dai report
2.	Esiste documentazione che il servizio garantisce la disponibilità dell'80% dei referti relativi a pezzi chirurgici e citologici cervico vaginali entro 15 giorni lavorativi.		doc	I	Il debito è dato dai report
3.	Esiste documentazione che il servizio garantisce la disponibilità dell'80% dei referti relativi a autopsia entro 10 giorni lavorativi (referto provvisorio), 40 giorni lavorativi (referto definitivo).		doc	I	Il debito è dato dai report
4.	L'unità organizzativa è collegata, tramite procedure, con i blocchi operatori per la diagnostica estemporanea intraoperatoria.		doc		
5.	<p>Il sistema di archiviazione contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- registro numerico di accettazione;</li> <li>- archivio delle richieste di diagnosi (le richieste possono essere eliminate dopo 6 mesi);</li> <li>- archivio dei residui dei frammenti biotipici mantenuti in fissativo (i tessuti in formalina possono essere eliminati dopo 4 settimane dalla redazione e consegna del referto);</li> <li>- archivio delle inclusioni e dei preparati isto/citologici (i preparati citologici cervico vaginali negativi devono essere conservati per almeno 5 anni);</li> </ul>		doc/strutt		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- archivio cartaceo dei referti isto/citologici e protocolli autoptici aggiornato con le richieste di revisione e consulenza con relative risposte (è opportuna la documentazione annuale di: numero di inclusioni, numero di preparati istologici, numero di preparati citologici cervicovaginali, numero di preparati immunoistochimici, numero di preparati citologici non cervicovaginali, numero di autopsie).</li> </ul>				
6.	<p>Esiste una procedura che comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'identificazione del paziente e del medico che ha richiesto la diagnosi;</li> <li>- l'acquisizione delle informazioni cliniche rilevanti.</li> </ul>	doc			
7.	<p>La procedura di esecuzione della fase analitica sul materiale biologico comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la corretta e completa identificazione dei campioni biologici;</li> <li>- la completezza della descrizione macroscopica ove utile per una migliore definizione diagnostica e prognostica;</li> <li>- la completezza della descrizione microscopica;</li> <li>- la completezza delle informazioni sulle tecniche ancillari eventualmente impiegate;</li> <li>- l'utilizzazione nella diagnosi della terminologia standardizzata e codificabile;</li> <li>- la chiara identificazione del medico anatomo/patologo responsabile della diagnosi.</li> </ul>	doc			
8.	Qualora venga effettuata attività autoptica,	doc			

	esistono protocolli operativi dedicati.					
9.	Esistono protocolli operativi per la preparazione, il campionamento e l'esame del materiale biptico.			doc		
10.	Esistono protocolli operativi per le attività di citologia.			doc		
11.	Esistono protocolli operativi per l'archiviazione delle istocitoteche e dei blocchetti in paraffina.			doc		
12.	Esistono protocolli operativi per la conservazione temporanea o indefinita del materiale biptico chirurgico.			doc		
13.	Esistono protocolli operativi per l'esecuzione di prelievi e agoaspirati.			doc		



#### 5.4.38. RADIOTERAPIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esistono le procedure relative alle principali attività cliniche svolte.		doc		
2.	Sono definite procedure per la gestione delle attività di routine e di quelle in emergenza ed urgenza.		doc		
3.	Sono definite procedure specifiche per la conservazione e per la manipolazione delle sostanze radioattive.		doc		
4.	Esistono procedure per le modalità di accesso alla struttura dei pazienti degenti presso altre unità organizzative e pazienti esterni.		doc		
5.	Sono definiti i criteri per la formulazione dei piani di trattamento dei pazienti.		doc		
6.	Sono definite procedure per la gestione dell'attività informativa rivolta al paziente sulle eventuali complicanze da trattamento.		doc		
7.	E' previsto un percorso preferenziale per il trattamento di particolari patologie concordate con le unità organizzative di Oncologia.		doc		

5.4.39. MEDICINA NUCLEARE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono disponibili procedure per la conservazione e per la manipolazione delle sostanze radioattive.		doc		
2.	Sono disponibili procedure per la gestione degli stravasanti e delle contaminazioni.		doc		
3.	Sono disponibili protocolli organizzativi per la separazione tra aree "calde" e "fredde".		doc		
4.	Esistono procedure per l'invio ad altre strutture di pazienti "caldi" in caso di mancato funzionamento della gamma-camera disponibile.		doc		
5.	Esiste una procedura per l'erogazione delle prestazioni routinarie e in emergenza ed in urgenza.		doc		

5.4.40. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste una procedura per la registrazione dei materiali di consumo.		doc		
2.	Si prevede la realizzazione di: - attività di controllo di qualità interno; - attività di controllo di qualità esterno; - elenco degli esami eseguiti		doc	I	Il debito informativo è relativo ai report e alle relazioni conseguenti all'attività richiesta
3.	Per la radiologia interventistica esiste una procedura per garantire un intervento chirurgico d'urgenza in caso di necessità.		doc		
4.	Esiste una procedura per l'informazione rivolta alla popolazione femminile di età fertile affinché dichiarino il suo possibile stato di gravidanza.		doc		
5.	Esiste una procedura per l'archiviazione della documentazione fotografica o digitale o su altro supporto.		doc		
6.	Esiste una procedura per la valutazione dell'appropriatezza degli esami effettuati.		doc		
7.	Esiste evidenza delle valutazioni dell'appropriatezza degli esami effettuati, con report elaborati con cadenza almeno semestrale.		doc	I	Il debito è relativo ai report
8.	È favorito il confronto e la discussione dei casi clinici nei loro risvolti diagnostici con le altre strutture ospedaliere.		doc		
9.	Per le strutture pubbliche le prestazioni per esterni sono prenotate tramite CUP.		strutt		
10.	Per le strutture pubbliche le prestazioni per interni sono richieste via telematica.		strutt		

11.	Sono documentati la conoscenza e l'aggiornamento continuativo da parte di tutto il personale delle norme di protezione sanitaria da applicare anche nei confronti dei pazienti.		doc		
12.	In caso di attività interventistica deve essere garantita la presenza contemporanea di un medico, di un infermiere professionale e di un tecnico		doc/strutt		
13.	In caso di attività interventistica devono essere disponibili idonei collegamenti funzionali per eventuali complicanze (medico anestesista e sala operatoria)		doc		
14.	Esiste l'inventario delle attrezzature presenti e funzionanti.		doc		
15.	Esiste la documentazione relativa alla manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature.		doc/strutt	I	Il debito si riferisce agli interventi effettuati, nell'anno di riferimento
16.	Esiste un piano annuale di sostituzione e di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature		doc	I	Il debito è relativo al piano

#### 5.4.41. MEDICINA TRASFUSIONALE

*Nelle more dell'approvazione delle linee guida dal C.N.S., si applicano i seguenti requisiti:*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	L'unità organizzativa garantisce le prestazioni 24 ore su 24.		doc/strutt		
2.	E' attivo il collegamento con l'Istituto superiore di sanità (ISS).		doc		
3.	E' attivo il collegamento con le strutture trasfusionali extra-regionali.		doc		
5.	L'unità organizzativa ottempera alle raccomandazioni trasfusionali del Consiglio d'Europa - Comitato dei Ministri.		doc		
<b>ATTIVITÀ SELEZIONE DEI DONATORI</b>					
6.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc		
7.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc		
8.	E' attivato un sistema di protezione del donatore.		doc		
9.	E' attivato un sistema di protezione del ricevente.		doc		
<b>ATTIVITÀ RACCOLTA DELLA DONAZIONE</b>					
10.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc		
11.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc		
12.	Sono attivati i controlli pre-donazione.		doc		
13.	Sono definite le modalità per l'esecuzione dei prelievi.		doc		
<b>ATTIVITÀ PREPARAZIONE EMOCOMPONENTI</b>					
14.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc		
15.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc		

16.	<p>E' attivata la preparazione degli emocomponenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sangue intero;</li> <li>- concentrati eritrocitari;</li> <li>- concentrati eritrocitari, buffy-coat, depleti;</li> <li>- concentrati eritrocitari in soluzioni additive;</li> <li>- concentrati eritrocitari in soluzioni additive, buffy-coat, depleti;</li> <li>- emazie lavate;</li> <li>- concentrati eritrocitari leucodepleti;</li> <li>- concentrati piastrinici random da PRP;</li> <li>- concentrati piastrinici random da buffy-coat;</li> <li>- concentrati piastrinici da aferesi;</li> <li>- concentrati piastrinici random da PRP, leucodepleti;</li> <li>- concentrati piastrinici random da buffy-coat leucodepleti;</li> <li>- concentrati piastrinici da aferesi, leucodepleti;</li> <li>- plasma fresco congelato da separazione;</li> <li>- plasma fresco congelato da aferesi.</li> </ul> <p><i>[La presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettere in relazione con il livello del presidio presso il quale è effettuata la preparazione.]</i></p>	doc		
17.	<p>E' attivata la preparazione degli emocomponenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- emazie irradiate;</li> <li>- emazie congelate;</li> <li>- concentrati piastrinici irradiati;</li> <li>- crioprecipitato;</li> <li>- concentrati granulocitari da aferesi irradiati.</li> </ul> <p><i>[La presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettere in relazione con il livello del presidio presso il quale è effettuata la preparazione.]</i></p>	doc		

ATTIVITÀ LABORATORIO IMMUNOEMATOLOGIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
18.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc		
19.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc		
20.	Sono attivati i Controlli di Qualità interni sulle Strumentazioni.		doc		
21.	Sono attivati i Controlli di Qualità interni Reagenti immunoematologia.		doc		
22.	Sono attivati i Controlli di Qualità interni Metodiche immunoematologiche.		doc		
23.	Sono attivati controlli di qualità esterni Metodiche immunoematologiche.		doc		
24.	Sono espletate le attività del laboratorio di immunoematologia: - tipizzazione standard del donatore; - tipizzazione di pazienti adulti; - tipizzazioni di pazienti prepuberi e di femmine in età fertile; - ABS antiplastrine. [La presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettere in relazione con il livello del presidio.]		doc		

ATTIVITÀ LABORATORIO SIEROVIROLOGIA

25.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc		
26.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc		
27.	Sono attivati i Controlli di Qualità interni sulle Strumentazioni.		doc		
28.	Sono attivati i Controlli di Qualità interni Test di screening e conferma (obbligatori e facoltativi).		doc		
29.	Sono attivati i Controlli di Qualità esterni Test di		doc		

	screening e conferma (obbligatori e facilitativi).					
<b>ATTIVITÀ ETICHETTATURA</b>						
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>	
30.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc			
31.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc			
32.	E' espletata l'attività di etichettatura relativa a: - i prodotti ed i materiali in accettazione; - i prodotti ed i materiali in uscita.		doc			
33.	E' espletata l'attività di etichettatura relativa alla produzione di emocomponenti.		doc			
<b>ATTIVITÀ DI CONSERVAZIONE - TRASPORTO - SCADENZA</b>						
34.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc			
35.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc			
36.	Per la sezione di conservazione, di trasporto e di scadenza sono espletate le attività specifiche relative a: - emoteche differenziate; - incubatori piastrinici differenziati; - congelatori plasmatici differenziati; - controllo temperature emoteche; - controllo temperature congelatori plasmatici e cellulari; - trasporto emocomponenti.		doc			
<b>ATTIVITÀ DI AFERESI</b>						
37.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc			
38.	Sono attivate procedure della Qualità		doc			
39.	Sono espletate le seguenti attività di aferesi: - plasmacitoferesi e protezione del donatore; - plasmacitoferesi e protezione del ricevente; - prelievo donazione in aferesi.		doc			



ATTIVITÀ DI PROVE DI COMPATIBILITÀ - TYPE &  
SCREEN

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
40.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc		
41.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc		
42.	Sono espletate le attività di Cross match.		doc		
43.	Sono espletate le attività di Type & Screen.		doc		
ATTIVITÀ DI ASSEGNAZIONE					
44.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc		
45.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc		
46.	Sono espletate le attività di assegnazione: - gestione assegnazioni "normali"; - gestione assegnazioni "urgenti"; - gestione assegnazioni "urgentissime"; - gestione "rientri".		doc		
ATTIVITÀ DI PROFILASSI MEN					
47.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc		
48.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc		
49.	Sono espletate le attività di Screening madre-neonato.		doc		
50.	Sono espletate le attività di profilassi con IG anti-D.		doc		
ATTIVITÀ DI TERAPIE TRASFUSIONALI					
51.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc		
52.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc		
53.	Sono attivati i sistemi di sicura identificazione del ricevente.		doc		
54.	Sono identificati i contenuti del modulo trasfusionale.		doc		
55.	Sono espletate le attività relative al Buon Uso del Sangue.		doc		

ATTIVITÀ DI COMPLICANZE TRASFUSIONALI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
56.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc		
57.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc		
58.	Sono effettuate indagini di controllo immunologiche.		doc		

ATTIVITÀ DI TRASFUSIONI AUTOLOGHE

59.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc		
60.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc		
61.	Sono espletate le attività per la protezione del paziente donatore.		doc		
62.	Sono effettuati i controlli pre-donazione autologa.		doc		
63.	E' effettuato il pre-deposito.		doc		

ATTIVITÀ DI TIPIZZAZIONE TISSUTALE

64.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc		
65.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc		
66.	E' effettuata la tipizzazione molecolare HLA di seconda classe.		doc		
67.	E' attivato il Sistema di sicurezza identificativa dei campioni.		doc		

ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

AMBULATORIALI

68.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		doc		
69.	Sono attivate procedure della Qualità.		doc		

GESTIONE RISORSE TECNOLOGICHE

70.	Esiste l'inventario delle attrezzature presenti e funzionanti.		doc		
71.	Esiste la documentazione relativa alla manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature.		strutt/doc		

5.4.42. ATTIVITÀ DI LABORATORIO (*laboratorio analisi e microbiologia*)

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	<p>Esistono schede per ogni singolo strumento da cui si evidenzia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- data e modalità di acquisizione;</li> <li>- azienda fornitrice;</li> <li>- numero di matricola;</li> <li>- responsabile addetto e suo sostituto;</li> <li>- manutenzione ordinaria e programmata (tipo di operazioni, cadenza, operatore abilitato);</li> <li>- manutenzione straordinaria per riparazione guasti e verifica periodica della funzionalità (effettuata dall'azienda fornitrice);</li> <li>- documentazione di tutte le operazioni eseguite (data, firma, rapporti del servizio di assistenza).</li> </ul>		doc/strutt	I	Il debito è relativo solo ad eventuali strumenti acquisiti nell'anno
2.	<p>Esistono istruzioni scritte relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- preparazione del paziente e modalità di prelievo;</li> <li>- conservazione e trasporto dei materiali biologici (anche in relazione alle misure di sicurezza) con indicazione specifica della facoltà di rifiuto dei campioni non idonei.</li> </ul> <p>Il Sistema Informativo di Laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mantiene in linea gli esami di almeno un anno;</li> <li>- fornisce statistiche relative agli esami effettuati in relazione alla loro provenienza ai punti prelievo, tipologia, costi.</li> </ul>		doc		
3.	<p>Il Sistema Informativo di Laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mantiene in linea gli esami di almeno un anno;</li> <li>- fornisce statistiche relative agli esami effettuati in relazione alla loro provenienza ai punti prelievo, tipologia, costi.</li> </ul>		strutt		
4.	<p>Per la microbiologia, esiste un sistema di gestione dei dati per il controllo delle infezioni, con possibilità di inviare report periodici per le</p>		doc	I	Il debito si riferisce ad un documento che indichi il numero di infezioni registrate nell'anno di riferimento.

	unità organizzative interessate.						
5.	E' individuato un responsabile del coordinamento e della gestione della qualità all'interno dell'unità stessa.		doc				
6.	I risultati del controllo di qualità interno sono validati, al momento della determinazione, dal personale incaricato e conservati almeno un anno.		doc/strutt				
7.	In microbiologia, il controllo di qualità interno relativo agli antibiogrammi è eseguito con ceppi ATCC (E. Coli, S. Aureus, P. Aeruginosa, E. Fecalis) almeno una volta al mese, comunque ogni cambio lotto.		doc/strutt				
8.	La struttura partecipa ai programmi di valutazione esterna di qualità.		doc				
9.	In caso di laboratori di analisi e di diagnostica, si prevede la realizzazione di: - attività di controllo di qualità interno; - attività di controllo di qualità esterno; - elenco degli esami eseguiti		doc	I			Il debito informativo è relativo ai report e alle relazioni conseguenti all'attività richiesta
10.	I verbali delle riunioni periodiche con gli operatori coinvolti aventi ad oggetto la discussione dei risultati del controllo di qualità interno e della valutazione esterna di qualità sono conservati.		doc	I			Il debito è relativo ai verbali
11.	Nel referto sono riportati: gli intervalli di riferimento o, ove possibile, i valori decisionali.		doc/strutt				
12.	I laboratori delle strutture pubbliche, dove operano reparti intensivi o semi-intensivi e/o Dipartimenti di Emergenza, assicurano l'attività analitica e regolamentano la consulenza diagnostico-specialistica 24 ore su 24.		doc				

13.	Esiste una procedura scritta, per l'organizzazione del lavoro nei giorni festivi e nelle ore notturne, sia come pannello di esami disponibili, sia come modalità di erogazione del servizio, in cui è indicato il personale addetto (numero, qualifica, funzioni e responsabilità delle varie figure professionali).		doc		
14.	Il tecnico di laboratorio può trasmettere direttamente i risultati degli esami richiesti in urgenza (validazione tecnica), purché siano rispettati i criteri sopra stabiliti.		doc		
15.	Esiste l'elenco delle prestazioni erogate con l'indicazione di quelle effettuate all'interno del laboratorio e di quelle demandate ad altri laboratori.		doc		
16.	Le attività analitiche eventualmente svolte nelle unità organizzative cliniche al di fuori del Laboratorio di analisi cliniche sono autorizzate dal Direttore sanitario, sentito il responsabile del Laboratorio stesso, ed aggiornate nel tempo.		doc		
17.	Sono predisposte con gli operatori linee guida, regolamenti interni che indichino il processo assistenziale con cui devo essere gestite le evidenze cliniche.		doc		

5.4.43. FARMACIA (*ospedaliera e territoriale*)

	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono previste modalità per il controllo dell'aerazione dei locali destinati allo stoccaggio.		strutt		
2.	Sono presenti procedure documentate riferite alle principali attività di produzione galenica.		doc		
3.	Sono presenti procedure documentate riferite ai controlli di qualità sulle principali attività di produzione galenica.		doc		
4.	Sono presenti procedure per la preparazione, conservazione, distribuzione, lo stoccaggio e la movimentazione di farmaci sterili e miscele infusionali.		doc		
5.	Sono presenti procedure documentate riferite ai controlli di qualità di farmaci sterili e miscele infusionali.		doc		
6.	Sono presenti procedure per la distribuzione, lo stoccaggio e la movimentazione dei farmaci e del materiale sanitario, sterile e non sterile, con particolare attenzione al controllo della temperatura.		strutt/doc		
7.	Sono previste procedure per controllo della temperatura costante dei frigoriferi e sistema di allarme per malfunzionamento.		strutt/doc		
8.	Sono previste procedure per la gestione di black-out elettrici.		strutt/doc		
9.	Sono presenti procedure riferite alle attività di ricevimento del materiale in arrivo e per la relativa presa in carico.		strutt/doc		
10.	Sono presenti procedure per il controllo delle idonee modalità di conservazione dei prodotti		strutt/doc		

	gestiti.					
11.	Sono previste modalità definite per la conservazione sotto chiave di stupefacenti e veleni		strutt/doc			
12.	Sono redatti report relativi all'attività di dispensazione di farmaci direttamente a pazienti esterni.		doc	I		Il debito è relativo ai report
13.	Sono presenti procedure riferite alle attività di Farmacovigilanza con la raccolta delle segnalazioni di effetti indesiderati da farmaci.		doc			
14.	Sono presenti procedure riferite alle attività di ispezione degli armadi farmaceutici di reparto.		doc			
15.	Sono presenti procedure riferite all'approvvigionamento urgente di farmaci.		doc			
16.	Sono presenti procedure riferite alle attività per la gestione di farmaci non in commercio in Italia ai sensi del decreto legislativo 11 dicembre 1997.		doc			
17.	Esiste l'elenco dei prodotti gestiti, coerente con le esigenze terapeutiche e diagnostiche delle singole unità organizzative della struttura.		doc			
18.	Esiste una procedura per le preparazioni galeniche contenente: <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'identificazione del richiedente;</li> <li>- la data di prescrizione;</li> <li>- l'identificazione qualitativa e quantitativa del preparato;</li> <li>- l'identificazione del paziente per i galenici magistrali;</li> <li>- la data di esecuzione della prestazione;</li> <li>- l'identificazione del farmacista preparatore;</li> <li>- l'evidenza dei controlli effettuati.</li> <li>- la motivazione clinica per i prodotti per i quali è richiesta la preparazione;</li> </ul>		doc			

	- l'eventuale sussistenza di criteri d'urgenza e di priorità.				
	Sono disponibili procedure per la gestione di:				
19.	- movimenti di magazzino in entrata ed in uscita; - gestione anagrafica dei fornitori e dei listini; - emissione di ordini; - attività di controllo (giacenza, scorta minima, scadenze).	strutt/doc			
20.	E' presente una reportistica relativa ai consumi/costi delle strutture richiedenti	doc	I		Il debito è relativo ai report
21.	Si effettua un'analisi di appropriatezza relativa all'utilizzo dei farmaci in ospedale e a livello territoriale.	doc	I		Il debito è relativo ai report
22.	Sono presenti procedure per la gestione dell'attività della Commissione Farmaceutica Aziendale e regionale.	doc			
23.	Sono presenti procedure relative alla tenuta ed aggiornamento del Prontuario Terapeutico del Servizio sanitario nazionale (SSN) e sono monitorati i tempi di aggiornamento.	doc			
24.	Sono presenti procedure per la ricezione delle ricette SSN dalle farmacie convenzionate.	doc			
25.	Sono presenti procedure per il pagamento delle ricette SSN ricevute dalle farmacie convenzionate e sono monitorati i tempi di pagamento.	doc			
26.	Sono presenti procedure per la revisione delle ricette ai fini della liquidazione alle farmacie.	doc			
27.	Sono presenti procedure riferite alle attività di analisi della prescrizione farmaceutica, tramite indagini statistiche dei consumi ed epidemiologiche.	doc			



28.	Sono presenti procedure per effettuare la vigilanza sulla corretta applicazione della Convenzione Nazionale per l'Assistenza Farmaceutica (DPR 371/98) e, in caso di non conformità, sono previsti correttivi.		doc		
29.	Sono presenti procedure per le ispezioni ed i controlli sulle farmacie pubbliche e private e nei luoghi in cui si dispensano farmaci secondo la normativa vigente.		doc		
30.	Sono presenti procedure per l'autorizzazione e la relativa decadenza, riferite all'apertura ed all'esercizio delle farmacie e dei dispensari farmaceutici.		doc		
31.	Sono rispettate le modalità e i tempi di erogazione dell'indennità di disagio servizio ai farmacisti rurali e di quella spettante al farmacista incaricato della gestione del dispensario farmaceutico, previsti dalla normativa vigente.		doc		
32.	Sono presenti procedure riferite alla regolamentazione dei turni, degli orari e delle ferie annuali delle farmacie pubbliche e private.		doc		
33.	Si effettuano attività culturali d'informazione ed educazione sul farmaco		doc		
34.	Sono presenti procedure riferite alle attività di Farmacovigilanza, con la raccolta delle segnalazioni di effetti indesiderati da farmaci.		doc		
35.	Sono presenti procedure riferite alla predisposizione di accordi con le farmacie esterne convenzionate per l'erogazione di prestazioni di assistenza integrativa.		doc		

36.	Sono presenti procedure riferite alle attività di controllo sull'attività prescrittiva dei medici in relazione all'applicazione delle particolari modalità di prescrizione (note CUF, Registro USL, Piani Terapeutici) e sono previste eventuali azioni correttive.		doc		
-----	---	--	-----	--	--

5.4.44. PSICHIATRIA

(si applicano anche i requisiti per l'area di degenza e per le attività di day hospital)

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	L'unità organizzativa è facilmente accessibile anche attraverso l'utilizzo di mezzi pubblici.		strutt		
2.	Esistono procedure formalizzate relative alla prevenzione di manovre autolesive ed evidenza dell'applicazione.		doc		
3.	Sono previsti accorgimenti per la salvaguardia dei pazienti a rischio di manovre autolesive (es. apertura limitata delle finestre, serrature alle finestre, ecc.).		strutt		
4.	Sono adottate le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di utenti e di operatori (es. eliminazione degli spigoli vivi nelle strutture murarie e nei componenti di arredamento, vetri antisfondamento per porte e finestre, ecc.).		strutt		
5.	Esistono accorgimenti per il controllo diretto o indiretto dei pazienti all'interno della struttura.		strutt		
6.	Esistono procedure per il controllo diurno e notturno dei pazienti ed evidenza dell'applicazione.		doc		
7.	Esistono procedure formalizzate per i collegamenti funzionali con gli altri servizi ospedalieri e territoriali.		doc		
8.	Per ciascun utente è formulato un progetto terapeutico-riabilitativo.		doc		
9.	In caso di attività di ricovero in regime ordinario o day-hospital, sono seguiti i seguenti programmi:		doc	I	Il debito informativo è relativo ai report e alle relazioni conseguenti all'attività richiesta

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri;</li> <li>- buon uso del sangue e degli emoderivati;</li> <li>- razionalizzazione dell'uso dei farmaci col prontuario terapeutico;</li> <li>- monitoraggio degli eventi indesiderati.</li> </ul>					
10.	<p>In caso di attività ambulatoriale, sono effettuati prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accessibilità delle prestazioni,</li> <li>- la valutazione dell'appropriatezza delle stesse.</li> </ul>		doc	I		Il debito informativo è relativo ai report e alle relazioni conseguenti all'attività richiesta
11.	<p>Esistono interventi relativi alla prevenzione ed al controllo dei rischi specifici per il personale riguardo alle pratiche di sostegno sociale e psicologico necessarie per ridurre lo stress psicologico ed il burn-out degli operatori nell'esercizio delle specifiche funzioni.</p>		doc			

5.4.45. SERT

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	L'unità organizzativa è facilmente accessibile anche attraverso l'utilizzo di mezzi pubblici.		strutt		
2.	Esistono procedure definite per l'accoglienza e la presa in carico degli utenti.		doc		
3.	L'unità organizzativa (SC) ha predisposto procedure per la gestione dei casi in carico comprendenti le fasi: - diagnosi; - terapia medica farmacologica; - interventi psicologici; - interventi di carattere sociale ed educativo.		doc		
4.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per interventi a bassa soglia.		doc		
5.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per l'invio dell'utente in comunità terapeutiche.		doc		
6.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per la gestione dei casi inseriti in comunità.		doc		
7.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per il collegamento con gli altri servizi: ospedale, laboratori analisi, reparto di psichiatria etc.		doc		
8.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per la rapida risposta alle emergenze (es. organizzative, sanitarie)		doc		
9.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per il monitoraggio e la valutazione dei casi.		doc		
10.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure di collegamento con altri servizi di tipo istituzionale sul territorio (carcere, provveditorato agli studi, ecc.).		doc		

11.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per la gestione dei reinserimenti socio-lavorativi per gli utenti.		doc		
12.	Sono assicurati interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria sia per i giovani sia per gli adulti.		doc		
13.	Esiste una procedura per garantire gli interventi in carcere e in altre sedi in caso di misure alternative.		doc		
14.	E' garantito il monitoraggio, tramite indicatori, per ciascun caso trattato		doc		
15.	Sono seguiti i seguenti programmi: - valutazione dell'appropriatezza degli inserimenti in strutture residenziali; - razionalizzazione dell'uso dei farmaci col prontuario terapeutico; - monitoraggio degli eventi indesiderati.		doc	I	Il debito informativo è relativo ai report e alle relazioni conseguenti all'attività richiesta.

5.4.46. PSICOLOGIA (*clinica e territoriale*)

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esistono procedure definite per l'accoglienza e la presa in carico degli utenti.		doc.		
2.	I locali destinati ai colloqui e i sistemi di osservazione devono rispettare requisiti di privacy.		strutt		
3.	L'unità organizzativa (SC) ha predisposto procedure per la gestione dei casi in carico.		doc.		
4.	Sono state predisposte procedure per il collegamento diretto con i servizi sociali		doc		
5.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per il collegamento con gli altri servizi rispondere alle specifiche esigenze dei più idonei a casi.		doc.		
6.	L'unità organizzativa è articolata per garantire consulenza alle strutture ospedaliere e territoriali		doc		
7.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per la rapida risposta alle emergenze (es. organizzative, sanitarie)		doc.		
8.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per il monitoraggio e la valutazione dei casi.		doc.		
9.	E' garantito il monitoraggio, tramite indicatori, per ciascun caso trattato		doc.		

5.4.47. POLIAMBULATORI – NON OSPEDALIERO

GUIDA AI SERVIZI					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	La Guida ai servizi è fornita all'utente.		doc		
2.	Nella Guida, sono esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente.		doc		
3.	La Guida contiene informazioni riguardanti almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>- nome e cognome del responsabile del poliambulatorio;</li> <li>- elenco delle strutture ambulatoriali presenti;</li> <li>- elenco delle principali prestazioni erogabili;</li> <li>- modalità di accesso;</li> <li>- orari di accesso;</li> <li>- orari per il rilascio di eventuali referti.</li> </ul>		doc		
ORGANIZZAZIONE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
4.	Esiste una procedura per lo smaltimento rifiuti.		doc		
5.	Il materiale disinfettato o sterile è adeguatamente conservato secondo procedure scritte.		doc/strutt		
6.	Esiste un sistema per la gestione delle code e per i servizi per cui esiste il libero accesso		strutt		
7.	E' presente un archivio informatizzato per la gestione dei dati anagrafici relativi ai pazienti.		strutt		
8.	E' documentata la partecipazione di parte del personale sanitario assegnato al poliambulatorio ad un corso di rianimazione cardiopolmonare di base.		doc		



GESTIONE DELLE PROCEDURE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
9.	<p>I presidi ambulatoriali che usufruiscono, per le attività di disinfezione e di sterilizzazione, di strutture esterne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adottano protocolli operativi per le procedure di lavaggio, di raccolta e di invio del materiale;</li> <li>- acquisiscono e conservano i protocolli operativi utilizzati dalla struttura esterna (Centrale di sterilizzazione) per le procedure di sterilizzazione e di disinfezione;</li> <li>- adottano protocolli operativi per le procedure di ricevimento e di immagazzinamento del materiale.</li> </ul>		doc		
STRUTTURA ORGANIZZATIVA					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
10.	<p>E' definito l'organigramma del personale assegnato al poliambulatorio, che è periodicamente - con cadenza almeno semestrale - aggiornato.</p>		doc	I	Debito riferito all'aggiornamento dell'organigramma
11.	<p>Esiste una matrice delle responsabilità e delle attività ad esse corrispondenti.</p>		doc		
12.	<p>Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione degli operatori in caso di assenza.</p>		doc		
13.	<p>Esiste un programma di accoglienza e di addestramento per i nuovi assunti.</p>		doc		
14.	<p>Esiste un piano annuale di formazione del personale concordato con gli operatori.</p>		doc	I	Debito relativo al piano annuale

GESTIONE DELLE TECNOLOGIE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
15.	Esiste l'inventario delle attrezzature presenti nel poliambulatorio comprendente: - il tipo di strumento; - il codice identificativo (se l'attrezzatura è di proprietà della struttura).		doc	I	Debito riferito alle attrezzature ulteriori rispetto a quelle indicate nell'ultimo inventario trasmesso
16.	E' individuato il referente per l'attivazione delle procedure di manutenzione delle singole attrezzature.		doc		

5.4.48. ATTIVITA' AMBULATORIALE

N.	REQUISITO	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste piano annuale delle attività regolante le prestazioni erogate.	doc		
2.	Sono effettuati programmi che prevedono: - l'accessibilità delle prestazioni; - la valutazione dell'appropriatezza delle stesse.	doc	I	Il debito informativo è relativo ai report e alle relazioni conseguenti all'attività richiesta
3.	Esiste un piano di verifica periodica comprendente la valutazione documentata dell'attività pianificata.	doc	I	Il debito è relativo al piano di verifica periodica e alla valutazione dell'attività pianificata da esso derivante
4.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente durante l'attività ambulatoriale.	doc	I	Il debito informativo è relativo ai report e alle relazioni conseguenti all'attività richiesta
5.	Sono garantiti il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante l'attività ambulatoriale.	strutt		
6.	Ogni volta che il paziente è sottoposto ad indagini o a prestazioni diagnostiche, è rilasciata preventivamente la documentazione contenente, a seconda della prestazione effettuata: - indicazioni per la preparazione del paziente agli esami o agli interventi; - eventuali suggerimenti o prescrizioni per il periodo successivo agli esami o agli interventi.	doc		
7.	Quando al paziente è rilasciato un referto in esso sono contenuti: - le ipotesi diagnostiche; - le terapie consigliate; - gli ulteriori accertamenti previsti, con indicazione sul periodo ipotizzato.	doc		

8.	Esistono e sono seguite procedure relative alla corretta verifica dello stato di funzionalità e di utilizzazione delle apparecchiature mediche impiegate nell'ambito delle attività ambulatoriali.		doc		
9.	Sono applicate procedure per la raccolta del consenso informato ove necessario.		doc		
10.	Esiste evidenza del rispetto delle modalità di compilazione della documentazione sanitaria.		doc		
11.	È garantita la riservatezza dei dati personali degli utenti.		doc/strutt		
12.	Sono attivate modalità per lo sviluppo di azioni correttive, preventive e di miglioramento.		doc		

5.4.49. ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI RIABILITAZIONE  
(si applicano anche i requisiti dell'attività ambulatoriale)

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente, oppure ai familiari aventi diritto, di ottenere informazioni sulle sue condizioni.		doc/strutt		
2.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti.		doc		
3.	E' effettuata all'ingresso, alla dimissione e periodicamente, in caso di presa in carico prolungata, la valutazione funzionale con strumenti validati da evidenze scientifiche di efficacia.		doc		
4.	Esiste una procedura per garantire la continuità assistenziale alla conclusione del progetto riabilitativo individuale (PRI) che prevede obiettivi misurabili, che preveda la comunicazione al medico curante e, se necessario, l'addestramento dei familiari e l'acquisizione dei materiali per il proseguimento delle cure a domicilio.		doc		
5.	Ciascun ospite ha una cartella o scheda su cui ogni operatore annota cure e trattamenti.		doc./strutt	V	
6.	La documentazione clinica è periodicamente sottoposta a revisione della completezza e dell'appropriatezza.		doc		
7.	Per la riabilitazione respiratoria sono previste procedure di integrazione delle competenze cardiologiche e fisiatriche.		doc		

8.	E' identificato per ogni utente un <i>case-manager</i> responsabile del percorso assistenziale di struttura e dei rapporti con i familiari.		doc		
9.	Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici per le principali patologie trattate, basati, ove disponibili, su evidenze scientifiche di efficacia e esistono modalità per la verifica dell'applicazione di tali protocolli.		doc		
10.	E' effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici.		doc.		
11.	Esistono procedure scritte per la formulazione dei piani di trattamento che sono redatti e verificati dall'equipe multidisciplinare e contengono: <ul style="list-style-type: none"> <li>- modalità di effettuazione delle valutazioni mediante test clinici e strumentali;</li> <li>- modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi;</li> <li>- modalità di valutazione dei risultati attesi.</li> </ul>		doc		
12.	Sono adottate le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori (es. eliminazione di piastrelle rotte, di spigoli, di manovelle sporgenti dei letti, l'uso di sostanze-dispositivi antisdrucciolo, ecc.).		doc		

13.	<p>Sono valutati i risultati delle proprie attività in termini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- appropriatezza dell'indicazione (utilizzando come indicatore almeno il ritorno in reparto per acuti);</li> <li>- incidenza delle complicanze altiche, pneumologiche e dello scompenso cardiaco;</li> <li>- risultato, attraverso un follow up a 6 mesi per la valutazione dei decessi intercorsi e la somministrazione di un questionario sulla qualità della vita.</li> </ul>		doc		
-----	--	--	-----	--	--

#### 5.4.50. CONSULTORI FAMILIARI

(la legge 405/1975 identifica i consultori quali presidi alla tutela della maternità, della procreazione responsabile ecc. ecc.)

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono previste procedure standardizzate per l'integrazione socio-sanitaria all'interno di ogni attività consultoriale.		doc		
2.	Esiste un documento in cui è esplicitata l'organizzazione in generale e, se effettuate, l'organizzazione delle attività ad alta specializzazione.		doc		
3.	E' previsto un collegamento funzionale formalizzato con il Dipartimento materno-infantile, i servizi di Colposcopia e di Ecografia, per l'invio di segnalazioni alla struttura di competenza.		doc./strutt		
4.	Sono sostenute iniziative finalizzate all'informazione, all'educazione ed alla prevenzione dei tumori della sfera genitale.		doc		
5.	Il consultorio svolge iniziative finalizzate alla promozione dell'allattamento al seno.		doc	I	Nuove iniziative
6.	Sono sostenute iniziative finalizzate all'informazione ed all'educazione sessuale per la procreazione responsabile.		doc	I	Nuove iniziative
7.	Sono disponibili profili di assistenza relativi a: - gravidanza; - puerperio.		doc		
8.	E' predisposta una procedura per la definizione delle modalità di presa in carico dell'utente.		doc		
9.	E' garantita l'offerta attiva di servizi a livello territoriale, tenendo conto dei bisogni differenziati, verso specifici bacini di utenza (es. fasce deboli, utenti extracomunitari, ecc.).		doc		



5.4.51. STUDI ODONTOIATRICI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	La Guida ai Servizi è fornita all'utente.		doc		
2.	Nella Guida ai Servizi sono esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente.		doc		
3.	La Guida ai Servizi contiene informazioni riguardanti almeno: - Nome/cognome del Responsabile dello studio; - elenco delle prestazioni erogate; - orari di accesso; - modalità di accesso; - orari per il rilascio di eventuali referti.		doc		
4.	La Guida ai Servizi contiene informazioni riguardanti costi, tempi e modalità di pagamento.		doc		
5.	Il personale addetto ai servizi è riconoscibile attraverso un cartellino di riconoscimento.		doc/strutt		
6.	Esiste evidenza di un sistema di prenotazioni trasparente e verificabile per controllo liste attesa.		strutt/doc		
7.	E' presente un sistema di segreteria telefonica che dia informazioni su orari di apertura e modalità di prenotazione con criteri predefiniti.		strutt		
8.	L'attività clinica è documentata attraverso un sistema di cartelle cliniche.		doc		
9.	Lo studio garantisce le prestazioni di accesso in urgenza.		doc		
10.	E' documentata la frequentazione da parte del personale medico ed ausiliario di un corso di riabilitazione cardiopolmonare di base.		doc	I	Il debito è dato dall'evidenza della partecipazione
11.	E' documentata una attività di aggiornamento del personale sanitario medico attraverso la frequenza di corsi o di congressi accreditati.		doc	I	Il debito è dato dall'evidenza della partecipazione a corsi o convegni accreditati

12.	In caso di prestazioni ortognatodontiche fornite dalla struttura, è prevista la presenza di un professionista che certifichi il suo impegno lavorativo a tempo pieno in ortognatodonzia (esclusivista).		doc		
13.	Esiste una procedura per lo smaltimento rifiuti.		doc/strutt		
14.	Sono disponibili procedure che garantiscano per ogni utente l'utilizzo di set sterili.		doc/strutt		
15.	Il materiale disinfettato o sterile è adeguatamente conservato secondo protocolli scritti.		doc/strutt		
16.	Esistono procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività ambulatoriali.		doc		
17.	Esistono e sono seguite procedure relative alla corretta conservazione, gestione e utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali.		doc	I	Il debito è relativo all'attività di verifica
18.	La struttura che usufruisce, per le attività di disinfezione e sterilizzazione, di organismi esterni: <ul style="list-style-type: none"> <li>- adotta protocolli operativi per le procedure di lavaggio, di raccolta, di invio del materiale;</li> <li>- adotta protocolli operativi per le procedure di ricevimento ed immagazzinamento del materiale;</li> <li>- acquisisce e conserva i protocolli operativi utilizzati dalla struttura esterna (es. la centrale di sterilizzazione) per le procedure di sterilizzazione e disinfezione;</li> <li>- acquisisce e conserva la documentazione del rispetto da parte della centrale di sterilizzazione esterna dei requisiti minimi.</li> </ul>		doc/strutt		

#### 5.4.52. STABILIMENTI TERMALI

*Nelle more dell'approvazione di standard regionali, si applicano i seguenti requisiti.*

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	E' evidente il rispetto della normativa igienico-sanitaria, con particolare riferimento alla conformità dell'acqua in distribuzione ai parametri tecnico-analitici ufficiali		doc	I	Il debito è relativo alla trasmissione annuale dei risultati sulla conformità dell'acqua
2.	Le tariffe applicate sono conformi a quelle approvate a livello nazionale		doc	I	Il debito si riferisce all'evidenza dell'aggiornamento delle tariffe in caso di nuove disposizioni nazionali
3.	Nel caso in cui vi siano state variazioni nell'ambito dell'attività svolta, sono state aggiornate le schede di autovalutazione di cui alla dgr 2197/1997, finalizzate all'attribuzione dei punteggi relativi all'attività svolta e alla conseguente collocazione in un determinato livello tariffario		doc		

## 5.4.53. 118

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste un documento di programmazione dove sono esplicitati gli obiettivi ed i volumi di attività attesi.		doc		
2.	Esistono modalità tese a misurare il raggiungimento degli obiettivi.		doc		
3.	Esistono modalità tese a misurare il miglioramento continuo.		doc		
4.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività svolta dal servizio.		doc	I	Il debito è relative alla relazione
5.	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari operatori in caso di assenza.		doc		
6.	Lo schema organizzativo è rivisto almeno annualmente.		doc	I	Il debito è relativo agli aggiornamenti
7.	Sono definite le procedure per il calcolo del costo del servizio		doc	I	Il debito è relativo a report
8.	I vari operatori sono coinvolti con periodicità costante per il monitoraggio dell'attività.		doc		
9.	Esiste un inventario generale delle risorse tecnologiche e delle attrezzature a disposizione del servizio		doc		
10.	Esiste un piano annuale di manutenzione ordinaria delle attrezzature.		doc/strutt		
11.	Esiste una procedura per la gestione degli acquisti dei dispositivi medici e materiale di consumo.		doc/strutt		
12.	Esiste un elenco aggiornato delle linee guida per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti per rischio, frequenza o costo.		doc		

13.	Il personale addetto è a conoscenza dell'esistenza delle linee guida.		doc		
14.	Sono definite le procedure di compilazione, conservazione ed archiviazione dei documenti comprovanti le attività sanitarie svolte.		doc		
15.	Il sistema interno di gestione della documentazione consente: - la classificazione - l'identificazione - la rintracciabilità - la valutazione della qualità delle informazioni - l'individuazione dell'interessato.		doc		
16.	Sono condivise con le strutture ospedaliere le procedure per la presa in carico dei pazienti		doc		
17.	Sono definite le procedure di presa in carico dei pazienti all'atto delle dimissioni.		doc		
18.	Gli operatori (dipendenti e volontari) sono a conoscenza delle procedure di presa in carico dei pazienti		doc		
19.	Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali.		doc/strutt		
20.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi a livello regionale.		doc		
21.	Esistono modalità tese a misurare la soddisfazione dell'utente.		doc		
22.	Sono definite le modalità di tutela dell'utenza attraverso modalità di presentazione e gestione dei reclami.		doc		
23.	Sono definite le modalità di rilevazione e di risoluzione delle cause dei problemi.		doc		
24.	Sono definite le procedure per lo smaltimento dei rifiuti speciali.		doc/strutt		
25.	Sono adottate le necessarie misure per la		doc		

	prevenzione degli infortuni degli operatori. I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.			doc		
26.	Esiste un programma di accoglienza per i nuovi operatori inseriti nel servizio che comprenda informazioni su: - politiche ed obiettivi del servizio - procedure e protocolli operativi - esigenze in materia di valutazione della qualità, di utilizzazione delle risorse, di gestione dei rischi della salute e sicurezza del lavoro.			doc		
27.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane.			doc		
28.	È redatto annualmente un piano di formazione ed aggiornamento del personale.			doc	I	Il debito è relativo al piano
29.	L'attività formativa degli operatori è documentata in una relazione annuale.			doc	I	Il debito è relativo alla relazione
30.	Sono definite procedure per il coinvolgimento di protezione civile, forze dell'ordine, ecc. in occasione di situazioni di emergenza.			doc		
31.	Sono definite le procedure per la chiamata in servizio di personale aggiuntivo in occasione di situazioni di emergenza			doc		
32.	Esistono modalità tese a misurare il miglioramento continuo nell'ambito dei trasporti sanitari (valutazione dei tempi di risposta, vigilanza sull'efficienza, la pulizia ed il rispetto delle norme relativamente alle ambulanze utilizzate nei trasporti sanitari, d'urgenza e/o programmati)			doc	I	Il debito è dato dai risultati
33.	Esistono modalità tese a misurare il			doc	I	Il debito è dato dai risultati

	miglioramento continuo nell'ambito dell'eliscorso (disincentivi per l'uso inappropriato, tempi di risposta)				
35.	Esistono modalità tese a ridurre i tempi di riscossione delle somme dovute per uso improprio dell'eliscorso		doc		

5.4.54. ADI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste un documento di programmazione dove sono esplicitati gli obiettivi.		doc		
2.	Esistono modalità tese a misurare il miglioramento continuo.		doc		
3.	Esistono modalità tese a misurare il raggiungimento degli obiettivi del servizio.		doc		
4.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività svolta dal servizio.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione
5.	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari operatori in caso di assenza.		doc		
6.	Lo schema organizzativo è rivisto almeno annualmente.		doc	I	Il debito è relativo agli aggiornamenti
7.	Sono definite le procedure per il calcolo del costo del servizio.		doc		
8.	I vari operatori sono coinvolti con periodicità costante per il monitoraggio dell'attività.		doc		
9.	Esiste un inventario generale delle risorse tecnologiche e delle attrezzature a disposizione del servizio (solo per servizi non inseriti in un'organizzazione complessa).		doc/strutt		
10.	Esiste un piano annuale di manutenzione ordinaria delle attrezzature(solo per servizi non inseriti in un'organizzazione complessa)		doc/strutt		
11.	Esiste una procedura per la gestione degli acquisti dei dispositivi medici e materiale di consumo		doc/strutt		
12.	Esistono procedure per l'identificazione degli eventi avversi più importanti per frequenza e/o gravità (difetti di sicurezza ambientale,		doc/strutt		



	prevenzione atti aggressivi),					
13.	Esiste un elenco aggiornato delle linee guida per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti per rischio, frequenza o costo.		doc			
14.	Il personale addetto è a conoscenza dell'esistenza delle linee guida.		doc			
15.	Sono definite le procedure di compilazione, conservazione ed archiviazione dei documenti comprovanti le attività svolte ad ogni accesso e per la documentazione amministrativa.		doc			
16.	È previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia di pazienti da assistere.		doc			
17.	Il sistema interno di gestione della documentazione consente: - la classificazione - l'identificazione - la rintracciabilità - la valutazione della qualità delle informazioni - l'individuazione dell'interessato		doc			
18.	Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali.		doc/strutt			
19.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi a livello regionale.		doc			
20.	E' in uso, presso la centrale operativa, un programma specifico per l'organizzazione dell'assistenza e vi sono apposite procedure scritte per il back-up di sicurezza dei dati.		strutt/doc			
21.	Sono definite delle procedure per il coinvolgimento della famiglia dell'utente nella definizione e nella conduzione del progetto.		doc.			
22.	Esistono modalità tese a misurare la soddisfazione dell'utente e dei familiari.		doc			
23.	Sono definite le modalità di tutela dell'utenza		doc			

	attraverso modalità di presentazione e gestione dei reclami.					
24.	Sono definite le modalità di rilevazione e di risoluzione delle cause dei problemi.		doc			
25.	Sono definite le procedure per il trasporto dei farmaci, in particolar modo quelli da conservare a temperatura controllata.		doc/strutt			
26.	Sono definite pratiche uniformi e procedure scritte per la consegna dei farmaci agli utenti.		doc			
27.	Sono definite le procedure per lo smaltimento dei rifiuti.		doc/strutt			
28.	Sono definite le procedure per il prelievo, la conservazione ed il trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.		doc			
29.	Sono definite le procedure per l'esecuzione delle prestazioni (prevenzione infezioni, gestione nutrizione enterale, gestione cateterismo vescicale, prevenzione e gestione piaghe da decubito...).		doc			
30.	Sono adottate le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni degli operatori.		doc			
31.	Sono definite le procedure di pulizia e sterilizzazione degli strumenti utilizzati dagli operatori.		doc			
32.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.		doc			
33.	Esiste un programma di accoglienza per i nuovi operatori inseriti nel servizio che comprenda informazioni su: - politiche ed obiettivi del servizio. - procedure e protocolli operativi		doc			

	- esigenze in materia di valutazione della qualità, di utilizzazione delle risorse, di gestione dei rischi della salute e sicurezza del lavoro.					
34.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane.	doc				
35.	È redatto annualmente un piano di formazione ed aggiornamento del personale.	doc	I		Il debito è relativo al piano	
36.	L'attività formativa degli operatori è documentata in una relazione annuale.	doc	I		Il debito è relativo alla relazione	
37.	Esiste evidenza degli incontri, a cadenza periodica, di tutti i componenti l'equipe multidimensionale.	doc				
38.	Ciascun assistito ha un piano assistenziale individuale scritto, riportato sulla cartella personale, periodicamente aggiornato dall'Unità di valutazione multidimensionale.	doc				
39.	È individuato un medico responsabile del servizio e/o dell'area (a seconda se l'organizzazione è accentrata o decentrata).	doc				
40.	Sono identificati i coordinatori delle attività sanitarie del servizio, con specifiche caratteristiche: - infermiere coordinatore; - assistente sociale coordinatore servizi anziani; - fisioterapista coordinatore.	doc/strutt				
41.	Sono definite le procedure per la presa in carico dell'utente.	doc				
42.	Sono definiti i tempi di attivazione del servizio dal momento della segnalazione.	doc				
43.	E' assicurata l'appropriata tenuta della cartella domiciliare: - le cartelle sono ordinate e leggibili;					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la consultazione permette di conoscere i problemi in atto ed il trattamento in corso;</li> <li>- ogni operatore aggiorna la cartella ad ogni accesso.</li> </ul>				
44.	Ogni operatore aggiorna la cartella personale dell'utente ad ogni accesso.		doc		
45.	In caso di ricovero in ospedale per acuti il paziente è accompagnato da una sintesi clinica.		doc		
46.	Sono previste procedure per l'accesso facilitato dei pazienti a prestazioni specialistiche.		doc		

5.4.55. SERVIZI DOMICILIARI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste un documento di programmazione dove sono esplicitati gli obiettivi.		doc		
2.	Esistono modalità tese a misurare il miglioramento continuo.		doc		
3.	Esistono modalità tese a misurare il raggiungimento degli obiettivi del servizio.		doc		
4.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività svolta dal servizio.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione
5.	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari operatori in caso di assenza.		doc		
6.	Lo schema organizzativo è rivisto almeno annualmente.		doc	I	Il debito è relativo agli aggiornamenti
7.	Sono definite le procedure per il calcolo del costo del servizio.		doc		
8.	I vari operatori sono coinvolti con periodicità costante per il monitoraggio dell'attività.		doc		
9.	Esiste un elenco aggiornato delle linee guida per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti per rischio, frequenza o costo.		doc		
10.	Il personale addetto è a conoscenza dell'esistenza delle linee guida.		doc		
11.	Sono definite le procedure di compilazione, conservazione ed archiviazione dei documenti comprovanti le attività svolte ad ogni accesso e per la documentazione amministrativa.		doc		
12.	È previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia di pazienti da assistere.		doc		
13.	Il sistema interno di gestione della documentazione consente:		doc		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la classificazione</li> <li>- l'identificazione</li> <li>- la rintracciabilità</li> <li>- la valutazione della qualità delle informazioni</li> <li>- l'individuazione dell'interessato</li> </ul>				
14.	Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali.	doc/strutt			
15.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi a livello regionale e statale.	doc			
16.	Sono definite delle procedure per il coinvolgimento della famiglia dell'utente nella definizione e nella conduzione del progetto.	doc.			
17.	Esistono modalità tese a misurare la soddisfazione dell'utente e dei familiari.	doc			
18.	Sono definite le modalità di tutela dell'utenza attraverso modalità di presentazione e gestione dei reclami.	doc			
19.	Se previste sono definite le procedure per il trasporto dei farmaci, in particolar modo quelli da conservare a temperatura controllata.	doc/strutt			
20.	Sono definite le procedure per lo smaltimento dei rifiuti.	doc/strutt			
21.	Se previste sono definite le procedure per il prelievo, la conservazione ed il trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.	doc			
22.	Sono definite le procedure per l'esecuzione delle prestazioni (prevenzione infezioni, gestione nutrizione enterale, gestione cateterismo vescicale, prevenzione e gestione piaghe da decubito...).	doc			
23.	Sono adottate le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni degli operatori.	doc			
24.	Sono definite le procedure di pulizia e	doc			

	sterilizzazione degli strumenti utilizzati dagli operatori.					
25.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.	doc				
26.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane.	doc				
27.	È redatto annualmente un piano di formazione ed aggiornamento del personale	doc	I			Il debito è relativo al piano
28.	L'attività formativa degli operatori è documentata in una relazione annuale.	doc	I			Il debito è relative alla relazione
29.	Sono previsti incontri periodici tra gli operatori coinvolti ne servizio per la discussione dei casi.	doc				
30.	Per ogni utente è individuato un "case manager".	doc				
31.	Ciascun utente ha cartella personale periodicamente aggiornata.	doc				
32.	La cartella contiene dati anagrafici, informazioni di carattere sociale ed evoluzione del quadro clinico.	doc				
33.	È individuato un responsabile del servizio e/o dell'area.	doc				
34.	Sono definite le procedure per la presa in carico dell'utente.	doc				
35.	Sono definiti i tempi di attivazione del servizio dal momento della richiesta di accesso.	doc				
36.	Ogni operatore aggiorna la cartella personale dell'utente ad ogni accesso.	doc				
37.	In caso di ricovero in ospedale per acuti il paziente è accompagnato da una sintesi clinica.	doc				

5.4.56. SERVIZI TERRITORIALI PER UTENTI CON DIPENDENZE PATOLOGICHE E PER UTENTI CON DISTURBI DELLA SALUTE MENTALE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste un documento di programmazione dove sono esplicitati gli obiettivi.		doc		
2.	Esistono modalità tese a misurare il miglioramento continuo.		doc		
3.	Esistono modalità tese a misurare il raggiungimento degli obiettivi del servizio.		doc		
4.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività svolta dal servizio.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione
5.	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari operatori in caso di assenza.		doc		
6.	Lo schema organizzativo è rivisto almeno annualmente.		doc	I	Il debito è relativo agli aggiornamenti
7.	Sono definite le procedure per il calcolo del costo del servizio.		doc		
8.	I vari operatori sono coinvolti con periodicità costante per il monitoraggio dell'attività.		doc		
9.	Esiste un regolamento in cui sono descritti i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del programma di assistenza.		doc		
10.	È prevista l'apertura e l'aggiornamento di una cartella individuale che riporta tutte le informazioni utili e significative riguardanti l'utente.		doc		
11.	Sono definite le procedure di compilazione, conservazione ed archiviazione dei documenti comprovanti le attività svolte ad ogni accesso e per la documentazione amministrativa.		doc		
12.	È previsto l'utilizzo di scale di valutazione		doc		



	adeguate alla tipologia di pazienti da assistere.				
13.	Il sistema interno di gestione della documentazione consente: - la classificazione - l'identificazione - la rintracciabilità - la valutazione della qualità delle informazioni - l'individuazione dell'interessato		doc		
14.	Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali.		doc/strutt		
15.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi a livello regionale.		doc		
16.	Sono definite delle procedure per il coinvolgimento della famiglia dell'utente nella definizione e nella conduzione del progetto.		doc.		
17.	Esistono modalità tese a misurare la soddisfazione dell'utente e dei familiari.		doc		
18.	Sono definite le modalità di tutela dell'utenza attraverso modalità di presentazione e gestione dei reclami.		doc		
19.	Sono definite le modalità di rilevazione e di risoluzione delle cause dei problemi.		doc		
20.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.		doc		
21.	Esiste un programma di accoglienza per i nuovi operatori inseriti nel servizio che comprenda informazioni su: - politiche ed obiettivi del servizio. - procedure e protocolli operativi esigenze in materia di valutazione della qualità, di utilizzazione delle risorse, di gestione dei		doc		

	rischi della salute e sicurezza del lavoro					
22.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane.		doc			
23.	È redatto annualmente un piano di formazione ed aggiornamento del personale		doc	I		Il debito è relativo al piano
24.	L'attività formativa degli operatori è documentata in una relazione annuale.		doc	I		Il debito è relative alla relazione
25.	Esiste evidenza degli incontri, a cadenza periodica, di tutti i componenti l'equipe multidimensionale.		doc			
26.	Ciascun assistito ha un programma di trattamento individuale scritto, riportato sulla cartella personale, periodicamente aggiornato dall'Unità di valutazione multidimensionale.		doc			
27.	È individuato un responsabile del servizio.		doc			
28.	Sono definite le procedure per la presa in carico dell'utente.		doc			
29.	Sono definiti i tempi di attivazione del servizio dal momento della segnalazione.		doc			
30.	Sono predisposto procedure di collegamento con altri servizi sul territorio.		doc			

5.4.57. STRUTTURA RESIDENZIALE PER PAZIENTI CON DIPENDENZE PATOLOGICHE

POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITÀ

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono esplicitati la missione e gli obiettivi generali del soggetto richiedente.		doc		
2.	Sono esplicitate le politiche e le azioni mediante le quali sono perseguiti gli obiettivi generali.		doc		
3.	Le politiche e le azioni mediante le quali sono perseguiti gli obiettivi generali sono scomposte in periodi temporali.		doc		
4.	Esistono modalità tese a: - misurare la soddisfazione dell'utente; - sostenere il miglioramento continuo; - misurare l'efficienza e l'efficacia nel grado di raggiungimento degli obiettivi generali con indicatori.		doc	I	Il debito è relativo ai report e conseguenti valutazioni delle indagini svolte per il monitoraggio della soddisfazione dell'utente e del raggiungimento obiettivi
5.	Il piano generale annuale delle attività comprende: - gli obiettivi specifici congruenti con quelli generali; - le attività esistenti; - il volume atteso dell'attività; - la struttura ed i sistemi organizzativi; - i tempi di realizzazione; - le risorse umane, tecniche e finanziarie; - il metodo di rilevazione dei risultati.		doc	I	
6.	E' prevista l'individuazione di centri di responsabilità all'interno della struttura.		doc		
7.	E' adottato un sistema interno di controllo di gestione.		doc/strutt		

8.	<p>Il sistema interno di controllo di gestione si compone di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- scomposizione in periodi infrannuali;</li> <li>- rilevazione periodica dei dati di attività;</li> <li>- rilevazione periodica dei costi e dei ricavi;</li> <li>- formulazione di indicatori sintetici ed analitici;</li> <li>- rilevazione degli scostamenti dagli obiettivi;</li> <li>- adozione di azioni correttive in itinere o ex post</li> </ul>		doc/strutt	I	Il debito è relativo alle rilevazioni periodiche ed alle eventuali azioni correttive
9.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale svolta dalla struttura.		doc	I	
10.	La relazione annuale contiene la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e generali, nonché del volume dell'attività svolta correlata dell'analisi degli scostamenti rispetto al volume atteso.		doc	I	

STRUTTURA ORGANIZZATIVA E PRINCIPALI MECCANISMI ORGANIZZATIVI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
11.	E' definito ed esplicitato l'organigramma del soggetto richiedente e della sede operativa dettagliato per aree di attività.		doc		
12.	Esiste un elenco aggiornato - con cadenza semestrale - del personale della sede operativa con l'indicazione della qualifica e delle competenze attribuite.		doc		
13.	Sono definite le procedure e le istruzioni operative relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accesso e la registrazione alle prestazioni;</li> <li>- l'acquisizione del consenso informato;</li> </ul>		doc/strutt		

	- l'acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali.				
14.	Sono definite le procedure per l'erogazione di prestazioni con tariffa interamente o parzialmente a carico del cittadino.		doc		
15.	Sono a disposizione dell'utente le tariffe per le principali prestazioni.		doc/strutt		
16.	Sono definite le procedure per garantire la continuità assistenziale in caso di urgenze oppure eventi imprevisti.		doc		
17.	Ove prevista l'attività sono definite le procedure di prelievo, di conservazione, di trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.		doc		
18.	Sono definite le procedure di pulizia, di lavaggio, di disinfezione e di sterilizzazione dei locali e degli accessori.		doc	I	Il debito è relativo alle attività di pulizia garantite/svolte (ad es. rinnovo capitolato)
19.	Sono definite le procedure di compilazione, di conservazione e di archiviazione dei documenti comprovanti le attività sanitarie svolte e della documentazione amministrativa.		doc/strutt	I	Il debito è relativo all'applicazione della procedura, ovvero attività sistematiche e periodiche di verifica sulla compilazione della documentazione sanitaria
20.	Sono definite le procedure per la gestione dei rifiuti.		doc		

#### GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
21.	Esiste il piano annuale di individuazione del fabbisogno del personale che definisce il numero di unità di personale per ciascuna qualifica professionale in rapporto ai volumi dei servizi erogati.		doc	I	Il debito è soddisfatto dal piano annuale
22.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da		doc		

	personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.				
23.	Sono definiti i sistemi organizzativi interni di incentivazione del personale in modo coerente con il sistema di attribuzione degli obiettivi e di controllo di gestione.	doc			

#### FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE

24.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane.	doc			
25.	E' effettuata un'analisi preventiva del fabbisogno formativo, anche attraverso il coinvolgimento dei partecipanti (es. verbale di riunioni).	doc	I		Il debito è relativo all'evidenza dell'effettuazione dell'analisi preventiva
26.	Esiste un metodo di valutazione della congruità del percorso formativo proposto in relazione alle mansioni svolte.	doc			
27.	E' redatto un piano di formazione ed aggiornamento del personale congruente con le attività e gli obiettivi della struttura.	doc	I		Il debito è relativo al piano annuale di formazione
28.	Il piano di formazione e di aggiornamento del personale contiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'analisi dei bisogni;</li> <li>- la presenza di indicatori di verifica dell'esito del piano rispetto ai bisogni rilevati;</li> <li>- la valutazione del raggiungimento degli obiettivi;</li> <li>- l'attribuzione dei crediti formativi (solo per le figure professionali per le quali siano previsti);</li> <li>- i costi di attuazione;</li> </ul>	doc	I		Il debito è relativo al piano annuale e ai report degli indicatori

	- i soggetti formatori ed i formati coinvolti. E' redatta una relazione annuale sull'attività di formazione svolta.								
29.			doc	I					Il debito è relativo alla relazione annuale
30.	Esiste un programma finalizzato per favorire l'inserimento del personale neoassunto.		doc	I					Il debito è relativo a registrazioni su neo-assunti dell'anno

#### GESTIONE DEGLI ACQUISTI E DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E STRUTTURALI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
31.	Esiste un inventario generale dei beni mobili con indicazione della tipologia.		doc/strutt		
32.	Esiste una procedura per la gestione degli acquisti.		doc		
33.	Esiste una programmazione annuale e pluriennale per l'acquisto dei beni mobili.				
34.	Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria delle risorse che lo richiedano		doc		
35.	E' disponibile la planimetria generale della struttura.		strutt		
36.	Esiste un piano annuale e pluriennale di manutenzione programmata delle risorse strutturali, consistenti in opere civili ed impiantistiche.		doc	I	Il debito è relativo al piano annuale
37.	Esiste una procedura per garantire l'intervento urgente di manutenzione straordinaria ed ordinaria delle risorse strutturali.		doc		

#### GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ, LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
38.	Esistono attività organizzate per il miglioramento		doc	I	Il debito informativo è relativo ad una

	continuo della qualità.					relazione su attività svolte al riguardo nell'anno
39.	E' redatto ed approvato dalla Direzione un piano per la qualità, contenente: - gli obiettivi; - le strategie; - le risorse assegnate; - gli indicatori per la verifica delle attività svolte.		doc	I		Il debito è relativo al piano per la qualità
40.	Il personale della struttura è stato coinvolto nelle attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.		doc			
41.	Esiste un elenco aggiornato dei regolamenti interni redatti in collaborazione con il personale e delle linee guida.		doc	I		Il debito informativo è relativo alle variazioni intervenute
42.	Gli ospiti sono a conoscenza dei regolamenti interni.		doc			
43.	Il personale è coinvolto nelle procedure di stesura, di approvazione e di revisione dei regolamenti interni e delle linee guida.		doc			

#### SISTEMA INFORMATIVO E RAPPORTI CON L'UTENZA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
44.	Esiste un sistema interno di gestione della documentazione.		doc		
45.	Il sistema interno di gestione della documentazione consente: - la classificazione; - l'identificazione; - la rintracciabilità; - la valutazione della qualità delle informazioni; - l'individuazione dell'interessato;		doc/strutt		



	- l'accesso agli atti dell'interessato. Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi per i livelli regionale e statale.		doc/strutt	I	Il debito è relativo all'aggiornamento
46.	Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali.		doc/strutt		
47.	La struttura possiede una carta dei servizi o altro materiale informativo da divulgare al pubblico.		doc		
48.	La carta dei servizi o altro materiale informativo contengono le informazioni essenziali (luogo, modalità e tempi) per l'utenza sui servizi svolti dalla struttura.		doc		
49.	La carta dei servizi o altro materiale informativo sono portati a conoscenza: - di tutti i soggetti e clienti esterni; - di tutti i soggetti e clienti interni.		doc		
50.	Sono definite, a tutela dell'utenza, le modalità di presentazione e di gestione dei reclami.		doc		
51.	Sono definite le modalità di rilevazione e di risoluzione delle cause dei reclami.		doc		
52.	E' individuato il referente della struttura addetto ai rapporti con il pubblico.		doc		

#### LA SICUREZZA E IL BENESSERE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
54.	E' garantita la possibilità di socializzazione e di attività ricreativa per l'utenza.		strutt		
55.	E' garantita all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riabilitativo, di mantenimento.		doc		
56.	Esistono programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni degli ospiti.		doc		

57.	Esistono procedure formalizzate relative alla prevenzione di manovre autolesive.		doc	
58.	E' garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza.		strutt	
59.	Sono adottate le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di ospiti e di operatori.		doc	
60.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti.		doc	
61.	La struttura ha modalità di custodia di valori e di beni personali.		strutt	
62.	Sono definite le procedure la continuità assistenziale in caso di urgenze.		doc	
63.	Esistono procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle cadute accidentali e sono previste modalità per la verifica dell'applicazione di tali procedure.		doc	
64.	Sono previste modalità di raccolta e analisi relativamente alla applicazione delle procedure.		doc	

#### IL LOCALE DI VISITA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
65.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a ospite e da ospite a ospite.		doc		
66.	Esistono e sono seguite procedure relative alla corretta conservazione, gestione, utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione.		doc		
67.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy		strutt		

	dell'utente durante le attività di visita e di medicazione.					
--	---	--	--	--	--	--

#### LA FORMAZIONE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
68.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale adeguata.		doc		
69.	In caso di costituzione di nuovo servizi il coordinatore ha acquisito almeno due anni di esperienza professionale in servizi simili.		doc		

#### IL PERCORSO ASSISTENZIALE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
70.	Esiste un elenco delle attività sanitarie, educative e riabilitative regolarmente svolte.		doc		
71.	Per ciascun ospite è formulato ed è documentato un progetto terapeutico-riabilitativo, coerente con il programma formulato dal SERT di riferimento.		doc		
72.	Ciascun progetto terapeutico e riabilitativo si ispira ai criteri ed obiettivi generali fissati, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- rispetta i fondamentali diritti della persona ed esclude nelle diverse fasi dell'intervento ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale;</li> <li>- promuove il raggiungimento di uno stato di maturità e di autonomia;</li> <li>- descrive la metodologia degli interventi.</li> </ul>		doc		
73.	Sono definite le regole di vita comunitaria, anche al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive.		doc		
74.	Sono svolte attività formative ed occupazionali volte al recupero scolastico.		doc		

75.	Sono svolte attività formativo ed occupazionali come corsi di formazione professionale ed attività lavorative.		doc		
76.	Sono svolte attività di socializzazione come attività ricreative, sportive e culturali individuali e di gruppo.		doc		
77.	La struttura ha predisposto una procedura per il trasporto degli ospiti in caso di necessità.		doc		

#### L'ASSISTENZA SANITARIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
78.	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze.		doc		
79.	Esiste all'ammissione una valutazione sanitaria completa.		doc		
80.	Esistono procedure per la somministrazione e l'autosomministrazione di farmaci.		doc		

#### GLI ASPETTI ALBERGHIERI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
81.	E' garantito il controllo igienico sanitario e nutrizionale degli alimenti.		doc		
82.	Esiste un protocollo interno per la pulizia e la sanificazione ambientale.		doc		
83.	Esistono protocolli interni per un corretto lavaggio di lenzuola, asciugamani e degli indumenti (se la lavanderia non è appaltata).		doc		

5.4.58. STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE PER PAZIENTI CON DIPENDENZE PATOLOGICHE

POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITÀ

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono esplicitati la missione e gli obiettivi generali del soggetto richiedente.		doc		
2.	Sono esplicitate le politiche e le azioni mediante le quali sono perseguiti gli obiettivi generali.		doc		
3.	Le politiche e le azioni mediante le quali sono perseguiti gli obiettivi generali sono scomposte in periodi temporali.		doc		
4.	Esistono modalità tese a: - misurare la soddisfazione dell'utente; - sostenere il miglioramento continuo; - misurare l'efficienza e l'efficacia nel grado di raggiungimento degli obiettivi generali con indicatori.		doc	I	Il debito è relativo ai report e conseguenti valutazioni delle indagini svolte per il monitoraggio della soddisfazione dell'utente e del raggiungimento obiettivi
5.	Il piano generale annuale delle attività comprende: - gli obiettivi specifici congruenti con quelli generali; - le attività esistenti; - il volume atteso dell'attività; - la struttura ed i sistemi organizzativi; - i tempi di realizzazione; - le risorse umane, tecniche e finanziarie; - il metodo di rilevazione dei risultati.		doc	I	Il debito è relativo al piano
6.	E' prevista l'individuazione di centri di responsabilità all'interno della struttura.		doc		

7.	E' adottato un sistema interno di controllo di gestione. Il sistema interno di controllo di gestione si compone di: - scomposizione in periodi infrannuali; - rilevazione periodica dei dati di attività; - rilevazione periodica dei costi e dei ricavi; - formulazione di indicatori sintetici ed analitici; - rilevazione degli scostamenti dagli obiettivi; - adozione di azioni correttive in itinere o ex post		doc/strutt		Il debito è relativo alle rilevazioni periodiche ed alle eventuali azioni correttive
8.			doc/strutt	I	
9.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale svolta dalla struttura.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione annuale
10.	La relazione annuale contiene la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e generali, nonché del volume dell'attività svolta corredata dell'analisi degli scostamenti rispetto al volume atteso.		doc	I	

STRUTTURA ORGANIZZATIVA E PRINCIPALI MECCANISMI ORGANIZZATIVI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
11.	E' definito ed esplicitato l'organigramma del soggetto richiedente e della sede operativa dettagliato per aree di attività.		doc		
12.	Esiste un elenco aggiornato - con cadenza semestrale - del personale della sede operativa con l'indicazione della qualifica e delle competenze attribuite.		doc		
13.	Sono definite le procedure e le istruzioni		doc/strutt		

	operative relative a: - l'accesso e la registrazione alle prestazioni; - l'acquisizione del consenso informato; - l'acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali.					
14.	Sono definite le procedure per l'erogazione di prestazioni con tariffa interamente o parzialmente a carico del cittadino.		doc			
15.	Sono a disposizione dell'utente le tariffe per le principali prestazioni.		doc/strutt			
16.	Sono definite le procedure per garantire la continuità assistenziale in caso di urgenze oppure eventi imprevisti.		doc			
17.	Ove prevista l'attività sono definite le procedure di prelievo, di conservazione, di trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.		doc			
18.	Sono definite le procedure di pulizia, di lavaggio, di disinfezione e di sterilizzazione dei locali e degli accessori.		doc	I		Il debito è relativo alle attività di pulizia garantite/svolte (ad es. rinnovo capitolato)
19.	Sono definite le procedure di compilazione, di conservazione e di archiviazione dei documenti comprovanti le attività sanitarie svolte e della documentazione amministrativa.		doc/strutt	I		Il debito è relativo all'applicazione della procedura, ovvero attività sistematiche e periodiche di verifica sulla compilazione della documentazione sanitaria
20.	Sono definite le procedure per la gestione dei rifiuti.		doc			

#### GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
21.	Esiste il piano annuale di individuazione del		doc	I	Il debito è relativo al piano annuale

	fabbisogno del personale che definisce il numero di unità di personale per ciascuna qualifica professionale in rapporto ai volumi dei servizi erogati.				
22.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.	doc			
23.	Sono definiti i sistemi organizzativi interni di incentivazione del personale in modo coerente con il sistema di attribuzione degli obiettivi e di controllo di gestione.	doc			

#### FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE

24.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane.	doc			
25.	E' effettuata un'analisi preventiva del fabbisogno formativo, anche attraverso il coinvolgimento dei partecipanti (es. verbale di riunioni).	doc	I		Il debito è relativo all'evidenza dell'effettuazione dell'analisi preventiva
26.	Esiste un metodo di valutazione della congruità del percorso formativo proposto in relazione alle mansioni svolte.	doc			
27.	E' redatto un piano di formazione ed aggiornamento del personale congruente con le attività e gli obiettivi della struttura.	doc	I		Il debito è relativo al piano annuale
28.	Il piano di formazione e di aggiornamento del personale contiene: - l'analisi dei bisogni; - la presenza di indicatori di verifica dell'esito	doc	I		Il debito è relativo al piano annuale



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- del piano rispetto ai bisogni rilevati;</li> <li>- la valutazione del raggiungimento degli obiettivi;</li> <li>- l'attribuzione dei crediti formativi (solo per le figure professionali per le quali siano previsti);</li> <li>- i costi di attuazione;</li> <li>- i soggetti formatori ed i formandi coinvolti.</li> </ul>					Il debito è relativo alla relazione
29.	E' redatta una relazione annuale sull'attività di formazione svolta.			doc	I	
30.	Esiste un programma finalizzato per favorire l'inserimento del personale neoassunto.			doc	I	Il debito è relativo a registrazioni su neo-assunti dell'anno

#### GESTIONE DEGLI ACQUISTI E DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E STRUTTURALI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
31.	Esiste un inventario generale dei beni mobili con indicazione della tipologia.		doc/strutt		
32.	Esiste una procedura per la gestione degli acquisti.		doc		
33.	Esiste una programmazione annuale e pluriennale per l'acquisto dei beni mobili.				
34.	Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria delle risorse che lo richiedano		doc		
35.	E' disponibile la planimetria generale della struttura.		strutt		
36.	Esiste un piano annuale e pluriennale di manutenzione programmata delle risorse strutturali, consistenti in opere civili ed impiantistiche.		doc	I	Il debito è relativo al piano

37.	Esiste una procedura per garantire l'intervento urgente di manutenzione straordinaria ed ordinaria delle risorse strutturali.		doc		
-----	---	--	-----	--	--

GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ, LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
38.	Esistono attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.		doc	I	Il debito informativo è relativo ad una relazione sulle attività svolte al riguardo nell'anno
39.	E' redatto ed approvato dalla Direzione un piano per la qualità, contenente: - gli obiettivi; - le strategie; - le risorse assegnate; - gli indicatori per la verifica delle attività svolte.		doc	I	Il debito è relative al piano per la qualità
40.	Il personale della struttura è stato coinvolto nelle attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.		doc		
41.	Esiste un elenco aggiornato dei regolamenti interni redatti in collaborazione con il personale e delle linee guida.		doc	I	Il debito informativo è relativo alle variazioni intervenute
42.	Il gli ospiti sono a conoscenza dei regolamenti interni.		doc.		
43.	Il personale è coinvolto nelle procedure di stesura, di approvazione e di revisione dei regolamenti interni e delle linee guida.		doc		

SISTEMA INFORMATIVO E RAPPORTI CON L'UTENZA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
44.	Esiste un sistema interno di gestione della documentazione.		doc		
45.	<p>Il sistema interno di gestione della documentazione consente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la classificazione;</li> <li>- l'identificazione;</li> <li>- la rintracciabilità;</li> <li>- la valutazione della qualità delle informazioni;</li> <li>- l'individuazione dell'interessato;</li> <li>- l'accesso agli atti dell'interessato.</li> </ul>		doc/strutt		
46.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi per i livelli regionale e statale.		doc/strutt	I	Il debito è relativo all'aggiornamento dell'elenco
47.	Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali.		doc/strutt		
48.	La struttura possiede una carta dei servizi o altro materiale informativo da divulgare al pubblico.		doc		
49.	La carta dei servizi o altro materiale informativo contengono le informazioni essenziali (luogo, modalità e tempi) per l'utenza sui servizi svolti dalla struttura.		doc		
50.	<p>La carta dei servizi o altro materiale informativo sono portati a conoscenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- di tutti i soggetti e clienti esterni;</li> <li>- di tutti i soggetti e clienti interni.</li> </ul>		doc		
51.	Sono definite, a tutela dell'utenza, le modalità di presentazione e di gestione dei reclami.		doc		
52.	Sono definite le modalità di rilevazione e di		doc		

	risoluzione delle cause dei reclami.					
53.	E' individuato il referente della struttura addetto ai rapporti con il pubblico.		doc			

#### LA SICUREZZA E IL BENESSERE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
54.	E' garantita la possibilità di socializzazione e di attività ricreativa per l'utenza.		strutt.		
55.	Esistono procedure formalizzate relative alla prevenzione di manovre autolesive.		doc		
56.	E' garantita all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riabilitativo, di mantenimento.		doc		
57.	Esistono programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni degli ospiti.		doc		
58.	E' garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza.		strutt		
59.	Sono adottate le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di ospiti e di operatori.		doc		
60.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti.		doc		
61.	Sono definite le procedure la continuità assistenziale in caso di urgenze.		doc		
62	Sono previste modalità di raccolta e analisi relativamente alla applicazione delle procedure.		doc		

#### IL LOCALE DI VISITA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
63.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a ospite e da ospite a ospite.		doc		
64.	Esistono e sono seguite procedure relative alla corretta conservazione, gestione, utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione.		doc		
65.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e di medicazione.		strutt		

#### LA FORMAZIONE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
66.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale adeguata.		doc		
67.	In caso di costituzione di nuovo servizi il coordinatore ha acquisto almeno due anni di esperienza professionale in servizi simili.		doc		

#### IL PERCORSO ASSISTENZIALE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
68.	Esiste un elenco delle attività sanitarie, educative e riabilitative regolarmente svolte.		doc		
69.	Per ciascun ospite è formulato ed è documentato un progetto terapeutico-riabilitativo, coerente con il programma		doc		

	formulato dal SERT di riferimento.				
70.	<p>Ciascun progetto terapeutico e riabilitativo si ispira ai criteri ed obiettivi generali fissati, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rispetta i fondamentali diritti della persona ed esclude nelle diverse fasi dell'intervento ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale;</li> <li>- promuove il raggiungimento di uno stato di maturità e di autonomia;</li> <li>- descrive la metodologia degli interventi.</li> </ul> <p>Sono definite le regole di vita comunitaria, anche al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive.</p>		doc		
71.			doc		
72.	Sono svolte attività formative ed occupazionali volte al recupero scolastico.		doc		
73.	Sono svolte attività formativo ed occupazionali come corsi di formazione professionale ed attività lavorative.		doc		
74.	Sono svolte attività di socializzazione come attività ricreative, sportive e culturali individuali e di gruppo.		doc		
75.	La struttura ha predisposto una procedura per il trasporto degli ospiti in caso di necessità.		doc		

#### L'ASSISTENZA SANITARIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
76.	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze.		doc		
77.	Esiste all'ammissione una valutazione sanitaria completa.		doc		
78.	Esistono procedure per la somministrazione e		doc		



5.4.59. STRUTTURA RESIDENZIALE PER PAZIENTI CON DISTURBI DELLA SALUTE MENTALE

POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITÀ

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono esplicitati la missione e gli obiettivi generali del soggetto richiedente.		doc		
2.	Sono esplicitate le politiche e le azioni mediante le quali sono perseguiti gli obiettivi generali.		doc		
3.	Le politiche e le azioni mediante le quali sono perseguiti gli obiettivi generali sono scomposte in periodi temporali.		doc		
4.	Esistono modalità tese a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- misurare la soddisfazione dell'utente;</li> <li>- sostenere il miglioramento continuo;</li> <li>- misurare l'efficienza e l'efficacia nel grado di raggiungimento degli obiettivi generali con indicatori.</li> </ul>		doc	I	Il debito è relativo ai report e conseguenti valutazioni delle indagini svolte per il monitoraggio della soddisfazione dell'utente e del raggiungimento obiettivi
5.	Il piano generale annuale delle attività comprende: <ul style="list-style-type: none"> <li>- gli obiettivi specifici congruenti con quelli generali;</li> <li>- le attività esistenti;</li> <li>- il volume atteso dell'attività;</li> <li>- la struttura ed i sistemi organizzativi;</li> <li>- i tempi di realizzazione;</li> <li>- le risorse umane, tecniche e finanziarie;</li> <li>- il metodo di rilevazione dei risultati.</li> </ul>		doc	I	Il debito è relativo al piano
6.	E' prevista l'individuazione di centri di responsabilità all'interno della struttura.		doc		



7.	E' adottato un sistema interno di controllo di gestione. Il sistema interno di controllo di gestione si compone di: - scomposizione in periodi infrannuali; - rilevazione periodica dei dati di attività; - rilevazione periodica dei costi e dei ricavi; - formulazione di indicatori sintetici ed analitici; - rilevazione degli scostamenti dagli obiettivi; - adozione di azioni correttive in itinere o ex post		doc/strutt		Il debito è relativo alle rilevazioni periodiche ed alle eventuali azioni correttive
8.			doc/strutt	I	
9.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale svolta dalla struttura.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione annuale
10.	La relazione annuale contiene la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e generali, nonché del volume dell'attività svolta corredata dell'analisi degli scostamenti rispetto al volume atteso.		doc	I	

#### STRUTTURA ORGANIZZATIVA E PRINCIPALI MECCANISMI ORGANIZZATIVI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
11.	E' definito ed esplicitato l'organigramma del soggetto richiedente e della sede operativa dettagliato per aree di attività.		doc		
12.	Esiste un elenco aggiornato - con cadenza semestrale - del personale della sede operativa con l'indicazione della qualifica e delle competenze attribuite.		doc		
13.	Sono definite le procedure e le istruzioni operative relative a:		doc/strutt		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accesso e la registrazione alle prestazioni;</li> <li>- l'acquisizione del consenso informato;</li> <li>- l'acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali.</li> </ul>					
14.	Sono definite le procedure per l'erogazione di prestazioni con tariffa interamente o parzialmente a carico del cittadino.		doc			
15.	Sono a disposizione dell'utente le tariffe per le principali prestazioni.		doc/strutt.			
16.	Sono definite le procedure per garantire la continuità assistenziale in caso di urgenze oppure eventi imprevisi.		doc			
17.	Ove prevista l'attività sono definite le procedure di prelievo, di conservazione, di trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.		doc			
18.	Sono definite le procedure di pulizia, di lavaggio, di disinfezione e di sterilizzazione dei locali e degli accessori.		doc	I		Il debito è relativo alle attività di pulizia garantite/svolte (ad es. rinnovo capitolato)
19.	Sono definite le procedure di compilazione, di conservazione e di archiviazione dei documenti comprovanti le attività sanitarie svolte e della documentazione amministrativa.		doc/strutt	I		Il debito è relativo all'applicazione della procedura, ovvero attività sistematiche e periodiche di verifica sulla compilazione della documentazione sanitaria
20.	Sono definite le procedure per la gestione dei rifiuti.		doc			

#### GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
21.	Esiste il piano annuale di individuazione del fabbisogno del personale che definisce il numero di unità di personale per ciascuna qualifica professionale in rapporto ai volumi dei servizi		doc	I	Il debito è relativo al piano annuale

	erogati.					
22.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.		doc			
23.	Sono definiti i sistemi organizzativi interni di incentivazione del personale in modo coerente con il sistema di attribuzione degli obiettivi e di controllo di gestione.		doc			

#### FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE

24.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane.		doc			
25.	E' effettuata un'analisi preventiva del fabbisogno formativo, anche attraverso il coinvolgimento dei partecipanti (es. verbale di riunioni).		doc	I		Il debito è relativo agli esiti dell'analisi
26.	Esiste un metodo di valutazione della congruità del percorso formativo proposto in relazione alle mansioni svolte.		doc			
27.	E' redatto un piano di formazione ed aggiornamento del personale congruente con le attività e gli obiettivi della struttura.		doc	I		Il debito è relativo al piano
28.	Il piano di formazione e di aggiornamento del personale contiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'analisi dei bisogni;</li> <li>- la presenza di indicatori di verifica dell'esito del piano rispetto ai bisogni rilevati;</li> <li>- la valutazione del raggiungimento degli obiettivi;</li> <li>- l'attribuzione dei crediti formativi (solo per le figure professionali per le quali siano previsti);</li> <li>- i costi di attuazione;</li> </ul>		doc	I		Il debito è relativo al piano

	- i soggetti formatori ed i formati coinvolti. E' redatta una relazione annuale sull'attività di formazione svolta.								
29.	Esiste un programma finalizzato per favorire l'inserimento del personale neoassunto.				doc	I			Il debito è relativo alla relazione annuale
30.					doc	I			Il debito è relativo a registrazioni su neo-assunti dell'anno

#### GESTIONE DEGLI ACQUISTI E DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E STRUTTURALI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
31.	Esiste un inventario generale dei beni mobili con indicazione della tipologia.		doc/strutt		
32.	Esiste una procedura per la gestione degli acquisti.		doc		
33.	Esiste una programmazione annuale e pluriennale per l'acquisto dei beni mobili.				
34.	Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria delle risorse che lo richiedano		doc		
35.	E' disponibile la planimetria generale della struttura.		strutt		
36.	Esiste un piano annuale e pluriennale di manutenzione programmata delle risorse strutturali, consistenti in opere civili ed impiantistiche.		doc	I	Il debito è relativo al piano
37.	Esiste una procedura per garantire l'intervento urgente di manutenzione straordinaria ed ordinaria delle risorse strutturali.		doc		

GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ, LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
38.	Esistono attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.		doc	I	Il debito informativo è relativo ad una relazione su attività svolte al riguardo nell'anno
39.	E' redatto ed approvato dalla Direzione un piano per la qualità, contenente: - gli obiettivi; - le strategie; - le risorse assegnate; - gli indicatori per la verifica delle attività svolte.		doc	I	Il debito è relativo al piano
40.	Il personale della struttura è stato coinvolto nelle attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.		doc		
41.	Esiste un elenco aggiornato dei regolamenti interni redatti in collaborazione con il personale e delle linee guida.		doc	I	Il debito informativo è relativo alle variazioni intervenute
42.	Il personale è coinvolto nelle procedure di stesura, di approvazione e di revisione dei regolamenti interni e delle linee guida.		doc		
43.	Il personale è coinvolto nelle procedure di stesura, di approvazione e di revisione dei regolamenti interni e delle linee guida.		doc		

SISTEMA INFORMATIVO E RAPPORTI CON L'UTENZA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
44.	Esiste un sistema interno di gestione della documentazione.		doc		
45.	Il sistema interno di gestione della documentazione consente: - la classificazione; - l'identificazione;		doc/strutt		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la rintracciabilità;</li> <li>- la valutazione della qualità delle informazioni;</li> <li>- l'individuazione dell'interessato;</li> <li>- l'accesso agli atti dell'interessato.</li> </ul>					
46.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi per i livelli regionale e statale.		doc/strutt	I		Il debito è relativo agli aggiornamenti
47.	Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali.		doc/strutt			
48.	La struttura possiede una carta dei servizi o altro materiale informativo da divulgare al pubblico.		doc			
49.	La carta dei servizi o altro materiale informativo contengono le informazioni essenziali (luogo, modalità e tempi) per l'utenza sui servizi svolti dalla struttura.		doc			
50.	La carta dei servizi o altro materiale informativo sono portati a conoscenza: <ul style="list-style-type: none"> <li>- di tutti i soggetti e clienti esterni;</li> <li>- di tutti i soggetti e clienti interni.</li> </ul>		doc			
51.	Sono definite, a tutela dell'utenza, le modalità di presentazione e di gestione dei reclami.		doc			
52.	Sono definite le modalità di rilevazione e di risoluzione delle cause dei reclami.		doc			
53.	E' individuato il referente della struttura addetto ai rapporti con il pubblico.		doc			

#### LA SICUREZZA E IL BENESSERE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
54.	E' garantita la possibilità di socializzazione e di attività ricreativa per l'utenza.		doc		
55.	E' garantita all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riabilitazione, di		doc		

	mantenimento.					
56.	Esistono programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti.		doc			
57.	Esistono procedure formalizzate relative alla prevenzione di manovre autolesive.		doc			
58.	E' garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza.		doc			
59.	Sono adottate le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di ospiti e di operatori.		doc			
60.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti.		doc			
61.	La struttura ha modalità di custodia di valori e di beni personali.		doc			
62.	Sono definite le procedure la continuità assistenziale in caso di urgenze.		doc			
63.	Esistono procedure che garantiscono una adeguata prevenzione delle cadute accidentali e sono previste modalità per la verifica dell'applicazione di tali procedure.		doc			
64.	Sono previste modalità di raccolta e analisi relativamente alla applicazione delle procedure.		doc			

#### IL LOCALE DI VISITA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
65.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a ospite e da ospite a ospite.		doc		
66.	Esistono e sono seguite procedure relative alla corretta conservazione, gestione, utilizzo dei		doc		

	dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione.					
67.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e di medicazione.			strutt		

#### LA FORMAZIONE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
68.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale adeguata.		doc		
69.	In caso di costituzione di nuovi servizi il Direttore sanitario ha acquisto almeno due anni di esperienza in servizi simili.		doc		

#### IL PERCORSO ASSISTENZIALE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
70.	Per ciascun utente è formulato un progetto terapeutico riabilitativo.		doc		
71.	La struttura ha predisposto una procedura per il trasporto degli ospiti in caso di necessità.		doc		
72.	Ogni ospite ha una sua cartella in cui sono riportati cure e trattamenti.		doc		
73.	Esistono procedure scritte relative all'accoglienza alla registrazione e alle informazioni da dare a ospiti e familiari.		doc		



L'ASSISTENZA SANITARIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
74.	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze.		doc		
75.	Esiste all'ammissione una valutazione sanitaria completa.		doc		
76.	Esistono procedure per la somministrazione di farmaci che prevedano tra l'altro la distribuzione e la somministrazione da parte di un infermiere o da altra figura professionale sanitaria adeguatamente formata.		doc		

GLI ASPETTI ALBERGHIERI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
77.	E' garantito il controllo igienico sanitario e nutrizionale degli alimenti.		doc		
78.	Esiste un protocollo interno per la pulizia e la sanificazione ambientale.		doc		
79.	Esistono protocolli interni per un corretto lavaggio delle lenzuola, gli asciugamani e degli indumenti (se la lavanderia non è appaltata).		doc		

5.4.60.. STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE PER PAZIENTI CON DISTURBI DELLA SALUTE MENTALE

POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITÀ

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Sono esplicitati la missione e gli obiettivi generali del soggetto richiedente.		doc		
2.	Sono esplicitate le politiche e le azioni mediante le quali sono perseguiti gli obiettivi generali.		doc		
3.	Le politiche e le azioni mediante le quali sono perseguiti gli obiettivi generali sono scomposte in periodi temporali.		doc		
4.	Esistono modalità tese a: - misurare la soddisfazione dell'utente; - sostenere il miglioramento continuo; - misurare l'efficienza e l'efficacia nel grado di raggiungimento degli obiettivi generali con indicatori.		doc	I	Il debito è relativo ai report e conseguenti valutazioni delle indagini svolte per il monitoraggio della soddisfazione dell'utente e del raggiungimento obiettivi
5.	Il piano generale annuale delle attività comprende: - gli obiettivi specifici congruenti con quelli generali; - le attività esistenti; - il volume atteso dell'attività; - la struttura ed i sistemi organizzativi; - i tempi di realizzazione; - le risorse umane, tecniche e finanziarie; - il metodo di rilevazione dei risultati.		doc	I	Il debito è relativo al piano annuale
6.	E' prevista l'individuazione di centri di responsabilità all'interno della struttura.		doc		
7.	E' adottato un sistema interno di controllo di gestione.		doc/strutt		

8.	<p>Il sistema interno di controllo di gestione si compone di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- scomposizione in periodi infrannuali;</li> <li>- rilevazione periodica dei dati di attività;</li> <li>- rilevazione periodica dei costi e dei ricavi;</li> <li>- formulazione di indicatori sintetici ed analitici;</li> <li>- rilevazione degli scostamenti dagli obiettivi;</li> <li>- adozione di azioni correttive in itinere o ex post</li> </ul>		doc/strutt	I	Il debito è relativo alle rilevazioni periodiche ed alle eventuali azioni correttive
9.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale svolta dalla struttura.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione annuale
10.	La relazione annuale contiene la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e generali, nonché del volume dell'attività svolta correlata dell'analisi degli scostamenti rispetto al volume atteso.		doc	I	

#### STRUTTURA ORGANIZZATIVA E PRINCIPALI MECCANISMI ORGANIZZATIVI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
11.	E' definito ed esplicitato l'organigramma del soggetto richiedente e della sede operativa dettagliato per aree di attività.		doc		
12.	Esiste un elenco aggiornato - con cadenza semestrale - del personale della sede operativa con l'indicazione della qualifica e delle competenze attribuite.		doc		
13.	Sono definite le procedure e le istruzioni operative relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'accesso e la registrazione alle prestazioni;</li> <li>- l'acquisizione del consenso informato;</li> </ul>		doc/strutt		

	- l'acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali.					
14.	Sono definite le procedure per l'erogazione di prestazioni con tariffa interamente o parzialmente a carico del cittadino.		doc			
15.	Sono a disposizione dell'utente le tariffe per le principali prestazioni.		doc/strutt.			
16.	Sono definite le procedure per garantire la continuità assistenziale in caso di urgenze oppure eventi imprevisti.		doc			
17.	Ove prevista l'attività sono definite le procedure di prelievo, di conservazione, di trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.		doc			
18.	Sono definite le procedure di pulizia, di lavaggio, di disinfezione e di sterilizzazione dei locali e degli accessori.		doc	I		Il debito è relativo alle attività di pulizia garantite/svolte (ad es. rinnovo capitolato)
19.	Sono definite le procedure di compilazione, di conservazione e di archiviazione dei documenti comprovanti le attività sanitarie svolte e della documentazione amministrativa.		doc/strutt	I		Il debito è relativo all'applicazione della procedura, ovvero attività sistematiche e periodiche di verifica sulla compilazione della documentazione sanitaria
20.	Sono definite le procedure per la gestione dei rifiuti.		doc			

#### GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
21.	Esiste il piano annuale di individuazione del fabbisogno del personale che definisce il numero di unità di personale per ciascuna qualifica professionale in rapporto ai volumi dei servizi erogati.		doc	I	Il debito è relativo al piano annuale
22.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da		doc		

	personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.				
23.	Sono definiti i sistemi organizzativi interni di incentivazione del personale in modo coerente con il sistema di attribuzione degli obiettivi e di controllo di gestione.	doc			

#### FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE

24.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane.	doc			
25.	E' effettuata un'analisi preventiva del fabbisogno formativo, anche attraverso il coinvolgimento dei partecipanti (es. verbale di riunioni).	doc	I		Il debito è relativo all'evidenza dell'effettuazione dell'analisi
26	Esiste un metodo di valutazione della congruità del percorso formativo proposto in relazione alle mansioni svolte.	doc			
27.	E' redatto un piano di formazione ed aggiornamento del personale congruente con le attività e gli obiettivi della struttura.	doc	I		Il debito è relativo al piano annuale
28.	Il piano di formazione e di aggiornamento del personale contiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'analisi dei bisogni;</li> <li>- la presenza di indicatori di verifica dell'esito del piano rispetto ai bisogni rilevati;</li> <li>- la valutazione del raggiungimento degli obiettivi;</li> <li>- l'attribuzione dei crediti formativi (solo per le figure professionali per le quali siano previsti);</li> <li>- i costi di attuazione;</li> <li>- i soggetti formatori ed i formandi coinvolti.</li> </ul>	doc	I		Il debito è relativo al piano

29.	E' redatta una relazione annuale sull'attività di formazione svolta.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione annuale
30.	Esiste un programma finalizzato per favorire l'inserimento del personale neoassunto.		doc	I	Il debito è relativo a registrazioni su neo-assunti dell'anno

#### GESTIONE DEGLI ACQUISTI E DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E STRUTTURALI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
31.	Esiste un inventario generale dei beni mobili con indicazione della tipologia.		doc/strutt		
32.	Esiste una procedura per gestire gli acquisti.		doc		
33.	Esiste una programmazione annuale e pluriennale per l'acquisto dei beni mobili.				
34.	Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria delle risorse che lo richiedano		doc		
35.	E' disponibile la planimetria generale della struttura.		strutt		
36.	Esiste un piano annuale e pluriennale di manutenzione programmata delle risorse strutturali, consistenti in opere civili ed impiantistiche.		doc	I	Il debito è relativo al piano
37.	Esiste una procedura per garantire l'intervento urgente di manutenzione straordinaria ed ordinaria delle risorse strutturali.		doc		

#### GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ, LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
38.	Esistono attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.		doc	I	Il debito informativo è relativo ad una relazione su attività svolte al riguardo nell'anno

39.	E' redatto ed approvato dalla Direzione un piano per la qualità, contenente: - gli obiettivi; - le strategie; - le risorse assegnate; - gli indicatori per la verifica delle attività svolte.		doc	I	Il debito è relativo al piano per la qualità
40.	Il personale della struttura è stato coinvolto nelle attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.		doc		
41.	Esiste un elenco aggiornato dei regolamenti interni redatti in collaborazione con il personale e delle linee guida.		doc	I	Il debito informativo è relativo alle variazioni intervenute
42.	Il gli ospiti sono a conoscenza dei regolamenti interni.		doc.		
43.	Il personale è coinvolto nelle procedure di stesura, di approvazione e di revisione dei regolamenti interni e delle linee guida.		doc		

#### SISTEMA INFORMATIVO E RAPPORTI CON L'UTENZA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
44.	Esiste un sistema interno di gestione della documentazione.		doc		
45.	Il sistema interno di gestione della documentazione consente: - la classificazione; - l'identificazione; - la rintracciabilità; - la valutazione della qualità delle informazioni; - l'individuazione dell'interessato; - l'accesso agli atti dell'interessato.		doc/strutt		

46.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi per i livelli regionale e statale.		doc/strutt	I	Il debito è relativo agli aggiornamenti dell'elenco
47.	Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali.		doc/strutt		
48.	La struttura possiede una carta dei servizi o altro materiale informativo da divulgare al pubblico.		doc		
49.	La carta dei servizi o altro materiale informativo contengono le informazioni essenziali (luogo, modalità e tempi) per l'utenza sui servizi svolti dalla struttura.		doc		
50.	La carta dei servizi o altro materiale informativo sono portati a conoscenza: - di tutti i soggetti e clienti esterni; - di tutti i soggetti e clienti interni.		doc		
51.	Sono definite, a tutela dell'utenza, le modalità di presentazione e di gestione dei reclami.		doc		
52.	Sono definite le modalità di rilevazione e di risoluzione delle cause dei reclami.		doc		
53.	E' individuato il referente della struttura addetto ai rapporti con il pubblico.		doc		

#### LA SICUREZZA E IL BENESSERE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
54.	E' garantita la possibilità di socializzazione e di attività ricreativa per l'utenza.		doc		
55.	E' garantita all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riabilitazione, di mantenimento.		doc		
56.	Esistono programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni degli utenti.		doc		
57.	Esistono procedure formalizzate relative alla		doc		



	prevenzione di manovre autolesive.				
58.	E' garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza.	doc			
59.	Sono adottate le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di ospiti e di operatori.	doc			
60.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti.	doc			
61.	Sono definite le procedure la continuità assistenziale in caso di urgenze.	doc			
62.	Sono definite le procedure di prelievo, di conservazione, di trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.	doc			
63.	Esistono procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle cadute accidentali e sono previste modalità per la verifica dell'applicazione di tali procedure.	doc			
64.	Sono previste modalità di raccolta e analisi relativamente alla applicazione delle procedure.	doc			

#### IL LOCALE DI VISITA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
65.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a ospite e da ospite a ospite.		doc		
66.	Esistono e sono seguite procedure relative alla corretta conservazione, gestione, utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione.		doc		
67.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a		strutt.		

	garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e di medicazione.					
--	--	--	--	--	--	--

#### LA FORMAZIONE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
68.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale adeguata.		doc		
69.	In caso di costituzione di nuovi servizi il Direttore sanitario ha acquisto almeno due anni di esperienza in servizi simili.		doc		

#### IL PERCORSO ASSISTENZIALE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
70.	Per ciascun utente è formulato un progetto riabilitativo.		doc		
71.	La struttura ha predisposto una procedura per il trasporto degli ospiti in caso di necessità.		doc		
72.	Esistono procedure scritte relative all'accoglienza alla registrazione e alle informazioni da dare a ospiti e familiari.		doc		

#### L'ASSISTENZA SANITARIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
73.	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze.		doc		
74.	Esiste all'ammissione una valutazione sanitaria completa.		doc		

75.	Esistono procedure per la somministrazione e l'auto somministrazione di farmaci che prevedano tra l'altro l'assistenza da parte di un infermiere o da altra figura professionale sanitaria adeguatamente formata.		doc		
-----	---	--	-----	--	--

GLI ASPETTI ALBERGHIERI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito
76.	E' garantito il controllo igienico sanitario e nutrizionale degli alimenti.		doc	
77.	Esiste un protocollo interno per la pulizia e la sanificazione ambientale.		doc	

5.4.61. RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA						
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni	
1.	Esiste un documento di programmazione della struttura in cui sono esplicitati gli obiettivi e le attività di breve e di medio periodo.		doc			
2.	Esistono modalità tese a : - misurare la soddisfazione dell'utente, - sostenere il miglioramento continuo, - misurare l'efficienza e l'efficacia del grado di raggiungimento degli obiettivi.		doc			
3.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività sanitaria e socio-sanitaria svolta dalla struttura.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione	
4.	La relazione annuale contiene la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e generali, nonché del volume dell'attività svolta correlata dell'analisi degli scostamenti rispetto al volume atteso.		doc			
5.	Sono indicate - per iscritto - le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza.		doc/strutt			
6.	Lo schema organizzativo è revisionato almeno annualmente.		doc	I	Il debito è relativo agli aggiornamenti	
7.	Esistono forme di coinvolgimento di ospiti e familiari nella gestione della struttura (comitati etc.).		doc/strutt			

8.	I familiari possono accedere alla struttura durante il giorno e la notte in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e di cura degli ospiti.		doc/strutt		
9.	Sono definite le procedure per il calcolo delle tariffe a carico del paziente.		doc		
10.	Esiste un inventario generale delle eventuali risorse tecnologiche con indicazione della tipologia, del produttore, della collocazione, della data di messa in commercio, di primo utilizzo e di acquisto e degli interventi di manutenzione.		strutt		
11.	Esiste una procedura per la gestione degli acquisti di dispositivi medici e materiale di consumo.		doc		
12.	Esiste un piano annuale e pluriennale di manutenzione programmata delle risorse strutturali.		doc	I	Il debito è riferito solo al piano annuale
13.	Esiste una procedura per garantire l'intervento urgente di manutenzione straordinaria ed ordinaria delle risorse strutturali.		doc		
14.	Esistono attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.		doc	I	Il debito è dato dalle iniziative
15.	Esiste un elenco aggiornato dei regolamenti interni e delle linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti per rischio, per frequenza o per costo		doc		
16.	Il personale è a conoscenza dell'esistenza dei regolamenti interni		doc/strutt		
17.	È effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione delle linee guida.		doc	I	Il debito è relativo ai risultati

18.	E' previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità presenti.				
19.	Il sistema interno di gestione della documentazione consente: - la classificazione; - l'identificazione; - la rintracciabilità; - la valutazione della qualità delle informazioni; - l'individuazione dell'interessato; - l'accesso agli atti dell'interessato.			strutt	
20.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi per i livelli regionale e statale.		I	doc	Il debito è dato dagli aggiornamenti
21.	E' documentato il rispetto delle scadenze degli obblighi informativi dei livelli statale e regionale.		I	doc	Il debito è relativo all'evidenza
22.	Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali.			strutt	
23.	La struttura possiede una carta dei servizi o altro materiale informativo da divulgare al pubblico.			doc	
24.	La carta dei servizi o altro materiale informativo contengono indicatori di riscontro del livello qualitativo dei servizi resi.			doc	
25.	Sono definite le modalità di tutela dell'utenza attraverso modalità di presentazione e di gestione dei reclami.			doc	
26.	Sono definite le modalità di rilevazione e di risoluzione delle cause dei reclami.			doc	

LA SICUREZZA E IL BENESSERE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
27.	E' garantita la possibilità di socializzazione e di attività creativa per l'utenza.		doc/strutt		
28.	E' garantita all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento.		doc/strutt		
29.	Esistono programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti.		strutt		
30.	E' garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza.		strutt		
31.	Sono adottate le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di ospiti e di operatori.		strutt	I	Il debito è riferito, a campione, sugli infortuni di ospiti ed operatori verificatisi nell'anno di riferimento dovuti a mancata adozione misure prevenzione
32.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti.		doc/strutt	I	Il debito è riferito, a campione, sugli infortuni di ospiti ed operatori verificatisi nell'anno di riferimento dovuti a mancato rispetto procedure
33.	La struttura ha modalità di custodia di valori e di beni personali.		strutt		
34.	Sono definite le procedure la continuità assistenziale in caso di urgenze		doc/strutt		
35.	Sono definite le procedure di prelievo, di conservazione, di trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.		doc/strutt		
36.	Sono definite le procedure di pulizia, di lavaggio, di dissezione e di sterilizzazione dei locali e degli accessori.		doc/strutt		

37.	Sono definite le procedure di compilazione, di conservazione e di archiviazione dei documenti comprovanti le attività sanitarie svolte e per la documentazione amministrativa.		doc/strutt		
38.	Sono definite le procedure per la gestione dei rifiuti.		doc/strutt		
39.	Esistono procedure per: - l'uso di contenzione fisica; - l'uso di psicofarmaci; - la protezione degli ospiti, con problemi comportamentali, dal rischio di cadute e traumi; - l'assunzione di liquidi e l'alimentazione; - i bisogni specifici dei pazienti con difficoltà cognitive.		doc/strutt		
40.	Esistono procedure che garantiscono una adeguata prevenzione delle cadute accidentali e sono previste modalità per la verifica dell'applicazione di tali procedure.		doc/strutt		
41.	Sono previste modalità di raccolta e analisi relativamente alla applicazione delle procedure.		strutt	I	
<b>IL LOCALE DI VISITA</b>					
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>
42.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente.		doc/strutt		
43.	Esistono e sono seguite procedure relative alla corretta conservazione, gestione, utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione.		doc/strutt		



44.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e di medicazione.		doc/strutt			
<b>LA FORMAZIONE</b>						
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>	
45.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.		doc	I	Il debito si riferisce all'eventuale nuovo personale assunto nell'anno di riferimento	
46.	Esiste un programma di accoglienza per i nuovi assunti che comprenda informazioni su: <ul style="list-style-type: none"> <li>- politiche, obiettivi e funzioni della struttura;</li> <li>- organigramma della struttura;</li> <li>- procedure e protocolli operativi;</li> <li>- esigenze in materia di valutazione della qualità, di utilizzazione delle risorse, di gestione dei rischi della salute e della sicurezza del lavoro;</li> <li>- leggi e regolamenti pertinenti all'attività dell'articolazione organizzativa.</li> </ul>		doc/strut			
47.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane.		doc			
48.	È redatto annualmente un piano di formazione ed aggiornamento del personale		doc	I	Il debito è relativo al piano	
49.	L'attività formativa degli operatori è documentata in una relazione annuale al responsabile della struttura.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione	

IL PERCORSO ASSISTENZIALE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
50.	Esiste formalizzazione scritta dei criteri e delle procedure di accesso e di trasferimento dei pazienti che coinvolge i seguenti soggetti: - distretto; - Unità di Valutazione Geriatrica (UVG); - medici di medicina generale; - strutture di ricovero per acuti; - altre strutture residenziali.		doc		
51.	Ciascun residente ha un piano assistenziale individuale (PAI) scritto, riportato su cartella o scheda, che è periodicamente aggiornato in incontri dell'equipe assistenziale multidisciplinare.		doc/strutt		
52.	Ciascun ospite ha una cartella clinica individuale in cui ogni operatore annota cure e trattamenti.		doc/strutt		
53.	E' identificato per ogni ospite un <i>case-manager</i> responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari.		doc/strutt		
54.	In caso di ricovero in ospedale per acuti, l'ospite è accompagnato da una sintesi clinica e sono mantenuti i rapporti durante il periodo di ricovero.		doc/strutt		
55.	Esiste una procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti.		doc		
56.	La struttura ha predisposto una procedura per il trasporto degli ospiti in caso di necessità.		doc		
57.	Esiste documentazione relativa alla gestione delle liste d'attesa.		doc	I	Il debito serve a documentare l'andamento dei tempi d'attesa
58.	Esistono procedure scritte relative all'accoglienza, alla registrazione e all'informazione di pazienti e di familiari.		doc		

59.	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente, oppure ai familiari aventi diritto, di ottenere informazioni sulle sue condizioni.		doc			
<b>L'ASSISTENZA SANITARIA</b>						
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>	
60.	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze.		doc			
61.	E' effettuata prima dell'ammissione una valutazione sanitaria completa.		doc/strutt			
62.	E' garantito l'accesso alle prestazioni specialistiche sia all'interno della struttura sia all'esterno della medesima.		doc/strutt			
63.	Le cure infermieristiche e alla persona sono regolarmente annotate in cartella.		doc/strutt			
64.	Esistono procedure scritte per: - il bagno e la doccia; - l'igiene orale; - l'igiene a letto.		doc			
65.	Esistono procedure per la somministrazione di farmaci che prevedano tra l'altro la distribuzione e la somministrazione da parte di un infermiere o da altra figura professionale sanitaria adeguatamente formata.		doc			
66.	Esistono procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale.		doc			
67.	Esistono programmi individuali di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette.		doc			
68.	Esistono procedure per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito.		doc	I	Il debito informativo è riferito, a campione, sui dati relativi al numero di piaghe e al numero di infezioni registrate nell'anno di riferimento	

69.	Il personale di assistenza è specificamente addestrato alla prevenzione e al trattamento dei decubiti.		doc	I	Il debito informativo è riferito, a campione, sui dati relativi al numero di piaghe e al numero di infezioni registrate nell'anno di riferimento	
70.	Esistono procedure per il controllo delle infezioni negli ospiti a rischio (es. cateterizzati, tracheostomizzati, ecc.).		doc	I	Il debito informativo è riferito, a campione, sui dati relativi al numero di piaghe e al numero di infezioni registrate nell'anno di riferimento	
71.	Volontari e parenti sono addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti.		doc			
72.	Sono disponibili linee guida, periodicamente sottoposte a revisione, che orientano il personale nelle differenti prestazioni di riabilitazione/rieducazione funzionale		doc	I	Il debito è relativo all'evidenza della revisione periodica delle linee guida	
73.	I familiari sono addestrati al <i>nursing</i> prima della dimissione.		doc			
74.	E' garantita la funzione di assistenza sociale.		doc/strutt			
75.	In cartella, sono registrate informazioni sui problemi sociali dell'ospite e della famiglia.		doc/strutt			
76.	Si svolgono attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo.		doc/strutt			
<b>GLI ASPETTI ALBERGHIERI</b>						
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>	
77.	E' garantito il controllo igienico sanitario e nutrizionale degli alimenti.		doc			
78.	E' possibile offrire diete speciali personalizzate, per ospiti con esigenze o preferenze particolari (es. patologie, intolleranze ecc.).		doc			
79.	Gli ospiti che ne hanno necessità sono aiutati al momento dei pasti.		doc/strutt			
80.	Esiste un protocollo interno per la pulizia e la sanificazione ambientale.		doc/strutt			

81.	Esistono protocolli interni per un corretto lavaggio degli effetti lettereschi e degli indumenti (se la lavanderia non è appaltata).		doc/strutt		
82.	E' disponibile nella struttura un barbiere oppure una parrucchiera a richiesta.		strutt		

5.4.62. STRUTTURA RESIDENZIALE SOCIO-SANITARIA PER PAZIENTI AFFETTI DA MORBO DI ALZHEIMER E CON SINDROMI DEMENZIALI COMPLICATE DA DISTURBI COMPORTAMENTALI

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste un documento di programmazione della struttura in cui sono esplicitati gli obiettivi e le attività di breve e di medio periodo.		doc		
2.	Esistono modalità tese a : - misurare la soddisfazione dei familiari, - sostenere il miglioramento continuo, - misurare l'efficienza e l'efficacia del grado di raggiungimento degli obiettivi.		doc		
3.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività sanitaria e socio-sanitaria svolta dalla struttura.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione
4.	La relazione annuale contiene la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e generali, nonché del volume dell'attività svolta corredata dell'analisi degli scostamenti rispetto al volume atteso.		doc		
5.	Sono indicate - per iscritto - le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza.		doc		
6.	Lo schema organizzativo é revisionato almeno annualmente.		doc	I	Il debito è relativo agli aggiornamenti
7.	Esistono forme di coinvolgimento dei familiari nella gestione della struttura (comitati etc.).		doc		
8.	I familiari possono accedere alla struttura durante il giorno e la notte in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e di cura degli ospiti.		doc/strutt		
9.	Esiste un inventario generale delle eventuali		strutt		

	risorse tecnologiche con indicazione della tipologia, del produttore, della collocazione, della data di messa in commercio, di primo utilizzo e di acquisto e degli interventi di manutenzione.					
10.	Esiste una procedura per la gestione degli acquisti di dispositivi medici e materiale di consumo.	doc				
11.	Esiste un piano annuale e pluriennale di manutenzione programmata delle risorse strutturali.	doc				
12.	Esiste una procedura per garantire l'intervento urgente di manutenzione straordinaria ed ordinaria delle risorse strutturali.	doc				
13.	Esistono attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.	doc	I			Il debito è relativo alle iniziative
14.	Esiste un elenco aggiornato dei regolamenti interni e delle linee guida.	doc				
15.	Il personale è a conoscenza ed è coinvolto nella redazione dei regolamenti interni	doc/strutt				
16.	È effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione delle linee guida.	doc	I			Il debito è dato dai risultati
17.	E' previsto l'utilizzo di scale di valutazione del grado di autosufficienza.	doc				
18.	Il sistema interno di gestione della documentazione consente: - la classificazione; - l'identificazione; - la rintracciabilità; - la valutazione della qualità delle informazioni; - l'individuazione dell'interessato; - l'accesso agli atti dell'interessato.	doc				
19.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi per i livelli regionale e statale.	doc	I			Il debito è dato dall'aggiornamento

20.	E' documentato il rispetto delle scadenze degli obblighi informativi dei livelli statale e regionale.		doc		
21.	Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali.		doc		
22.	La struttura possiede una carta dei servizi o altro materiale informativo da divulgare al pubblico.		strutt		
23.	La carta dei servizi o altro materiale informativo contengono indicatori di riscontro del livello qualitativo dei servizi resi.		strutt		
24.	Sono definite le modalità di tutela dell'utenza attraverso modalità di presentazione e di gestione dei reclami.		doc		
25.	Sono definite le modalità di rilevazione e di risoluzione delle cause dei reclami.		doc		

LA SICUREZZA E IL BENESSERE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
26.	E' garantita la possibilità di socializzazione e di attività creativa per l'utenza.		strutt.		
27.	E' garantita all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento.		strutt.		
28.	Esistono programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti.		doc.		
29.	E' garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza.		strutt.		
30.	Sono adottate le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di ospiti e di operatori.		doc/strutt	I	Il debito è riferito, a campione, sugli infortuni di ospiti ed operatori verificatisi nell'anno di riferimento dovuti a mancata adozione misure prevenzione



31.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti. La struttura ha modalità di custodia di valori e di beni personali.		doc	I	Il debito è riferito, a campione, sugli infortuni di ospiti ed operatori verificatisi nell'anno di riferimento dovuti a mancato rispetto procedure
32.			strutt		
33.	Sono definite le procedure la continuità assistenziale in caso di urgenze		doc		
34.	Sono definite le procedure di prelievo, di conservazione, di trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.		doc		
35.	Sono definite le procedure di pulizia, di lavaggio, di dissezione e di sterilizzazione dei locali e degli accessori.		doc		
36.	Sono definite le procedure di compilazione, di conservazione e di archiviazione dei documenti comprovanti le attività sanitarie svolte e per la documentazione amministrativa.		doc.		
37.	Sono definite le procedure per la gestione dei rifiuti.		doc/strutt		
38.	Esistono procedure per: - l'uso di contenzione fisica; - l'uso di psicofarmaci; - l'assunzione di liquidi e l'alimentazione; - i bisogni specifici dei pazienti con difficoltà cognitive.		doc		
39.	Esistono procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle cadute accidentali e sono previste modalità per la verifica dell'applicazione di tali procedure.		doc		
40.	Sono previste modalità di raccolta e analisi relativamente alla applicazione delle procedure.		doc		

IL LOCALE DI VISITA					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
41.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente.		doc/strutt		
42.	Esistono e sono seguite procedure relative alla corretta conservazione, gestione, utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione.		doc/strutt		
43.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e di medicazione.		doc/strutt		

LA FORMAZIONE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
44.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.		doc		
45.	Esiste un programma di accoglienza per i nuovi assunti che comprenda informazioni su: <ul style="list-style-type: none"> <li>- politiche, obiettivi e funzioni della struttura;</li> <li>- organigramma della struttura;</li> <li>- procedure e protocolli operativi;</li> <li>- esigenze in materia di valutazione della qualità, di utilizzazione delle risorse, di gestione dei rischi della salute e della sicurezza del lavoro;</li> <li>- leggi e regolamenti pertinenti all'attività dell'articolazione organizzativa.</li> </ul>		doc		
46.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane.		doc		

47.	È redatto annualmente un piano di formazione ed aggiornamento del personale.		doc	I	Il debito è relativo al piano
48.	L'attività formativa degli operatori è documentata in una relazione annuale al responsabile della struttura.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione

IL PERCORSO ASSISTENZIALE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
49.	Esiste formalizzazione scritta dei criteri e delle procedure di accesso e di trasferimento dei pazienti che coinvolge i seguenti soggetti: - distretto; - Unità di Valutazione Geriatrica (UVG); - medici di medicina generale; - strutture di ricovero per acuti; - altre strutture residenziali.		doc		
50.	Ciascun residente ha un piano assistenziale individuale (PAI) scritto, riportato su cartella o scheda, che è periodicamente aggiornato in incontri dell'equipe assistenziale multidisciplinare.		doc		
51.	Esistono modelli operativi di stimolazione dell'autosufficienza, anche residua, collegati alle terapie farmacologiche e di rieducazione funzionale.		doc		
52.	È garantito un ambiente sicuro, dotato di spazi ampi ma non aperti per evitare il "vagabondaggio".		strutt		
53.	È favorito all'interno della struttura l'orientamento dei pazienti anche attraverso l'utilizzo di codici colori.		strutt		
54.	È garantita la sicurezza dei pazienti (corrimano, spigoli smussati, etc.).		strutt		
55.	Ciascun ospite ha una cartella clinica individuale in cui ogni operatore annota cure e trattamenti.		doc./strutt		

56.	E' identificato per ogni ospite un <i>case-manager</i> responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari.		doc		
57.	In caso di ricovero in ospedale per acuti, l'ospite è accompagnato da una sintesi clinica e sono mantenuti i rapporti durante il periodo di ricovero.	I	doc/strutt		Il debito è costituito dall'elenco (numerico) dei ricoveri in ospedale per acuti – verifica a campione
58.	Esiste una procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti.	I	doc/strutt		Il debito è costituito dall'elenco (numerico) delle dimissioni
59.	Esiste documentazione della gestione delle liste d'attesa.	I	doc		Il debito serve a documentare l'andamento dei tempi d'attesa
60.	Esistono procedure scritte relative all'accoglienza, alla registrazione e all'informazione di pazienti e di familiari.		doc/strutt		
61.	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente ai familiari aventi diritto, di ottenere informazioni sulle condizioni del paziente.		doc/strutt		

#### L'ASSISTENZA SANITARIA

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
62.	È effettuata prima dell'ammissione una valutazione sanitaria completa.		doc		
63.	E' garantito l'accesso alle prestazioni specialistiche sia all'interno della struttura sia all'esterno della medesima.		doc		
64.	Le cure infermieristiche e alla persona sono regolarmente annotate in cartella.		doc/strutt		
65.	Esistono procedure scritte per: - il bagno e la doccia; - l'igiene orale; - l'igiene a letto.		doc/strutt		
66.	Esistono procedure per la somministrazione di farmaci che prevedano tra l'altro la distribuzione e la somministrazione da parte di un infermiere o da		doc/strutt		

	altro figura professionale sanitaria adeguatamente formata.					
67.	Le eventuali terapie farmacologiche sono monitorate periodicamente.		doc			
68.	Esistono procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale.		doc			
69.	Esistono programmi individuali di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette.		doc			
70.	Esistono procedure per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito.		doc			
71.	Il personale di assistenza è specificamente addestrato alla prevenzione e al trattamento dei decubiti.		doc	I		Il debito consiste in un report dell'attività di addestramento
72.	Volontari e parenti sono addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti.		doc			
73.	I familiari sono addestrati al <i>nursing</i> prima della dimissione.		doc			
74.	E' garantita la funzione di assistenza sociale.		doc			
75.	In cartella, sono registrate informazioni sui problemi sociali dell'ospite e della famiglia.		doc/strutt			
76.	Si svolgono attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo.		doc/strutt			

GLI ASPETTI ALBERGHIERI						
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni	
77.	E' garantito il controllo igienico sanitario e nutrizionale degli alimenti.		doc/strutt			
78.	E' possibile offrire diete speciali personalizzate, per ospiti con esigenze o preferenze particolari (es. patologie, intolleranze ecc.).		doc/strutt			

79.	Gli ospiti che ne hanno necessità sono aiutati al momento dei pasti.			
80.	Esiste un protocollo interno per la pulizia e la sanificazione ambientale.		doc	
81.	Esistono protocolli interni per un corretto lavaggio degli effetti lettercci e degli indumenti (se la lavanderia non è appaltata).		doc	
82.	E' disponibile nella struttura un barbiere oppure una parrucchiera a richiesta.		strutt	

5.4.63. STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE SOCIO-SANITARIA PER PAZIENTI AFFETTI DA MORBO DI ALZHEIMER E CON SINDROMI DEMENZIALI COMPLICATE DA DISTURBI COMPORTAMENTALI

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	Esiste un documento di programmazione della struttura in cui sono esplicitati gli obiettivi e le attività di breve e di medio periodo.		doc.		
2.	Esistono modalità tese a : - misurare la soddisfazione dei familiari, - sostenere il miglioramento continuo, - misurare l'efficienza e l'efficacia del grado di raggiungimento degli obiettivi.		doc.		
3.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività sanitaria e socio-sanitaria svolta dalla struttura.		doc.	I	Il debito è relativo alla relazione
4.	La relazione annuale contiene la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e generali, nonché del volume dell'attività svolta corredata dell'analisi degli scostamenti rispetto al volume atteso.		doc.		
5.	Sono indicate - per iscritto - le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza.		doc.		
6.	Lo schema organizzativo é revisionato almeno annualmente.		doc.	I	Il debito è relativo agli aggiornamenti
7.	Esistono forme di coinvolgimento dei familiari nella gestione della struttura (comitati etc.).		doc.		
8.	I familiari possono accedere alla struttura, compatibilmente con le esigenze di assistenza e di cura degli ospiti.		doc/strutt		
9.	Esiste una procedura per la gestione degli acquisti di dispositivi medici e materiale di		Strutt		

	consumo.					
10.	Esiste un piano annuale e pluriennale di manutenzione programmata delle risorse strutturali.		doc.			
11.	Esiste una procedura per garantire l'intervento urgente di manutenzione straordinaria ed ordinaria delle risorse strutturali.		doc.			
12.	Esistono attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.		doc.	I		Il debito è relativo alle iniziative
13.	Esiste un elenco aggiornato dei regolamenti interni e delle linee guida.		doc.			
14.	Il personale è a conoscenza ed è coinvolto nella redazione dei regolamenti interni		doc.			
15.	È effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione delle linee guida.		doc	I		Il debito è dato dai risultati
16.	E' previsto l'utilizzo di scale di valutazione del grado di autosufficienza.		doc.			
17.	Il sistema interno di gestione della documentazione consente: - la classificazione; - l'identificazione; - la rintracciabilità; - la valutazione della qualità delle informazioni; - l'individuazione dell'interessato; - l'accesso agli atti dell'interessato.		doc.			
18.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi per i livelli regionale e statale.		doc.	I		Il debito è dato dall'aggiornamento
19.	E' documentato il rispetto delle scadenze degli obblighi informativi dei livelli statale e regionale.		doc.			
20.	Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali.		doc.			



21.	La struttura possiede una carta dei servizi o altro materiale informativo da divulgare al pubblico.	doc.			
22.	La carta dei servizi o altro materiale informativo contengono indicatori di riscontro del livello qualitativo dei servizi resi.	strutt.			
23.	Sono definite le modalità di tutela dell'utenza attraverso modalità di presentazione e di gestione dei reclami.	strutt.			
24.	Sono definite le modalità di rilevazione e di risoluzione delle cause dei reclami.	doc.			

#### LA SICUREZZA E IL BENESSERE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza		Debito	Osservazioni
25.	E' garantita la possibilità di socializzazione e di attività creativa per l'utenza.		strutt			
26.	E' garantita all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento.		strutt			
27.	Esistono programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti.		doc			
28.	E' garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza.		strutt			
29.	Sono adottate le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di ospiti e di operatori.		doc/strutt	I		Il debito è riferito, a campione, sugli infortuni di ospiti ed operatori verificatisi nell'anno di riferimento dovuti a mancata adozione misure prevenzione
30.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti.		doc	I		Il debito è riferito, a campione, sugli infortuni di ospiti ed operatori verificatisi nell'anno di riferimento dovuti a mancato rispetto

					procedure
31.	Sono definite le procedure la continuità assistenziale in caso di urgenze		doc		
32.	Sono definite le procedure di prelievo, di conservazione, di trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.		doc		
33.	Sono definite le procedure di pulizia, di lavaggio, di dissezione e di sterilizzazione dei locali e degli accessori.		doc		
34.	Sono definite le procedure di compilazione, di conservazione e di archiviazione dei documenti comprovanti le attività sanitarie svolte e per la documentazione amministrativa.		doc		
35.	Sono definite le procedure per la gestione dei rifiuti.		doc/strutt		
36.	Esistono procedure per: - l'uso di contenzione fisica; - l'uso di psicofarmaci; - l'assunzione di liquidi e l'alimentazione; - i bisogni specifici dei pazienti con difficoltà cognitive.		doc		
37.	Esistono procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle cadute accidentali e sono previste modalità per la verifica dell'applicazione di tali procedure.		doc		
38.	Sono previste modalità di raccolta e analisi relativamente alla applicazione delle procedure.		doc		
39.	È prevista la possibilità di organizzare un servizio di trasporto da e per il domicilio degli ospiti.		doc/strutt		

IL LOCALE DI VISITA					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
40.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente.		doc/strutt		
41.	Esistono e sono seguite procedure relative alla corretta conservazione, gestione, utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione.		doc/strutt		
42.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e di medicazione.		doc/strutt		

LA FORMAZIONE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
43.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.		doc		
44.	Esiste un programma di accoglienza per i nuovi assunti che comprenda informazioni su: <ul style="list-style-type: none"> <li>- politiche, obiettivi e funzioni della struttura;</li> <li>- organigramma della struttura;</li> <li>- procedure e protocolli operativi;</li> <li>- esigenze in materia di valutazione della qualità, di utilizzazione delle risorse, di gestione dei rischi della salute e della sicurezza del lavoro;</li> <li>- leggi e regolamenti pertinenti all'attività dell'articolazione organizzativa.</li> </ul>		doc		
45.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane.		doc		

46.	È redatto un piano di formazione ed aggiornamento del personale		doc	I	Il debito è relativo al piano
47.	L'attività formativa degli operatori è documentata in una relazione annuale al responsabile della struttura.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione

#### IL PERCORSO ASSISTENZIALE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
48.	Esiste formalizzazione scritta dei criteri e delle procedure di accesso e di trasferimento dei pazienti che coinvolge i seguenti soggetti: - distretto; - Unità di Valutazione Geriatrica (UVG); - medici di medicina generale; - strutture di ricovero per acuti; - altre strutture residenziali.		doc		
49.	Ciascun ospite ha un piano assistenziale individuale (PAI) scritto, riportato su cartella o scheda, che è periodicamente aggiornato in incontri dell'equipe assistenziale multidisciplinare.		doc		
50.	Esistono modelli operativi di stimolazione dell'autosufficienza, anche residua, collegati alle terapie farmacologiche e di rieducazione funzionale.		doc		
51.	È garantito un ambiente sicuro, dotato di spazi ampi ma non aperti per evitare il "vagabondaggio".		strutt		
52.	È favorito all'interno della struttura l'orientamento dei pazienti anche attraverso l'utilizzo di codici colori.		strutt		
53.	È garantita la sicurezza dei pazienti (corrimano, spigoli smussati, etc.).		strutt		

54.	Ciascun ospite ha una cartella clinica individuale in cui ogni operatore annota cure e trattamenti.		doc./strutt		
55.	E' identificato per ogni ospite un <i>case-manager</i> responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari.		doc		
56.	Esiste documentazione della gestione delle liste d'attesa.		doc		
57.	Esistono procedure scritte relative all'accoglienza, alla registrazione e all'informazione di pazienti e di familiari.		doc		
58.	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente ai familiari aventi diritto, di ottenere informazioni sulle condizioni del paziente.		doc		

L'ASSISTENZA SANITARIA					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
59	È effettuata prima dell'ammissione una valutazione sanitaria completa.		doc		
60.	E' garantito l'accesso alle prestazioni specialistiche sia all'interno della struttura sia all'esterno della medesima.		doc		
61.	Le cure infermieristiche e alla persona sono regolarmente annotate in cartella.		doc/strutt		
62.	Esistono procedure per la somministrazione di farmaci che prevedano tra l'altro la distribuzione e la somministrazione da parte di un infermiere o da altro figura professionale sanitaria adeguatamente formata.		doc/strutt		
63.	Le eventuali terapie farmacologiche sono monitorate periodicamente.		doc		
64.	Esistono procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale.		doc		

65.	Esistono programmi individuali di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette.		doc		
66.	Volontari e parenti sono addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti.		doc		
67.	E' garantita la funzione di assistenza sociale.		doc		
68.	In cartella, sono registrate informazioni sui problemi sociali dell'ospite e della famiglia.		doc		
69.	Si svolgono attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo.		doc		
70.	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze.		doc/strutt		
<b>GLI ASPETTI ALBERGHIERI</b>					
<b>N.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>Risposta</b>	<b>Evidenza</b>	<b>Debito</b>	<b>Osservazioni</b>
71.	E' garantito il controllo igienico sanitario e nutrizionale degli alimenti.		doc/strutt		
72.	E' possibile offrire diete speciali personalizzate, per ospiti con esigenze o preferenze particolari (es. patologie, intolleranze ecc.).		doc/strutt		
73.	Gli ospiti che ne hanno necessità sono aiutati al momento dei pasti.		doc/strutt		
74.	Esiste un protocollo interno per la pulizia e la sanificazione ambientale.		doc		