

TESTO UFFICIALE
TEXTE OFFICIEL

PARTE SECONDA

**ATTI DEL PRESIDENTE
DELLA REGIONE**

Decreto 2 febbraio 2010, n. 38.

Pronuncia di espropriazione a favore del Comune di MONTJOVET di terreni interessati dall'intervento denominato «realizzazione di un percorso pedonale lungo la S.S. 26», in Comune di MONTJOVET.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE

Omissis

decreta

A) È pronunciata l'espropriazione a favore del Comune di MONTJOVET degli immobili qui di seguito descritti, interessati dall'intervento denominato «realizzazione di un percorso pedonale lungo la S.S. 26», in Comune di MONTJOVET, di proprietà delle ditte di seguito indicate:

COMUNE CENSUARIO DI MONTJOVET

1. Fg. 33 – map. 596 (ex 414/b) di mq. 1 – P – C.T.
Fg. 33 – map. 597 (ex 369/b) di mq. 9 – Pra – C.T.
Fg. 41 – map. 882 (ex 599/b) di mq. 3 – Ente urbano – C.T.
Intestati a:
IMPIERI Vincenzo
n a BELVEDERE MARITTIMO (CS) il 16.06.1965
c.f.: MPRVCN65H16A773I
Indennità: € 507,00
2. Fg. 41 – map. 877 (ex 286/b) di mq. 9 – Ente urbano – C.F.
Fg. 41 – map. 881 (ex 665/b) di mq. 26 – Ente urbano – C.F.
Intestati a:
ROUX Vanda, (quota 1/2)
Nata a MONTJOVET il 28.09.1951
c.f.: RXOVND51P68F367H
CRETIER Maria Adele (quota 1/2)
Nata a MONTJOVET il 15.08.1928
c.f.: CRTMDL28M55F367U
Indennità: € 1.365,00
3. Fg. 33 - map. 592 (ex 336/b) di mq. 82 – Ente urbano – C.F.

DEUXIÈME PARTIE

**ACTES DU PRÉSIDENT
DE LA RÉGION**

Arrêté n° 38 du 2 février 2010,

portant expropriation, en faveur de la Commune de MONTJOVET, des biens immeubles nécessaires aux travaux de réalisation d'un parcours piétonnier le long de la RN n° 26, dans la commune de MONTJOVET.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉGION

Omissis

arrête

A) Les biens immeubles nécessaires aux travaux de réalisation d'un parcours piétonnier le long de la RN n° 26, dans la commune de MONTJOVET, et figurant ci-après, en regard du nom de leurs propriétaires, sont expropriés en faveur de la Commune de MONTJOVET :

COMMUNE DE MONTJOVET

- Intestato a:
NIGRA Umberto Antonio
n. AOSTA il 27.06.1953
c.f.: NGRMRT53H27A326T
Indennità: € 3.198,00
4. Fg. 33 – map. 593 (ex 544/b) di mq. 2 – Ente urbano – C.T.
Fg. 33 – map. 594 (ex 566/b) di mq. 8 – Ente urbano – C.F.
Fg. 33 – map. 595 (ex 568/b) di mq. 16 – Ente urbano – C.F.
Intestati a:
CRETIER Ivana
n. AOSTA il 01.10.1964
c.f.: CRTVNI64R41A326K
Indennità: € 1.014,00
 5. Fg. 33 – map. 598 (ex 585/b) di mq. 201 – P – C.T.
Fg. 33 – map. 601 (ex 364/b) di mq. 37 – P – C.T.
Intestati a:
FEY Sara
n. IVREA (TO) il 30.03.1971, (quota 5/48)
c.f.: FYESRA71C70E379M
FEY Sergio

- n. IVREA (TO) il 16.08.1968 (quota 5/48)
c.f.: FYESRG68M16E379S
FEY Fabio (quota 5/48)
Nato ad IVREA (TO) il 16.09.1976
c.f.: FYEFBA76P16E379C
FEY Silvia (quota 5/48)
Nata ad IVREA (TO) il 03.12.1974
c.f.: FYESLV74T43E379S
FEY Narciso (quota 1/12)
Nato a PONT-SAINT-MARTIN il 03.12.1936
c.f.: FYENCS36T03G854Z
CRETIER Luciana (quota 6/12)
Nata ad AOSTA il 07.06.1961
c.f.: CRTLCN61H47A326N
Indennità: € 9.282,24
6. Fg. 33 – map. 600 (ex 365/b) di mq. 2 – Ente urbano – C.F.
Intestato a:
CRETIER Luciana
Nata ad AOSTA il 07.06.1961
c.f.: CRTLCN61H47A326N
Indennità: € 78,00
7. Fg. 34 – map. 692 (ex 217/b) di mq. 14 – Ente urbano – C.F.
Intestato a:
CRETIER Anna Maria (quota 1/4)
Nata a MONTJOVET il 26.07.1945
c.f.: CRTNMR45L66F367C
CRETIER Livio (quota 1/4)
Nato ad AOSTA il 22.05.1957
c.f.: CRTLVI57E22A326V
CRETIER Mauro (quota 2/4)
Nato a MONTJOVET il 01.01.1951
c.f.: CRTMRA51A01F367C
Indennità: € 546,00
8. Fg. 34 – map. 693 (ex 216/b) di mq. 12 – Ente urbano – C.T.
Intestato a:
CRETIER Mauro
Nato a MONTJOVET il 01.01.1951
c.f.: CRTMRA51A01F367C
Indennità: € 468,00
9. Fg. 34 – map. 687 (ex 258/b) di mq. 18 – Ente urbano – C.F.
Intestato a:
D'HERIN Roberto Guido (quota 1/2)
Nato ad AOSTA il 23.04.1954
c.f.: DHRRRT54D23A326T
LAVOYER Franca Maria (quota 1/2)
Nata ad AOSTA il 01.06.1959
c.f.: LVYFNC59H41A326N
Indennità: € 702,00
10. Fg. 34 – map. 688 (ex 260/b) di mq. 35 – Ente urbano – C.F.
Intestato a:
CHAMONAL Maria Pia
Nata a TORINO il 06.11.1945
- c.f.: CHMMRP45S46L219S
Indennità: € 1.365,00
11. Fg. 34 – map. 682 (ex 271/b) di mq. 36 – Ente urbano – C.T.
Intestato a:
LAURENT Angela Anita
Nata a MONTJOVET il 06.06.1926
c.f.: LRNNGL26H46F367G
Indennità: € 1.404,00
12. Fg. 34 – map. 681 (ex 272/b) di mq. 15 – Ente urbano – C.T.
Intestato a:
CRETIER Elso (usufruttuario)
Nato ad ÉMARÈSE il 18.04.1953
c.f.: CRTLSE53D18D402T
CRETIER Andrea (nudo proprietario)
Nato ad AOSTA il 11.09.1981
c.f.: CRTNDR81P11A326R
Indennità: € 585,00
13. Fg. 34 n. 276 (ex 276/a) di mq. 26 – P – C.T.
Fg. 34 n. 676 (ex 276/b) di mq. 53 – Ente urbano – C.T.
Intestato a:
CRETIER Enrico (quota 1/3)
Nato a MONTJOVET il 15.07.1947
c.f.: CRTNRC47L15F367Y
CRETIER Ada (quota 1/3)
Nata a MONTJOVET il 14.06.1943
c.f.: CRTDAA43H54F367O
CRETIER Gisella (quota 1/3)
Nata a MONTJOVET il 18.09.1935
c.f.: CRTGLL35P58F367B
Indennità: € 1.232,81
14. Fg. 34 – map. 675 (ex 278/b) di mq. 32 – Ente urbano – C.T.
Intestato a:
CRETIER Alida (quota 1/2)
Nata a MONTJOVET il 15.08.1951
c.f.: CRTLDA51M55F367J
CRETIER Ivana (quota 1/2)
Nata ad AOSTA il 18.10.1958
c.f.: CRTVNI58R58A326G
Indennità: € 1.248,00
15. Fg. 34 – map. 673 (ex 591/b) di mq. 26 – Ente urbano – C.T.
Fg. 34 – map. 674 (ex 279/b) di mq. 21 – Ente urbano – C.F.
Intestati a:
CRETIER Ivana
Nata ad AOSTA il 18.10.1958
c.f.: CRT VNI 58R58 A326G
Indennità: € 1.833,00
16. Fg. 34 – map. 680 (ex 273/b) di mq. 15 – Ente urbano – C.T.
Fg. 34 – map. 683 (ex 270/b) di mq. 15 – Ente urbano – C.T.
Fg. 34 – map. 679 (ex 290/b) di mq. 15 – Ente urbano –

- C.T.
Intestati a:
CRETIER Paolo Benvenuto
Nato a MONTJOVET il 25.09.1930
c.f.: CRTPBN30P25F367L
Indennità: € 1.044,15
- 17.Fg. 34 – map. 690 (ex 485/b) di mq. 25 – Ente urbano – C.T.
Fg. 34 – map. 691 (ex 219/b) di mq. 24 – Ente urbano – C.T.
Intestati a:
CRETIER Raffaele
Nato a MONTJOVET il 14.03.1928
c.f.: CRTRFL28C14F367K
Indennità: € 1.911,00
- 18.Fg. 34 – map. 689 (ex 665/b) di mq. 7 – Ente urbano – C.T.
Intestato a:
DELPIANO Bruno (quota 1/6)
Nato a VESIME (AT) il 16/04.1945
c.f.: DLP BRN 45D16 L807X
DELPIANO Laurenzia (quota 1/3)
Nata ad AOSTA il 10.03.1973
c.f. DLP LNZ 73C50 A326C
DELPIANO Lara (quota 1/3)
Nata ad AOSTA il 18.12.1974
c.f.: DLP LRA 74T58 A326T
ALBESANO Emiliana (quota 1/6)
Nata a MONESIGLIO (CN) il 02.11.1945
c.f.: LBS MLN 45S42 F355H
Indennità: € 273,00
- 19.Fg. 34 n. 672 (ex 521/b) di mq. 59 – Ente urbano – C.F.
Intestato a:
BARONE Giorgio
Nato ad AOSTA il 04.12.1948
c.f. BRN GRG 48T04 A326R
Indennità: € 2.301,00
- 20.Fg. 34 – map. 684 (ex 597/b) di mq. 25 – Ente urbano – C.T.
Fg. 34 – map. 685 (ex 599/b) di mq. 5 – Ente urbano – C.T.
Fg. 34 – map. 686 (ex 598/b) di mq. 10 – Ente urbano – C.T.
Intestati a:
DE MIN Clara (quota 1/2)
Nata a MONTJOVET il 26.01.1940
c.f.: DMN CLR 40A66 F367Y
D'ADDA Patrizia (quota 1/6)
Nata ad AOSTA il 23.01.1974
c.f.: DDD PRZ 74A63 A326U
D'ADDA Tiziana (quota 1/6)
Nata ad AOSTA il 09.10.1970
c.f.: DDD TZN 70R49 A326Q
D'ADDA Germano (quota 1/6)
Nato ad AOSTA il 19.04.1959
c.f.: DDD GMN 59D19 A326Z
Indennità: € 1.560,00
- 21.Fg. 41 – map. 887 (ex 278/b) di mq. 129 – Ente urbano – C.F.
Intestato a:
CRETIER Alda (quota 1/2)
Nata a MONTJOVET il 25.03.1933
c.f.: CRT LDA 33C65 F367T
CRETIER Rina Elisa (quota 1/2)
Nata a MONTJOVET il 05.12.1922
c.f.: CRT RLS 22T45 F367S
Indennità: € 5.031,00
- 22.Fg. 41 – map. 885 (ex 281/b) di mq. 26 – Ente urbano – C.F.
Fg. 41 – map. 886 (ex 654/b) di mq. 3 – Ente urbano – C.T.
Intestato a:
PEAQUIN Maria Luigina
Nata a MONTJOVET il 06.11.1925
c.f.: PQN MLG 25S46 F367H
Indennità: € 1.131,00
- 23.Fg. 41 – map. 884 (ex 282/b) di mq. 24 – Ente urbano – C.F.
Intestato a:
BOSONIN Riccardo (quota 1/3)
Nato a DONNAS il 20.12.1943
c.f.: BSN RCR 43T20 D338I
MINUZZO Ezio Camillo (quota 1/6)
Nato a MONTJOVET il 18.07.1947
c.f.: MNZ ZML 47L18 F367B
GIOVANETTO Donata (quota 1/3)
Nata a TAVAGNASCO (TO) il 11.01.1968
c.f.: GVN DNT 68A51 L066E
PARNECHELE Ivana (quota 1/6)
Nata ad AOSTA il 18.08.1949
c.f.: PRN VNI 49M58 A326R
Indennità: € 936,00
- 24.Fg. 41 – map. 878 (ex 285/b) di mq. 2 – Ente urbano – C.T.
Fg. 41 – map. 879 (ex 284/b) di mq. 4 – Ente urbano – C.F.
Fg. 41 – map. 880 (ex 284/c) di mq. 2 – Ente urbano – C.F.
Intestati a:
POZZI Dina (quota 1/2)
Nata ad AOSTA il 24.11.1950
c.f.: PZZ DNI 50S64 A326Q
POZZI Lucia (quota 1/2)
Nata a MONTJOVET il 05.02.1945
c.f.: PZZ LCU 45B45 F367X
Indennità: € 312,00
- 25.Fg. 41 – map. 890 (ex 414/b) di mq. 3 – Ente urbano – C.F.
Intestato a:
CRETIER Zita (quota 3/4)
Nata a MONTJOVET il 12.05.1924
c.f.: CRT ZTI 24E52 F367Q
LAURENT Anna (quota 1/4)
Nata ad AOSTA il 02.04.1954
c.f.: LRN NNA 54D42 A326B

Indennità: € 117,00

26. Fg. 34 – map. 274 (ex 274/a) di mq. 14 – Pri – C.T.
Fg. 34 – map. 275 (ex 275/a) di mq. 29 – Pri – C.T.
Fg. 34 – map. 677 (ex 275/b) di mq. 38 – Pri – C.T.
Fg. 34 – map. 678 (ex 274/b) di mq. 12 – Pri – C.T.

Intestati a:

CRETIER Aline (quota 1/5)

Nata in Francia il 14.11.1932

c.f.: CRT LNA 32S54 Z110Z

CRETIER Bernadette (quota 1/5)

Nata in Francia il 20.12.1940

c.f.: CRT BRN 40T60 Z110S

CRETIER Maria (quota 1/5)

Nata a TORINO il 09.12.1929

c.f.: CRT MRA 29T49 L219R

CRETIER Pierre (quota 1/5)

Nato in Francia il 07.07.1949

c.f.: CRT PRR 49L07 Z110M

CRETIER Paul (quota 1/5)

Nato in Francia il 02.06.1934

c.f.: CRT PLA 34H02 Z110L

Indennità: € 321,60

27. Fg. 41 – map. 888 (ex 418/b) di mq. 4 – Ente Urbano – C.T.

Fg. 41 – map. 889 (ex 419/b) di mq. 19 – Ente Urbano –

B) Il presente decreto deve essere notificato alle ditte proprietarie nelle forme degli atti processuali civili, registrato presso l'Ufficio del Registro, trascritto presso l'Agenzia del Territorio – Servizio Pubblicità Immobiliare e volturato all'Agenzia del Territorio – Servizi Generali e Catastali, nei termini di urgenza a cura e spese dell'ente espropriante.

C) Adempite le suddette formalità, tutti i diritti relativi agli immobili espropriati potranno essere fatti valere esclusivamente sull'indennità.

Aosta, 2 febbraio 2010.

Il Presidente
ROLLANDIN

ATTI DEI DIRIGENTI

PRESIDENZA DELLA REGIONE

Provvedimento dirigenziale 1° febbraio 2010, n. 357.

Rettifica dell'allegato n. 2 dell'avviso pubblico relativo alle nomine in scadenza nel 1° semestre approvato con provvedimento dirigenziale n. 4103 in data 29.09.2009, per quanto concerne la durata del Collegio dei revisori dei conti del Comitato regionale per la gestione venatoria.

C.T.

Intestati a:

CRETIER Zita (quota 3/4)

Nata a MONTJOVET il 12.05.1924

c.f.: CRT ZTI 24E52 F367Q

LAURENT Anna (quota 1/4)

Nata ad AOSTA il 02.04.1954

c.f.: LRN NNA 54D42 A326B

Indennità: € 79,52

28. Fg. 34 – map. 694 (ex 641/b) di mq. 11 – Ente Urbano – C.F.

Intestato a:

Società «EDIL G.S. di GIROLA L. e SUFFREDINI C. & C. S.n.c.»

con sede a CHÂTILLON

partita IVA 00600590079

Indennità: € 257,40

29. Fg. 41 – map. 883 (ex 283/b) di mq. 3 – Ente Urbano – C.T.

Intestato a:

AMBLARD Maria Luisa

n. MONTJOVET il 05.05.1901

c.f. MBLMLS01E45F367Q

Indennità: € 70,20

B) Le présent arrêté est notifié aux propriétaires concernés dans les formes prévues pour les actes relevant de la procédure civile et transmis, avec procédure d'urgence, par les soins et aux frais de l'expropriant, à la Recette des impôts en vue de son enregistrement et à l'Agence du territoire en vue de sa transcription (Service de la publicité foncière) et de l'inscription au cadastre du transfert du droit de propriété (Services généraux et cadastraux).

C) À l'issue des dites formalités, les droits relatifs aux biens immeubles expropriés sont reportés sur les indemnités y afférentes.

Fait à Aoste, le 2 février 2010.

Le président,
Augusto ROLLANDIN

ACTES DES DIRIGEANTS

PRÉSIDENCE DE LA RÉGION

Acte du dirigeant n° 357 du 1^{er} février 2010,

modifiant l'annexe n° 2 de l'aviso public relatif aux nominations expirant au cours du 1^{er} semestre 2010 approuvé par l'acte du dirigeant n° 4103 du 29 septembre 2009, pour ce qui est de la durée du mandat du Conseil des commissaires aux comptes du Comité régional de la gestion de la chasse.

IL COORDINATORE
DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Omissis

decide

di rettificare l'allegato n. 2 dell'avviso pubblico relativo alle nomine in scadenza nel 1° semestre 2010 ai sensi della legge regionale 11/1997, approvato con provvedimento dirigenziale n. 4103 in data 29.09.2009, pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione n. 41 del 31.10.2009, sostituendo la durata della carica di presidente del Collegio dei revisori dei conti del Comitato regionale per la gestione venatoria da «5 anni» a «legislatura in corso», come risulta dalla scheda riportata in calce.

LE COORDINATEUR DU SECRETARIAT
DU GOUVERNEMENT RÉGIONAL

Omissis

décide

Dans l'annexe n° 2 de l'avis public relatif aux nominations expirant au cours du 1^{er} semestre 2010 au sens de la loi régionale n° 11/1997, approuvé par l'acte du dirigeant n° 4103 du 29 septembre 2009 publié au Bulletin officiel n° 41 du 31 octobre 2009, les mots : « 5 ans », relatifs à la durée du mandat du président du Conseil des commissaires aux comptes du Comité régional de la gestion de la chasse, sont remplacés par les mots : « *legislatura in corso* », comme il appert de la fiche annexée au présent acte.

Ente/Società: COMITATO REGIONALE PER LA GESTIONE VENATORIA

Organo competente a deliberare la nomina/designazione: Consiglio regionale

Organismo: Collegio revisori conti

Carica: Presidente

Numero rappresentanti RAVA: 1

Normativa di riferimento: L.R. 64/1994

Requisiti specifici oltre a quelli previsti dalla L.R. 11/97: nessuno

Compensi: indennità di presenza per ogni giornata di seduta e rimborso spese di viaggio pari a quelle stabilite per i consiglieri regionali

Durata: Legislatura in corso

Termine ultimo per il rinnovo dell'organismo : 06.06.2010

Termine per la presentazione delle candidature: 15 giorni antecedenti la data della nomina

Il Compilatore
TROVA

Il Coordinatore
SALVEMINI

Le rédacteur,
Marzia TROVA

Le coordinateur,
Livio SALVEMINI

ATTI VARI

GIUNTA REGIONALE

Deliberazione 15 gennaio 2010, n. 52.

Approvazione di nuove disposizioni in materia di accreditamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie, svolte sul territorio regionale da soggetti pubblici e privati e del relativo manuale, ai sensi della L.R. 5/2000. Revoca della DGR 1232 in data 26 aprile 2004.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

delibera

ACTES DIVERS

GOUVERNEMENT RÉGIONAL

Délibération n° 52 du 15 janvier 2010,

portant approbation du nouveau manuel d'accréditation des structures et des activités sanitaires et socio-sanitaires gérées par des personnes publiques et privées sur le territoire régional, au sens de la LR n° 5/2000, et révocation de la DGR n° 1232 du 26 avril 2004.

LE GOUVERNEMENT RÉGIONAL

Omissis

délibère

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 diagnosticoterapeutici 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.

1. Au sens de la LR n° 5/2000 modifiée, le nouveau manuel d'accréditation des structures et des activités sanitaires et socio-sanitaires gérées par des personnes publiques et privées sur le territoire régional est approuvé tel qu'il figure à l'annexe faisant partie intégrante de la présente délibération ;

2. La structure de l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales compétente en matière de qualité est chargée :

- a) D'établir les formulaires de présentation des demandes d'accréditation ;
- b) D'approuver, au plus tard à la fin du mois de décembre de chaque année, le plan opérationnel établi en accord avec la Direction sanitaire de l'Agence USL de la Vallée d'Aoste, qui indique les activités, les responsabilités, les délais et les résultats attendus au niveau des pathologies choisies, des parcours diagnostiques et thérapeutiques y afférents et de la préparation du matériel d'information relatif à l'initiative considérée, dans le cadre des activités impliquant les patients dans l'évaluation du traitement reçu ;
- c) D'approuver les éventuelles modifications techniques des fiches du manuel annexé à la présente délibération ;

3. Une délibération ultérieure du Gouvernement régional établira, par l'approbation d'un programme triennal, les activités devant faire l'objet de contrôles techniques sur le terrain, aux fins du maintien de l'accréditation y afférente ;

4. La délibération du Gouvernement régional n° 1232 du 26 avril 2004 (Approbation du manuel contenant les modalités et les délais d'accréditation des structures et des activités sanitaires et socio-sanitaires gérées par des personnes publiques et privées de la Vallée d'Aoste, au sens de l'art. 38 de la loi régionale n° 5 du 25 janvier 2000 modifiée, et révocation de la délibération du Gouvernement régional n° 4021 du 9 novembre 1998) est révoquée ;

5. Les dispositions visées à la présente délibération s'appliquent à compter du 1^{er} février 2010 ;

6. Les accréditations expirant pendant le premier semestre 2010 sont prorogées de six mois, afin que les structures accréditées puissent s'adapter aux nouvelles dispositions ;

7. La présente délibération est publiée au Bulletin officiel de la Région autonome Vallée d'Aoste ;

8. La présente délibération est transmise à l'Agence USL de la Vallée d'Aoste.



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. PREMESA

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'accreditamento 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'accreditamento, 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. ORTOPIEDIA
- 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. ALLERGOLOGIA
- 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	

1. Nella prima colonna (N. = numero progressivo) è indicata la progressione numerica dei requisiti all'interno del paragrafo.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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 attività 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, è subordinato al possesso¹ dell'autorizzazione all'esercizio, ai sensi della normativa statale e regionale vigente in materia, nonché alla verifica del possesso dei seguenti requisiti:
 - a. requisiti strutturali – sia generali sia specifici, in relazione all'attività 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'attività svolta – previsti dalle schede di cui ai punti 5.3. e 5.4. del presente manuale.
2. L'accREDITamento di strutture ed attività 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'attività svolta, ai risultati qualitativi e quantitativi raggiunti ed alle risorse umane, finanziarie e tecnologiche impiegate dalla struttura.
3. Le modalità 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 attività già accreditate.

Art. 2

(Istanza di accREDITamento)

1. L'istanza per il rilascio dell'accREDITamento a strutture ed attività 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 modulo², alla struttura competente in materia di qualità, dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali.

¹ La presentazione dell'istanza per il rilascio dell'accREDITamento può essere contestuale all'accertamento della sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale vigente in materia di autorizzazione all'esercizio di attività 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 requisiti³.
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: modifiche⁴, ampliamento o trasferimento della struttura.

Art. 3 (Irricevibilità ed incompletezza delle istanze)

1. L'istanza è irricevibile⁵ 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'attività⁶.
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.

² Predisposto dalla struttura regionale competente in materia di qualità, disponibile presso tale struttura e scaricabile dal sito www.regione.vda.it, nella sezione dedicata alla “Qualità”.

³ 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.

⁴ 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.

⁵ E non dà, quindi, inizio alla fase istruttoria.

⁶ 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 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 qualità⁷.
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.

⁷ 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 informativo⁸ definito nelle schede del presente manuale;
 - b. verifica sul campo⁹ con metodo campionario;
 - c. coinvolgimento del paziente nella valutazione del trattamento ricevuto, mediante la realizzazione di diverse attività corrispondenti ad altrettante fasi procedurali¹⁰.

⁸ 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.

⁹ 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 deliberazione 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.

¹⁰ 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 ¹		strutt/doc		

¹ 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 ² 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		

² 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 sanitari³ 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		

³ 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 (EDIFICI 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 ⁴ .		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		

⁴ 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 carraiato 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 RIABILITATIVO⁵

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 ⁶		strutt		

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

⁶ 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 edifici 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 ⁷ .		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 ⁸ .		strutt		

⁷ 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		

⁸ 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 carrozzone 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 ⁹				
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		

⁹ 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.

5.3.1 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.	<p>E' adottato un sistema interno di controllo di gestione.</p> <p>Il sistema interno di controllo di gestione si compone di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <i>ex post</i> 	doc/strutt		Il debito è relativo alle rilevazioni periodiche ed alle eventuali azioni correttive
8.		doc/strutt	I	
9.	<p>E' redatta annualmente una relazione sull'attività sanitaria e/o socio-sanitaria svolta dalla struttura.</p> <p>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.</p>	doc	I	Il debito è relativo alla relazione
10.		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: - l'accesso e la registrazione alle prestazioni; - l'acquisizione del consenso informato; - la consegna del referto o del risultato; - l'invio del referto o del risultato; - l'acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali.		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		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		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 programmate e svolte nell'anno interventi)
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: - la classificazione; - l'identificazione; - la rintracciabilità; - la valutazione della qualità delle informazioni; - l'individuazione dell'interessato; - l'accesso agli atti dell'interessato.		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 del responsabile 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		
CONTROLLO DI GESTIONE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
12.	Sono definiti la struttura organizzativa del Controllo di gestione (CG) ed il responsabile.		doc		
13.	E' individuata la mappa dei centri di responsabilità (CR) con l'individuazione del responsabile.		doc		
14.	E' 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.	E' formalizzato ed attivato il sistema di "reporting".		doc	I	Il debito è relativo ai report periodici

18.	I report periodici sono periodicamente diffusi.		doc		
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: - i titoli accademici; - il percorso professionale; - i titoli scientifici; - il percorso professionale interno alla struttura; - le attività formative di aggiornamento professionale svolte.		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.	È 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. Esistono procedure per la valutazione periodica del clima aziendale interno. I risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale sono discussi e analizzati in apposite riunioni della direzione.		doc	I		Il debito informativo è relativo ai report
29.			doc			
30.			doc			
GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE						
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni	
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. Sono identificate le procedure generali aziendali per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle risorse tecnologiche generali (es. gas medicali, ascensori, impiantistica)		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 regolate 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		Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
N.	REQUISITO				
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		
SISTEMA INFORMATIVO						
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni	
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		Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
N.	REQUISITO			I	
1.	Esiste una Carta dei Servizi resi nella struttura.		doc		Il debito è relativo agli aggiornamenti
2.	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		
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
CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE (CUP)									
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni				
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 predispone 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
CURA DEI DIRITTI DELL'UTENTE									
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni				
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 del 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		Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
N.	REQUISITO				
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). Gli obiettivi del Dipartimento: - sono misurabili attraverso indicatori specifici; - contengono l'indicazione del tempo necessario al loro perseguimento; - contengono l'indicazione delle scadenze entro cui andranno verificati.		doc	I	Il debito è relativo agli obiettivi e alle attività di breve-medio periodo
2.	Gli obiettivi negoziati sono portati a conoscenza di tutto il personale del Dipartimento. 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 ai report degli indicatori
3.	LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE		doc	I	Il debito è relativo alla sola diffusione
4.	E' definito l'organigramma del personale del Dipartimento.		doc	I	Il debito è relativo all'evidenza della discussione relativa al documento contenente i risultati dell'attività
5.	LE PROCEDURE ORGANIZZATIVE GENERALI		doc		
6.	Esiste un protocollo operativo comune al Dipartimento in cui sono esplicitati: - criteri di accesso e trasferimento del paziente;		doc		

	<ul style="list-style-type: none"> - programmazione liste di attesa; - accoglimento e registrazione. <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"> - 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. 					Il debito è relativo alle verifiche sull'applicazione
7.		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). LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ	doc				
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	I 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: - sono misurabili attraverso indicatori specifici; - contengono l'indicazione del tempo necessario al loro perseguimento; - contengono l'indicazione delle scadenze entro cui andranno verificati.		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		
LA GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
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		
LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ					
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		
IL SISTEMA INFORMATIVO					
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		
LA COMUNICAZIONE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
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		Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
N.	REQUISITO				
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). Gli obiettivi del Dipartimento: - sono misurabili attraverso indicatori specifici; - contengono l'indicazione del tempo necessario al loro perseguimento; - contengono l'indicazione delle scadenze entro cui andranno verificati.		doc	I	Il debito è relativo agli obiettivi e alle attività di breve-medio periodo
2.	Gli obiettivi e le attività del documento di programmazione sono formulati con il coinvolgimento del Direttore del Dipartimento. Gli obiettivi negoziati sono portati a conoscenza di tutto il personale del Dipartimento.		doc	I	Il debito è relativo ai report degli indicatori
3.	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		
4.	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			
LA GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE						
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni	
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			
LE PROCEDURE ORGANIZZATIVE GENERALI						
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 realizzate dal Dipartimento, sono definiti indicatori.	doc			
LE PROCEDURE ORGANIZZATIVE SPECIFICHE					
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			
LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ					
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			
IL SISTEMA INFORMATIVO					
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. LA COMUNICAZIONE	doc			
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 garantisce 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 espianti 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			
LA FUNZIONE DI PREVENZIONE					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
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
LA FUNZIONE DI PROMOZIONE DELLA QUALITÀ					
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. 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	
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
LA CARTELLA CLINICA				
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Osservazioni
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
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); - norme 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"> - i rilievi significativi; - gli interventi diagnostico-terapeutici effettuati; - la condizione del paziente alla dimissione; - la chiara indicazione della terapia da svolgere fuori dalla struttura ospedaliera e di eventuali controlli o follow up; - ogni specifica istruzione data al paziente e/o familiari, qualora necessaria. 				
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		
LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA (D.I.)					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
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	

	di tipo anamnestico-clinico; - identificazione dei bisogni assistenziali (diagnosi infermieristica) e la relativa pianificazione degli interventi; - descrizione quotidiana degli interventi di assistenza infermieristica; - valutazione dei risultati degli interventi di assistenza infermieristica; - registrazione di dati e di informazioni diversi (relativi alla terapia, alla rilevazione di parametri vitali, ecc.). Le attività assistenziali sono realizzate anche attraverso procedure integrate con le altre professionalità. Esistono procedure per la verifica di qualità della D.I.							
33.		doc						
34.		doc						Il debito è relativo ai report ed altri documenti conseguenti all'attività di verifica
LA DIMISSIONE: I BISOGNI DELL'UTENTE E LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE								
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni			
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		

5.4.1.1. 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"> - codice di priorità e codice di patologia assegnati in sede di triage; - data e ora di arrivo del paziente al triage, inizio della visita, medico accettante; - dati anagrafici; - numero tessera sanitaria o codice fiscale; - problema principale o attuale; - segni vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, scala di Glasgow) su schema predisposto [se necessario]; - esame obiettivo; - prestazioni erogate ed eventuali referti (consulenze, accertamenti diagnostici, interventi terapeutici), anche in fotocopie allegate; - diagnosi; - evoluzione durante osservazione (anche attraverso l'utilizzo di una cartella a parte) [se necessario]; - prognosi [se necessario]; - eventuale rifiuto di prestazioni con possibilità di firma [se necessario]; 		doc		

	<ul style="list-style-type: none"> - informativa inviata (indicazione sul destinatario e motivazione in caso di formulazione di denuncia) [se necessario]; - provvedimento finale (ricovero, dimissione, trasferimento, decesso, salma a disposizione dell'Autorità Giudiziaria o riscontro diagnostico); - data e ora provvedimento finale; - firma leggibile e timbro del medico che provvede alla dimissione. 				
4.	<p>Sono disponibili i moduli per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - primo certificato per infortunio sul lavoro; - consenso informato per la somministrazione di emoderivati e di emocomponenti; - richiesta trattamento sanitario obbligatorio (TSO); - segnalazione di reazioni avverse a farmaci; - segnalazione di morsi di animali possibili portatori di rabbia. 	doc			
5.	<p>Sono compilati report almeno semestrali che comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rinvii a domicilio; - ricoveri nell'ospedale; - trasferimenti ad altri ospedali; - prestazioni erogate a pagamento e non; - tempi di permanenza in pronto soccorso; - consulenze richieste; - andamento degli indicatori di qualità (valutazione almeno semestrale). 	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	V	doc		
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		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.	I	doc		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"> - arresto cardiaco; - rianimazione cardio-polmonare; - trauma cranico; - politrauma; - dolore addominale; - dolore toracico; - avvelenamenti; - edema polmonare acuto; - episodio acuto di COPD; - aritmie minacciose. 	doc		
15.	<p>Sono disponibili le seguenti procedure operative per le modalità di profilassi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tetano; - rabbia; - post-esposizione a sangue umano; - post-esposizione a meningite; - gestione dei pazienti violenti; - principali procedure invasive. 	doc		

5.4.12. RIANIMAZIONE

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
1.	L'andamento clinico dei pazienti è registrato: - in maniera sistematica; - con note in progress; - con commenti sull'andamento clinico; - con commenti sui trend dei parametri vitali e sui parametri ematologici, biochimici e microbiologici, oltre che sul bilancio idrico.		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"> - controllo preoperatorio, - esecuzione dell'intervento, - controllo postoperatorio, - fase di dimissione, - contatti con il paziente nella fase domiciliare del postoperatorio. 		doc		
6.	La visita anestesiológica 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. 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	I	Il debito è relativo agli aggiornamenti al piano
2.			doc		
3.	Le prestazioni sono regolarmente registrate e la refertazione è corredata di: dati anamnestici, risultati dell'esame, conclusioni diagnosticoterapeutiche.		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 accudire 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		

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		Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
N.	REQUISITO				
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">- adotta protocolli operativi per le procedure di lavaggio, di raccolta e di invio del materiale;- adotta protocolli operativi per le procedure di ricevimento e di immagazzinamento del materiale;- acquisisce e conserva i protocolli operativi utilizzati dalla struttura esterna (es. la centrale di sterilizzazione) per le procedure di sterilizzazione e di disinfezione;- acquisisce e conserva la documentazione del rispetto da parte della centrale di sterilizzazione esterna.		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'ideonea documentazione.		doc		
4.	Alla dimissione è redatta una relazione scritta che include: - chiara e completa descrizione delle attività svolte; - specifiche raccomandazioni per tutte le diverse tipologie di operatori che potranno interagire successivamente con l'utente, indicazioni di supporto alla famiglia.		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

	- numero assoluto e percentuale di pazienti dimessi verso una struttura profeta (efficacia); - numero assoluto e percentuale di pazienti deceduti (appropriatezza/efficacia)				
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"> - una valutazione multidisciplinare finalizzata all'individuazione dei bisogni assistenziali, con particolare riguardo verso quelli della sfera fisica, emozionale, sociale e spirituale; - la formulazione del piano di intervento; - la verifica della sua implementazione; - la rivalutazione periodica del piano. 		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"> - trattamento del dolore; - trattamento della nausea e del vomito; - trattamento della dispnea; - trattamento dell'occlusione intestinale; - trattamento dell'edema polmonare acuto. 		doc		

12.	<p>Esistono protocolli assistenziali per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il trattamento della stipsi; - la gestione dell'incontinenza; - la gestione del catetere vescicale; - la gestione degli accessi intravascolari; - la gestione del paziente privo di conoscenza; - la prevenzione e il trattamento dei decubiti; - la medicazione di lesioni cutanee e mucose ulcerate; - l'igiene del cavo orale; - l'idratazione per via orale; - la comunicazione (es. ascolto, relazione d'aiuto, ecc.). 			doc	
13.	<p>Esistono protocolli scritti per le seguenti attività assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - igiene del malato; - mobilitazione; - alimentazione. 			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	

	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
19.	E' definito un programma di supporto per la prevenzione della sindrome da burn-out negli operatori.	doc/strutt		
20.	Sono formalizzate le attività di accoglienza e di utilizzo nella struttura di volontari organizzati ed appositamente formati .	doc/strutt		
21.	E' attuato un programma di audit clinico strutturato con incontri mensili.	doc/strutt		
22.	Sono previsti spazi per consentire ai pazienti relax al di fuori della camera (giardino, terrazzo, solarium).	strutt.		
23.	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 soddisfazione degli utenti e dei familiari, compresa la valutazione della gestione del dolore).	doc/strutt		
24.	Sono previste valutazioni di appropriatezza riguardo all'utilizzo di:			
25.	<ul style="list-style-type: none"> - 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 compicanze.		doc		
12.	Sono disponibili procedure per la gestione delle compicanze.		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.	E' 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: - infarto miocardico acuto; - angina instabile; - angina stabile; - scompenso cardiaco refrattario; - trattamento dei parossismi di fibrillazione atriale.		doc		
7.	Sono disponibili procedure aggiornate per l'uso delle seguenti metodiche diagnostiche, se effettuate: - coronarografia; - cateterismo cardiaco; - ecocardiografia di base; - eco-stress; - scintigrafia miocardica; - test ergometrico.		doc		

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
8.	Sono disponibili linee guida aggiornate con le indicazioni per: - profilassi anticoagulante; - impianto di pace-maker; - studio elettrofisiologico.		doc		
9.	Sono prodotti e seguiti protocolli diagnostico-terapeutici per il trattamento delle seguenti patologie: - infarto miocardico acuto e complicanze; - angina instabile; - trattamento tamponamento cardiaco; - trattamento aritmie minacciose.		doc		
10.	Esiste evidenza di procedure - e relativa applicazione - che disciplinino i collegamenti funzionali tra l'UTIC e: - il Pronto Soccorso; - il Sistema Territoriale di Soccorso; - il Servizio di Rianimazione; - il Servizio di Radiologia e Diagnostica per Immagini; - il Laboratorio di Analisi cliniche; - il Servizio di Cardiologia Interventistica; - la Divisione Cardiocirurgica dello stesso presidio o di quello di riferimento; - il Servizio di Riabilitazione.		doc	I	Il debito è relativo ai report e altro derivanti dalle attività di verifica dell'applicazione
11.	Esistono procedure per l'accesso a consulenze di tipo specialistico		doc		
12.	Sono disponibili, presso l'UTIC, le procedure per: - l'accesso dei pazienti; - l'accesso del personale dell'unità organizzativa; - l'accesso dei visitatori.		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

5.4.3.1. 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 broncoscopici 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 diabete.		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"> - stato delle complicanze oculari; - stato delle complicanze cardiovascolari; - stato delle complicanze neurologiche; - stato delle complicanze renali; - data dell'ultima valutazione delle complicanze; - indici di controllo metabolico con la determinazione della emoglobina glicata. 		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 referenziazione, 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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"> - registro numerico di accettazione; - archivio delle richieste di diagnosi (le richieste possono essere eliminate dopo 6 mesi); - 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); - archivio delle inclusioni e dei preparati isto/citologici (i preparati citologici cervico vaginali negativi devono essere conservati per almeno 5 anni); 		doc/strutt		

	<ul style="list-style-type: none"> - 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 immunohistochimici, numero di preparati citologici non cervicovaginali, numero di autopsie). 			
6.	<p>Esiste una procedura che comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'identificazione del paziente e del medico che ha richiesto la diagnosi; - l'acquisizione delle informazioni cliniche rilevanti. 	doc		
7.	<p>La procedura di esecuzione della fase analitica sul materiale biologico comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la correttezza e completa identificazione dei campioni biologici; - la completezza della descrizione macroscopica ove utile per una migliore definizione diagnostica e prognostica; - la completezza della descrizione microscopica; - la completezza delle informazioni sulle tecniche ancillari eventualmente impiegate; - l'utilizzazione nella diagnosi della terminologia standardizzata e codificabile; - la chiara identificazione del medico anatomo/patologo responsabile della diagnosi. 	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 bioptico.	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 bioptico 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 stravasii 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

5.4.4.1. 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		
ATTIVITÀ SELEZIONE DEI DONATORI					
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		
ATTIVITÀ RACCOLTA DELLA DONAZIONE					
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		
ATTIVITÀ PREPARAZIONE EMOCOMPONENTI					
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"> - sangue intero; - concentrati eritrocitari; - concentrati eritrocitari, buffy-coat, depleti; - concentrati eritrocitari in soluzioni additive; - concentrati eritrocitari in soluzioni additive, buffy-coat, depleti; - emazie lavate; - concentrati eritrocitari leucodepleti; - concentrati piastrinici random da PRP; - concentrati piastrinici random da buffy-coat; - concentrati piastrinici da aferesi; - concentrati piastrinici random da PRP, leucodepleti; - concentrati piastrinici random da buffy-coat leucodepleti; - concentrati piastrinici da aferesi, leucodepleti; - plasma fresco congelato da separazione; - plasma fresco congelato da aferesi. <p>[La presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettere in relazione con il livello del presidio presso il quale è effettuata la preparazione.]</p>	doc		
17.	<p>E' attivata la preparazione degli emocomponenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - emazie irradiate; - emazie congelate; - concentrati piastrinici irradiati; - crioprecipitato; - concentrati granulocitari da aferesi irradiati. <p>[La presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettere in relazione con il livello del presidio presso il quale è effettuata la preparazione.]</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 facoltativi).					
ATTIVITÀ ETICHETTATURA						
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni	
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			
ATTIVITÀ DI CONSERVAZIONE - TRASPORTO - SCADENZA						
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			
ATTIVITÀ DI AFERESI						
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"> - data e modalità di acquisizione; - azienda fornitrice; - numero di matricola; - responsabile addetto e suo sostituto; - manutenzione ordinaria e programmata (tipo di operazioni, cadenza, operatore abilitato); - manutenzione straordinaria per riparazione guasti e verifica periodica della funzionalità (effettuata dall'azienda fornitrice); - documentazione di tutte le operazioni eseguite (data, firma, rapporti del servizio di assistenza). 		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"> - preparazione del paziente e modalità di prelievo; - conservazione e trasporto dei materiali biologici (anche in relazione alle misure di sicurezza) con indicazione specifica della facoltà di rifiuto dei campioni non idonei. 		doc		
3.	<p>Il Sistema Informativo di Laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mantiene in linea gli esami di almeno un anno; - fornisce statistiche relative agli esami effettuati in relazione alla loro provenienza ai punti prelievo, tipologia, costi. 		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 indicano il processo assistenziale con cui deve 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 il 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: - l'identificazione del richiedente; - la data di prescrizione; - l'identificazione qualitativa e quantitativa del preparato; - l'identificazione del paziente per i galenici magistrali; - la data di esecuzione della prestazione; - l'identificazione del farmacista preparatore; - l'evidenza dei controlli effettuati. - la motivazione clinica per i prodotti per i quali è richiesta la preparazione;	doc			

	- l'eventuale sussistenza di criteri d'urgenza e di priorità.					
19.	Sono disponibili procedure per la gestione di: - 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"> - valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri; - buon uso del sangue e degli emoderivati; - razionalizzazione dell'uso dei farmaci col prontuario terapeutico; - monitoraggio degli eventi indesiderati. 			
10.	<p>In caso di attività ambulatoriale, sono effettuati prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
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: - nome e cognome del responsabile del poliambulatorio; - elenco delle strutture ambulatoriali presenti; - elenco delle principali prestazioni erogabili; - modalità di accesso; - orari di accesso; - orari per il rilascio di eventuali referti.		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		Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
N.	REQUISITO				
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"> - adottano protocolli operativi per le procedure di lavaggio, di raccolta e di invio del materiale; - acquisiscono e conservano i protocolli operativi utilizzati dalla struttura esterna (Centrale di sterilizzazione) per le procedure di sterilizzazione e di disinfezione; - adottano protocolli operativi per le procedure di ricevimento e di immagazzinamento del materiale. 		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 pollambulatorio 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 case-manager 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"> - modalità di effettuazione delle valutazioni mediante test clinici e strumentali; - modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi; - modalità di valutazione dei risultati attesi. 		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">- appropriatezza dell'indicazione (utilizzando come indicatore almeno il ritorno in reparto per acuti);- incidenza delle complicanze altiche, pneumologiche e dello scompenso cardiaco;- risultato, attraverso un follow up a 6 mesi per la valutazione dei decessi intercorsi e la somministrazione di un questionario sulla qualità della vita.		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"> - adotta protocolli operativi per le procedure di lavaggio, di raccolta, di invio del materiale; - adotta protocolli operativi per le procedure di ricevimento ed immagazzinamento del materiale; - acquisisce e conserva i protocolli operativi utilizzati dalla struttura esterna (es. la centrale di sterilizzazione) per le procedure di sterilizzazione e disinfezione; - acquisisce e conserva la documentazione del rispetto da parte della centrale di sterilizzazione esterna dei requisiti minimi. 		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		

26.	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			
27.	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			
28.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane.		doc			
29.	E' redatto annualmente un piano di formazione ed aggiornamento del personale.		doc	I		Il debito è relativo al piano
30.	L'attività formativa degli operatori è documentata in una relazione annuale.		doc	I		Il debito è relativo alla relazione
31.	Sono definite procedure per il coinvolgimento di protezione civile, forze dell'ordine, ecc. in occasione di situazioni di emergenza.		doc			
32.	Sono definite le procedure per la chiamata in servizio di personale aggiuntivo in occasione di situazioni di emergenza		doc			
33.	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
34.	Esistono modalità tese a misurare il		doc	I		Il debito è dato dai risultati

	<p>miglioramento continuo dell'elisoccorso (disincentivi inappropriati, tempi di risposta)</p> <p>nell'ambito per l'uso</p>				
35.	<p>Esistono modalità tese a ridurre i tempi di riscossione delle somme dovute per uso improprio dell'elisoccorso</p>	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), Esiste un elenco aggiornato delle linee guida per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti per rischio, frequenza o costo.			doc		
13.				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. Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane.					
34.	È redatto annualmente un piano di formazione ed aggiornamento del personale.	doc				
35.	L'attività formativa degli operatori è documentata in una relazione annuale.	doc	I			Il debito è relativo al piano
36.	Esiste evidenza degli incontri, a cadenza periodica, di tutti i componenti l'equipe multidimensionale.	doc	I			Il debito è relativo alla relazione
37.	Ciascun assistito ha un piano assistenziale individuale scritto, riportato sulla cartella personale, periodicamente aggiornato dall'Unità di valutazione multidimensionale.	doc				
38.	È individuato un medico responsabile del servizio e/o dell'area (a seconda se l'organizzazione è accentrata o decentrata).	doc				
39.	Sono identificati i coordinatori delle attività sanitarie del servizio, con specifiche caratteristiche:					
40.	- 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.	È assicurata l'appropriata tenuta della cartella domiciliare: - le cartelle sono ordinate e leggibili;					

	<ul style="list-style-type: none"> - la consultazione permette di conoscere i problemi in atto ed il trattamento in corso; - ogni operatore aggiorna la cartella ad ogni accesso. 				
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.	E' 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"> - la classificazione - l'identificazione - la rintracciabilità - la valutazione della qualità delle informazioni - l'individuazione dell'interessato 				
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.	E' 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.	E' previsto l'utilizzo di scale di valutazione		doc		

13.	adeguate alla tipologia di pazienti da assistere. 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'utente 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 relativo 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 predisposte 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"> - 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	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: - l'accesso e la registrazione alle prestazioni; - l'acquisizione del consenso informato;		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"> - 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 (solo per le figure professionali per le quali siano previsti); - i costi di attuazione; 	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.			doc	I	Il debito è relativo alla relazione annuale
29.				doc	I	Il debito è relativo a registrazioni su neo-assunti dell'anno
30.	Esiste un programma finalizzato per favorire l'inserimento del personale neoassunto.			doc	I	

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 richiedono		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. Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali. La struttura possiede una carta dei servizi o altro materiale informativo da divulgare al pubblico. La carta dei servizi o altro materiale informativo contengono le informazioni essenziali (luogo, modalità e tempi) per l'utenza sui servizi svolti dalla struttura. 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. Sono definite, a tutela dell'utenza, le modalità di presentazione e di gestione dei reclami. Sono definite le modalità di rilevazione e di risoluzione delle cause dei reclami. E' individuato il referente della struttura addetto ai rapporti con il pubblico.							Il debito è relativo all'aggiornamento
46.			doc/strutt	I				
47.			doc/strutt					
48.			doc					
49.			doc					
50.			doc					
51.			doc					
52.			doc					
53.			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"> - rispetta i fondamentali diritti della persona ed esclude nelle diverse fasi dell'intervento ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale; - promuove il raggiungimento di uno stato di maturità e di autonomia; - descrive la metodologia degli interventi. 		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 formative 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'autoamministrazione 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. La relazione annuale contiene la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e generali, nonché del volume dell'attività svolta corredata dall'analisi degli scostamenti rispetto al volume atteso.		doc	I	Il debito è relativo alla relazione annuale
10.			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 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		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"> - del piano rispetto ai bisogni rilevati; - la valutazione del raggiungimento degli obiettivi; - l'attribuzione dei crediti formativi (solo per le figure professionali per le quali siano previsti); - i costi di attuazione; - i soggetti formatori ed i formandi coinvolti. 					Il debito è relativo alla relazione
29.	E' redatta una relazione annuale sull'attività di formazione svolta.			doc	I	Il debito è relativo a registrazioni su neo-assunti dell'anno
30.	Esiste un programma finalizzato per favorire l'inserimento del personale neoassunto.			doc	I	

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. E' redatto ed approvato dalla Direzione un piano per la qualità, contenente:		doc	I	Il debito informativo è relativo ad una relazione sulle attività svolte al riguardo nell'anno
39.	- 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 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; - 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 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.	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		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 acquisito 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. Ciascun progetto terapeutico e riabilitativo si ispira ai criteri ed obiettivi generali fissati, in particolare: - rispetta i fondamentali diritti della persona ed esclude nelle diverse fasi dell'intervento ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale; - promuove il raggiungimento di uno stato di maturità e di autonomia; - descrive la metodologia degli interventi.		doc		
70.			doc		
71.	Sono definite le regole di vita comunitaria, anche al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive.		doc		
72.	Sono svolte attività formative ed occupazionali volte al recupero scolastico.		doc		
73.	Sono svolte attività formative 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		

l'autosomministrazione di farmaci.					
------------------------------------	--	--	--	--	--

GLI ASPETTI ALBERGHIERI

N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
79.	E' garantito il controllo igienico sanitario e nutrizionale degli alimenti.		doc		
80.	Esiste un protocollo interno per la pulizia e la sanificazione ambientale.		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: - 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. 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	Il debito è relativo alla relazione annuale
10.			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		

	- 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 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"> - 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 (solo per le figure professionali per le quali siano previsti); - i costi di attuazione; 	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. Esiste un programma finalizzato per favorire l'inserimento del personale neoassunto.							
29.			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 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;		doc/strutt		

	<ul style="list-style-type: none"> - la rintracciabilità; - la valutazione della qualità delle informazioni; - l'individuazione dell'interessato; - l'accesso agli atti dell'interessato. 					
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"> - 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		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 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		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 sostituzione di nuovi servizi il Direttore sanitario ha acquisito 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"> - 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	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: - l'accesso e la registrazione alle prestazioni; - l'acquisizione del consenso informato;		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: - 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 (solo per le figure professionali per le quali siano previsti); - i costi di attuazione; - i soggetti formatori ed i formandi coinvolti.	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		

			I	Il debito è relativo agli aggiornamenti dell'elenco
46.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi per i livelli regionale e statale.		doc/strutt	
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 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 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 acquisito 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		Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
N.	REQUISITO				
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.			doc/strutt		
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 garantiscano 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	
IL LOCALE DI VISITA					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
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			
LA FORMAZIONE						
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni	
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"> - politiche, obiettivi e funzioni della struttura; - organigramma della struttura; - procedure e protocolli operativi; - esigenze in materia di valutazione della qualità, di utilizzazione delle risorse, di gestione dei rischi della salute e della sicurezza del lavoro; - leggi e regolamenti pertinenti all'attività dell'articolazione organizzativa. 		doc/strutt			
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		

		L'ASSISTENZA SANITARIA			
		REQUISITO		Osservazioni	
N.		Risposta	Evidenza	Debito	
59.	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente, oppure ai familiari aventi diritto, di ottenere informazioni sulle sue condizioni.		doc		
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		
GLI ASPETTI ALBERGHIERI					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
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 lettercci 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		Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
N.	REQUISITO				
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 è 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.	È 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.		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.	La struttura ha modalità di custodia di valori e di beni personali.		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"> - politiche, obiettivi e funzioni della struttura; - organigramma della struttura; - procedure e protocolli operativi; - esigenze in materia di valutazione della qualità, di utilizzazione delle risorse, di gestione dei rischi della salute e della sicurezza del lavoro; - leggi e regolamenti pertinenti all'attività dell'articolazione organizzativa. 		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 case-manager 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.	doc/strutt	I	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.	doc/strutt	I	Il debito è costituito dall'elenco (numerico) delle dimissioni
59.	Esiste documentazione della gestione delle liste d'attesa.	doc	I	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.	E' 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 nursing 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.		doc/strutt		
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		Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
N.	REQUISITO				
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 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.		
6.	Lo schema organizzativo è 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.	È 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.	È 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"> - politiche, obiettivi e funzioni della struttura; - organigramma della struttura; - procedure e protocolli operativi; - esigenze in materia di valutazione della qualità, di utilizzazione delle risorse, di gestione dei rischi della salute e della sicurezza del lavoro; - leggi e regolamenti pertinenti all'attività dell'articolazione organizzativa. 		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 case-manager 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	E' 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			
GLI ASPETTI ALBERGHIERI					
N.	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Debito	Osservazioni
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		

Deliberazione 21 gennaio 2010, n. 96.

Attribuzione alla competenza del bilancio di previsione per il triennio 2010/2012 di trasferimenti statali assegnati al bilancio della Regione per l'anno 2009, e non impegnati, ai sensi dell'articolo 29, commi 1 e 2 della legge regionale 4 agosto 2009, n. 30 – Variazione al bilancio di previsione e conseguente modifica al bilancio di gestione.

Omissis

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

delibera

1) di attribuire alla competenza del bilancio di previsione per il triennio 2010/2012 e di modificare l'allegato alla 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 come indicato nell'allegato alla presente deliberazione;

2) di dare atto che fino a quando non sia approvato il rendiconto di tale ultimo esercizio, delle predette spese non si tiene conto ai fini dell'equilibrio del bilancio (art. 29 comma 2 della l.r. 30/2009);

3) di disporre, ai sensi dell'art. 29, comma 6, della legge regionale 4 agosto 2009, n. 30, che la presente deliberazione sia pubblicata per estratto nel Bollettino Ufficiale della Regione e comunicata al Consiglio regionale entro quindici giorni dalla sua adozione.

Délibération n° 96 du 21 janvier 2010,

portant inscription au budget pluriannuel 2010/2012 des crédits alloués à la Région en 2009 par l'État et non engagés, au sens des premier et deuxième alinéas de l'art. 29 de la loi régionale n° 30 du 4 août 2009, ainsi que rectification du budget prévisionnel et du budget de gestion.

Omissis

LE GOUVERNEMENT RÉGIONAL

Omissis

délibère

1) Les crédits alloués à la Région en 2009 par l'État et non engagés avant la fin de l'exercice budgétaire y afférent sont inscrits au budget pluriannuel 2010/2012 ; l'annexe de la délibération du Gouvernement régional n° 3702 du 18 décembre 2009 portant approbation du budget de gestion au titre de la période 2010/2012, attribution aux structures de direction des crédits et des objectifs de gestion y afférents, ainsi qu'approbation du budget de caisse 2010 et de dispositions d'application est modifiée comme il appert de l'annexe de la présente délibération ;

2) Les dépenses en cause ne sont pas prises en considération aux fins de l'équilibre budgétaire jusqu'à l'approbation des comptes du dernier exercice considéré, au sens du deuxième alinéa de l'art. 29 de la LR n° 30/2009 ;

3) La présente délibération est publiée par extrait au Bulletin officiel de la Région et communiquée au Conseil régional dans les quinze jours qui suivent son adoption, au sens du sixième alinéa de l'art. 29 de la loi régionale n° 30 du 4 août 2009.

ALLEGATO

AREA OMOGENEA	UPB	CAPITOLO	DESCRIZIONE	IMPOR TO IN AUMENTO 2010 SUI CAPITOLI	RICHIESTA	DESCRIZIONE	IMPOR TO IN AUMENTO 2010 SULLE RICHIESTE	UNITA DIRIGENZIALE	OBBIETTIVO GESTIONALE	DESCRIZIONE
1.11.09- Programmi comunitari e statali	1.11.9.22 - Programma Valle d'Aosta 2007-2013 e accordi di programma	47002	Fondo per il finanziamento e la gestione di interventi oggetto di contributo del Fondo per le aree sottoutilizzate (FAS) in attuazione di Accordi di programma-quadro 2000-2006 tra lo Stato e la Regione	31.116,78						
					15693 (n.i.)	Fondo per il finanziamento e la gestione di interventi oggetto di contributo del Fondo per le aree sottoutilizzate (FAS) in attuazione di Accordi di programma-quadro 2000-2006 tra lo Stato e la Regione	31.116,78	06.3.0. - Direzione per la programmazione negoziata	063001	1.11.9.22 - Programma Valle d'Aosta 2007/2013 e accordi di programma quadro oggetto di finanziamenti FAS
1.11.09- Programmi comunitari e statali	1.11.9.22 - Programma Valle d'Aosta 2007-2013 e accordi di programma	47003	Spese relative agli interventi oggetto di contributo del Fondo per le aree sottoutilizzate (FAS) in attuazione di Accordi di programma-quadro 2000-2006 tra lo Stato e la Regione	150.000,00						
					16228 (n.i.)	Progetto obiettivo per attività di assistenza tecnica e supporto per il rafforzamento del sistema di monitoraggio degli interventi cofinanziati del FAS, svolta da personale dedicato	150.000,00	05.1.1. - Servizio stato giuridico e trattamento economico	051107 (n.i.)	1.11.9.22 - Programma Valle d'Aosta 2007/2013 e accordi di programma quadro oggetto di finanziamenti FAS
Totale in aumento				181.116,78			181.116,78			

Deliberazione 21 gennaio 2010, n. 143.

Valutazione positiva condizionata sulla compatibilità ambientale del progetto di modifica del regime delle portate derivate dall'impianto idroelettrico sul torrente Chalamy, con centrale tra le località Fabbrica e Capoluogo nel comune di CHAMPDEPRAZ, proposto dal Consorzio di miglioramento fondiario «Ru Grenze e Ru Fabbrica – Vierung» con sede nel Comune di CHAMPDEPRAZ.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

delibera

1. di esprimere una valutazione positiva condizionata sulla compatibilità ambientale del progetto, proposto dal Consorzio di miglioramento fondiario «Ru Grenze e Ru Fabbrica – Vierung» con sede nel Comune di CHAMPDEPRAZ, di modifica del regime delle portate derivate dall'impianto idroelettrico sul torrente Chalamy con centrale tra le località Fabbrica e Capoluogo nel comune di CHAMPDEPRAZ;

2. di subordinare la presente valutazione positiva all'osservanza delle seguenti prescrizioni:

- in considerazione del fatto che la qualità ambientale del corso d'acqua è in linea con gli obiettivi fissati dal PTA solo sino al 2016, la durata della subconcessione di derivazione venga limitata al 31.12.2015; per il successivo rinnovo della subconcessione si dovrà preventivamente verificare se la derivazione risulta compatibile con gli obiettivi di tutela del torrente Chalamy vigenti a quella data;
- vengano rilasciate a valle dell'opera di presa le seguenti portate di deflusso minimo vitale:

Mese	DMV [l/s]
Gennaio	160
Febbraio	150
Marzo	170
Aprile	270
Maggio	860
Giugno	1.520
Luglio	1.150
Agosto	840
Settembre	560
Ottobre	410
Novembre	260
Dicembre	200

Délibération n° 143 du 21 janvier 2010,

portant avis positif, sous condition, quant à la compatibilité avec l'environnement du projet déposé par le Consortium d'amélioration foncière « Ru Grenze e Ru Fabbrica – Viéring », dont le siège est à CHAMPDEPRAZ, en vue de la modification du régime des débits des eaux dérivant de la centrale hydroélectrique sur le tronçon du Chalamy compris entre le lieu-dit Fabbrica et le chef-lieu, dans la Commune de CHAMPDEPRAZ.

LE GOUVERNEMENT RÉGIONAL

Omissis

délibère

1. Un avis positif, sous condition, est prononcé quant à la compatibilité avec l'environnement du projet déposé par le Consortium d'amélioration foncière « Ru Grenze e Ru Fabbrica – Viéring », dont le siège est à CHAMPDEPRAZ, en vue de la modification du régime des débits des eaux dérivant de la centrale hydroélectrique sur le tronçon du Chalamy compris entre le lieu-dit Fabbrica et le chef-lieu, dans la Commune de CHAMPDEPRAZ ;

2. Le présent avis positif est subordonné au respect des prescriptions ci-après :

- nelle infrastrutture di proprietà del Consorzio di miglioramento fondiario «Ru Grenze e Ru Fabbrica-Viering» (in particolare nella tubazione di alimentazione in pressione della vasca di irrigazione denominata Lo Pian, nel canale di scarico della centrale e nel canale irriguo alimentato dalla vasca di carico di recente costruzione) vengano installati dei dispositivi di misura della portata idraulica transitante;
- ai fini del rilascio della subconcessione di derivazione vengano presentati all'Ufficio gestione demanio idrico dell'Assessorato opere pubbliche, difesa del suolo e edilizia residenziale pubblica i progetti degli organi deputati al controllo delle portate di DMV sopra indicate ed i calcoli idraulici relativi al loro dimensionamento;
- siano rispettate le prescrizioni contenute nel parere della Direzione flora, fauna, caccia e pesca dell'Assessorato agricoltura e risorse naturali.
- siano rispettate le prescrizioni contenute nel parere dell'ARPA;

3. di richiamare che l'esecuzione delle opere dovrà avvenire nel rispetto delle leggi vigenti in materia di prevenzione e tutela igienico-sanitaria, di tutela dell'ambiente dagli inquinamenti, nonché di salvaguardia delle aree che presentino particolare fragilità geologica ed idrogeologica;

4. di rammentare che dovrà essere dato avviso con comunicazione scritta della data di inizio e termine dei lavori al Servizio valutazione ambientale dell'Assessorato territorio e ambiente;

5. di limitare l'efficacia della presente valutazione positiva di compatibilità ambientale a cinque anni decorrenti dalla data della presente decisione di compatibilità ambientale;

6. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Deliberazione 21 gennaio 2010, n. 144.

Comune di SAINT-RHÉMY-EN-BOSSSES: approvazione, ai sensi dell'art. 38, comma 2 della L.R. 11/1998, di una variante alla cartografia degli ambiti inedificabili relativa alla delimitazione dei terreni a rischio di inondazioni, deliberata con provvedimento consiliare n. 26 del 29.10.2009, trasmessa alla Regione per l'approvazione in data 16.11.2009.

Omissis

LA GIUNTA REGIONALE

Esaminata la variante alla cartografia degli ambiti inedificabili relativa alla delimitazione dei terreni a rischio di inondazioni, deliberata dal comune di SAINT-RHÉMY-EN-BOSSSES con provvedimento consiliare n. 26 del 29 ottobre 2009, trasmessa alla Regione per l'approvazione in data 16 novembre 2009;

Preso atto che la Conferenza di pianificazione ha espresso, sulla scorta delle indicazioni del Dipartimento difesa del suolo e risorse idriche la propria valutazione positiva circa l'approvazione di tale variante, con decisione n. 01/2010 nel corso della riunione del 5 gennaio 2010;

3. Les travaux doivent être exécutés dans le respect des lois en vigueur en matière de prévention et de protection hygiénique et sanitaire, de protection de l'environnement contre la pollution, ainsi que de sauvegarde des zones fragiles d'un point de vue géologique et hydrogéologique ;

4. La date d'ouverture de chantier doit être communiquée par écrit au Service de l'évaluation de l'impact environnemental de l'Assessorat du territoire et de l'environnement (qui doit également être informé de la date de fermeture de chantier) ;

5. La validité du présent avis positif quant à la compatibilité avec l'environnement est limitée à une période de cinq ans à compter de la date de la présente délibération ;

6. La présente délibération est publiée au Bulletin officiel de la Région.

Délibération n° 144 du 21 janvier 2010,

portant approbation, au sens du deuxième alinéa de l'art. 38 de la LR n° 11/1998, de la variante de la cartographie des espaces inconstructibles du fait de terrains exposés au risque d'inondation adoptée par la délibération du Conseil communal de SAINT-RHÉMY-EN-BOSSSES n° 26 du 29 octobre 2009 et soumise à la Région le 16 novembre 2009.

Omissis

LE GOUVERNEMENT RÉGIONAL

Vu la variante de la cartographie des espaces inconstructibles du fait de terrains exposés au risque d'inondation adoptée par la délibération du Conseil communal de SAINT-RHÉMY-EN-BOSSSES n° 26 du 29 octobre 2009 et soumise à la Région le 16 novembre 2009 ;

Considérant que la Conférence de planification a exprimé, par sa décision n° 01/2010 du 5 janvier 2010 et suivant les indications du Département de la protection des sols et des ressources hydriques, un avis positif quant à l'approbation de ladite variante ;

Ai sensi dell'art. 38, comma 2 della legge regionale 6 aprile 1998, n. 11;

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 di legittimità rilasciato dal Coordinatore del Dipartimento territorio e ambiente in vacanza del Direttore della Direzione urbanistica, ai sensi del combinato disposto degli articoli 13, comma 1, lettera e) e 59, comma 2, della legge regionale n. 45/1995, sulla presente proposta di deliberazione;

Preso infine atto e concordato con le proposte avanzate dall'Assessore al territorio e ambiente, Manuela ZUBLENA;

Ad unanimità di voti favorevoli

delibera

1. di approvare, ai sensi dell'art. 38, comma 2 della l.r. 11/1998, la variante alla cartografia degli ambiti inedificabili relativa alla delimitazione dei terreni a rischio di inondazioni, deliberata dal comune SAINT-RHÉMY-EN-BOSES con provvedimento consiliare n. 26 del 29 ottobre 2009, trasmessa alla Regione per l'approvazione in data 16 novembre 2009, e composta dagli elaborati seguenti:

- G1 Relazione tecnica;
- Tav. G2 Carta clivometrica, planimetria su base CTR – località Marcellinaz – scala 1:5.000;
- Tav. G3 Carta dell'uso del suolo a fini geodinamici, planimetria su base CTR – località Marcellinaz – scala 1:5.000;
- Tav. G4 Carta geologica, planimetria su base CTR – località Marcellinaz – scala 1:5.000;
- Tav. G5 Carta dei dissesti, planimetria su base CTR – località Marcellinaz – scala 1:5.000;
- Tav. G8 Carta della dinamica fluviale e delle opere di difesa idraulica esistenti, planimetria su base CTR – località Marcellinaz – scala 1:5.000;
- Tav. G9 Carta dei terreni a rischio di inondazione, planimetria su base CTR – località Marcellinaz – scala 1:5.000;
- Tav. G10 Carta dei terreni a rischio di inondazione, planimetria su base catastale – località Marcellinaz – scala 1:5.000;
- Tav. G14 Carta dei terreni a rischio di inondazione, planimetria su base catastale – località Marcellinaz – scala 1:2.000;
- Carta dei terreni a rischio di inondazione, planimetria su base CTR – località Marcellinaz – scala 1:10.000;
- G9 Carta dei terreni a rischio di inondazione, planimetria su base CTR estesa a tutto il territorio – scala 1:10.000;
- G10 Tav. B Carta dei terreni a rischio di inondazione, planimetria su base catastale estesa a tutto il territorio – scala 1:5.000;
- G14 Tav. A Carta dei terreni a rischio di inondazione, planimetria su base catastale estesa a tutto il territorio – scala 1:2.000;
- G14 Tav. B Carta dei terreni a rischio di inondazione, planimetria su base catastale estesa a tutto il territorio – scala 1:2.000.

Aux termes du deuxième alinéa de l'art. 38 de la loi régionale n° 11 du 6 avril 1998 ;

Vu la délibération du Gouvernement régional n° 3702 du 18 décembre 2009 portant approbation du budget de gestion au titre de la période 2010/2012, attribution aux structures de direction des crédits et des objectifs de gestion y afférents, ainsi qu'approbation du budget de caisse 2010 et de dispositions d'application ;

Vu l'avis favorable exprimé par le coordinateur du Département du territoire et de l'environnement en l'absence du directeur de l'urbanisme, aux termes des dispositions combinées de la lettre e du premier alinéa de l'art. 13 et du deuxième alinéa de l'art. 59 de la LR n° 45/1995, quant à la légalité de la présente délibération ;

Sur proposition de l'assesseur au territoire et à l'environnement, Manuela ZUBLENA ;

À l'unanimité,

délibère

1. La variante de la cartographie des espaces inconstructibles du fait de terrains exposés au risque d'inondation adoptée par la délibération du Conseil communal de SAINT-RHÉMY-EN-BOSES n° 26 du 29 octobre 2009 et soumise à la Région le 16 novembre 2009, est approuvée, au sens du deuxième alinéa de l'art. 38 de la LR n° 11/1998. Ladite variante est composée des pièces indiquées ci-après :

2. di disporre la pubblicazione, per estratto, della presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Deliberazione 29 gennaio 2010, n. 203.

Nomina del Sig. Alberto IVALDI in sostituzione del Sig. Fabio FERRARESI quale componente della Commissione regionale per l'artigianato in rappresentanza della Direzione regionale del lavoro, costituita con DGR 1428/2008, ai sensi dell'art. 14, comma 2, lettera f bis della L.R. 30 novembre 2001, n. 34.

Omissis

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

delibera

1) di nominare, ai sensi dell'art. 14, comma 2, lettera f bis) della l.r. 30 novembre 2001, n. 34, il Sig. Alberto IVALDI – C.F. VLDLRT56P10A052X, in sostituzione del Sig. Fabio FERRARESI, quale componente della Commissione regionale per l'artigianato in rappresentanza della Direzione regionale del lavoro;

2) di dare atto che l'attuazione della presente deliberazione non comporta oneri diretti per la Regione.

Deliberazione 29 gennaio 2010, n. 213.

Determinazione del giusto prezzo medio dei terreni agricoli riferiti all'anno 2009, valido per il 2010, in applicazione dell'articolo 12 della L.R. 11 novembre 1974, n. 44, come modificato dall'articolo 34, comma 7, della L.R. 2 luglio 2004, n. 11.

Omissis

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

delibera

di determinare il giusto prezzo medio dei terreni agricoli nella Regione autonoma Valle d'Aosta riferito all'anno 2009, valido per il 2010, ai sensi della legge regionale 11 novembre 1974 n. 44, come sostituito dall'articolo 34, comma 7, della legge regionale 2 luglio 2004 n. 11, secondo il seguente prospetto:

Tipologia colturale	Prezzo ad ettaro
<i>Colture foraggere</i>	
Pascolo fertile	4.550,39
Pascolo magro	3.524,31

2. La présente délibération est publiée par extrait au Bulletin officiel de la Région.

Délibération n° 203 du 29 janvier 2010,

portant nomination de M. Alberto IVALDI en qualité de représentant de la Direction régionale de l'emploi au sein de la Commission régionale de l'artisanat, en remplacement de M. Fabio FERRARESI, au sens de la lettre f bis du deuxième alinéa de l'art. 14 de la LR n° 34 du 30 novembre 2001.

Omissis

LE GOUVERNEMENT RÉGIONAL

Omissis

délibère

1) Aux termes de la lettre f bis du deuxième alinéa de l'art. 14 de la LR n° 34 du 30 novembre 2001, M. Alberto IVALDI (code fiscal VLDLRT56P10A052X) est nommé en qualité de représentant de la Direction régionale de l'emploi au sein de la Commission régionale de l'artisanat et en remplacement de M. Fabio FERRARESI ;

2) L'application de la présente délibération ne comporte aucune dépense directe pour la Région.

Délibération n° 213 du 29 janvier 2010,

portant détermination de la valeur vénale moyenne des terrains agricoles valable pour 2010, d'après les données relatives à 2009, en application de l'art. 12 de la LR n° 44 du 11 novembre 1974, tel qu'il a été modifié par le septième alinéa de l'art. 34 de la LR n° 11 du 2 juillet 2004.

Omissis

LE GOUVERNEMENT RÉGIONAL

Omissis

délibère

Au sens de l'art. 12 de la loi régionale n° 44 du 11 novembre 1974, tel qu'il résulte du septième alinéa de l'art. 34 de la loi régionale n° 11 du 2 juillet 2004, et d'après les données relatives à 2009, la valeur vénale moyenne 2010 des terrains agricoles situés en Vallée d'Aoste est fixée comme suit :

Type de culture	Prix par hectare
<i>Cultures fourragères</i>	
Prairie fertile	4 550,39
Prairie naturelle	3 524,31

Prato asciutto	8.263,23
Prato arborato	13.619,24
Prato irriguo	11.848,33

Colture da frutto

Frutta a guscio	8.263,23
Frutteto	13.619,24
Piccoli frutti	13.619,24
Vigneto	14.807,06

Altre colture agrarie

Cereali da granella	11.848,33
Fiori	11.848,33
Ortaggi, orto familiare e patate	11.848,33
Piante medicinali e aromatiche	11.848,33
Serre	16.220,50
Vivai	11.848,33

Superfici non agrarie

Impianti da legno	4.131,10
Boschi	4.131,10
Incolto produttivo	1.303,20
Incolto sterile	172,04

ASSESSORATO BILANCIO, FINANZE E PATRIMONIO

IN APPLICAZIONE NELL'ANNO 2010

Commissione prevista dall'art. 4 della Legge regionale 2 luglio 2004, n. 11.

Valore agricolo medio dei terreni compresi nelle sette regioni agrarie della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

Pré sec	8 263,23
Pré planté d'arbres	13 619,24
Pré irrigué	11 848,33

Cultures fruitières

Fruits à coque	8 263,23
Verger	13 619,24
Petits fruits	13 619,24
Vignoble	14 807,06

Autres cultures agricoles

Céréales en grains	11 848,33
Fleurs	11 848,33
Jardin maraîcher, jardin potager familial et pommes de terre	11 848,33
Plantes médicinales et aromatiques	11 848,33
Serres	16 220,50
Pépinières	11 848,33

Surfaces non agricoles

Plantations pour la production de bois	4 131,10
Forêts	4 131,10
Terrains incultes productifs	1 303,20
Terrains incultes stériles	172,04

ASSESSORAT DU BUDGET, DES FINANCES ET DU PATRIMOINE

EN APPLICATION POUR 2010

Commission prévue par l'art. 4 de la loi régionale n° 11 du 2 juillet 2004.

Valeur agricole moyenne des terrains compris dans les sept régions agricoles de la Région autonome Vallée d'Aoste.

Tipo di coltura	Reg. Ag. n° 1	Reg. Ag. n° 2	Reg. Ag. n° 3	Reg. Ag. n° 4	Reg. Ag. n° 5	Reg. Ag. n° 6	Reg. Ag. n° 7
	Val x ha	Val x ha	Val x ha	Val x ha	Val x ha	Val x ha	Val x ha
Seminativo	5.870,94	5.150,59	8.042,72	6.005,95	6.669,20	7.552,85	4.666,24
Seminativo irriguo	11.176,28	9.585,77	17.244,20	15.233,87	11.010,44	14.022,53	22.031,65
Prato	9.073,62	6.734,56	9.033,24	9.053,89	7.940,49	7.557,99	9.167,95
Prato irriguo	10.921,41	8.702,54	24.379,08	17.045,29	25.098,24	22.881,99	16.656,95
Prato irriguo arborato	13.618,38	10.729,06	21.369,58	20.055,39	18.138,86	25.592,94	19.675,21
Prato e seminativo arborato	5.892,44	5.949,10	11.017,33	9.810,92	11.387,54	13.085,47	8.974,71
Prato e seminativo irr. arb.	13.618,38	10.729,06	21.369,58	19.782,69	18.138,86	25.592,94	19.675,21
Frutteto ed orto	18.720,14	15.205,87	34.393,23	23.684,65	21.086,58	27.224,05	24.831,71
Vigneto	12.136,47	10.763,35	38.375,47	20.868,35	29.343,30	37.911,95	18.330,56
Castagneto da frutto	3.194,19	2.600,53	4.115,50	3.763,59	3.542,91	3.000,13	2.797,35
Pascolo	1.386,33	1.583,44	1.609,73	1.425,57	964,11	939,54	1.113,53
Pascolo cespugliato	869,33	589,45	575,29	838,94	717,36	650,83	790,28
Bosco Alto Fusto	3.799,39	2.831,34	3.686,77	2.692,79	2.843,39	2.168,69	2.777,13
Bosco Ceduo	2.589,56	1.890,75	4.069,51	3.058,44	3.044,22	3.143,36	2.495,36
Bosco Misto	2.021,97	2.403,69	3.216,89	2.159,12	1.820,91	1.945,81	2.844,22
Incolto produttivo	187,67	250,50	204,83	216,87	211,89	178,93	155,07
Incolto sterile	101,39	101,39	101,39	101,39	101,39	101,39	101,39

N.B.: I valori sono riferiti all'anno 2009 ed hanno applicazione nell'anno 2010

Il prato irriguo è da considerarsi la coltura più redditizia in tutte e sette le regioni agrarie.

Aosta, 18 gennaio 2010.

Il Segretario
FILIPPINI

Il Presidente
RIGONE

N.D.R.: La traduzione del presente atto è stata redatta a cura della Redazione del Bollettino Ufficiale.

ATTI EMANATI DA ALTRE AMMINISTRAZIONI

Comune di GIGNOD. Decreto 25 gennaio 2010, n. 1.

Acquisizione al patrimonio comunale dei beni immobili occupati in assenza del valido provvedimento ablatorio dall'attuale tracciato della strada comunale in fraz. Véfán e in fraz. Arliod. (Articolo n. 43 del D.P.R. n. 327/2001 e successive modificazioni ed integrazioni).

IL RESPONSABILE
DELL'UFFICIO PER LE ESPROPRIAZIONI

Omissis

decreta

N.B. : Les valeurs se rapportent à 2009 et sont appliqués en 2010.

Le pré irrigué est le type de culture le plus rentable dans l'ensemble des zones agricoles.

Fait à Aoste, le 18 janvier 2010.

Le secrétaire,
Angelo FILIPPINI

Le président,
Carla RIGONE

N.D.R. : Le présent acte a été traduit par les soins de la rédaction du Bulletin officiel.

ACTES ÉMANANT DES AUTRES ADMINISTRATIONS

Commune de GIGNOD. Acte n° 1 du 25 janvier 2010,

portant intégration au patrimoine de la Commune de GIGNOD des biens immeubles occupés par le tracé de la route communale à Véfán et à Arliod sans qu'aucun acte ait été pris, au sens de l'art. 43 du DPR n° 327/2001 modifié et complété.

LE RESPONSABILE
DU BUREAU DES EXPROPRIATIONS

Omissis

décide

L'acquisizione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 43 del D.P.R. 8 giugno 2001, n. 327, al patrimonio comunale gli immobili sottoelencati in forza dell'irreversibile occupazione degli stessi, e sono determinati i seguenti risarcimenti danni:

- 1 Foglio 33 mappale 871 di mq 18 – Pascolo, intestato a:
STELLINO Mery
nata a AOSTA il 28.08.1952
STLMRY52M68A326F
Residente in fraz. La Bedegaz, 5 – 11010 GIGNOD (AO). Prop. 1/1
• Indennizzo: € 395,11
- 2 Foglio 33 mappale 873 di mq 14 – Fabbr. rurale, intestato a:
DE BARBA Pierina
nata a ARSIERO il 25.11.1940
DBRPRN40S65A444K
Residente in via Archimede, 4 – 20010 S. STEFANO TICINO (MI). Prop. 1/2
LOMBARDI Bruno
nato a MILANO il 22.04.1942
LMBBRN42D22F205I
Residente in via Archimede, 4 – 20010 S. STEFANO TICINO (MI). Prop. 1/2
• Indennizzo: € 307,30
- 3 Foglio 33 mappale 874 di mq 8 – Area Urbana, intestato a:
DE BARBA Pierina
nata a ARSIERO il 25.11.1940
DBRPRN40S65A444K
Residente in via Archimede, 4 – 20010 S. STEFANO TICINO (MI). Prop. 1/4
LOMBARDI Bruno
nato a MILANO il 22.04.1942
LMBBRN42D22F205I
Residente in via Archimede, 4 – 20010 S. STEFANO TICINO (MI). Prop. 1/4
BALZAROTTI Enzo
nato a MILANO il 09.07.1942
BLZNZE42L09F205D
Residente in via Massimo d'Azeglio, 26/28 – 20010 CORNAREDO (MI). Prop. 1/4
SINATRA Maria Grazia
nata a MILANO il 11.04.1949
SNTMGR49D51F205G
Residente in via Massimo d'Azeglio, 26/28 – 20010 CORNAREDO (MI). Prop. 1/4
• Indennizzo: € 175,60
- 4 Foglio 33 mappale 875 di mq 15 – Area Urbana, intestato a:
ROLLIN Lorenza
nata a GIGNOD il 02.09.1925
RLLLNZ25P42E029Z
Residente in V.le Gran San Bernardo, 37 – 11100 AOSTA (AO). Prop. 1/1
• Indennizzo: € 329,25

Les biens immeubles indiqués ci-après sont intégrés au patrimoine de la Commune de GIGNOD, au sens de l'art. 43 du DPR n° 327 du 8 juin 2001, du fait de leur occupation irréversible, et les ayants droit sont dédommagés comme suit :

- 5 Foglio 33 mappale 863 di mq 13 – Fabbr. rurale, Foglio 33 mappale 867 di mq 13 – Prato irriguo, intestati a:
CULLET Remo Venanzio
nato a GIGNOD il 17.08.1950
CLLRVN50M17E029H
Residente in Reg. Bioula, 14 – 11100 AOSTA (AO). Prop. 1/1
• Indennizzo: € 570,70
- 6 Foglio 33 mappale 869 di mq 16 – Prato irriguo, intestato a:
BONETTI Francesca Angela
nata a LOVERE il 31.05.1970
BNTFNC70E71E704N
Residente in fraz. Véfán, 22 – 11010 GIGNOD (AO). Prop. 1/4
PINELLI Eugenio
nato a AOSTA il 28.10.1969
PNLGNE69R28A326X
Residente in fraz. Véfán, 22 – 11010 GIGNOD (AO). Prop. 1/4
PINELLI Paolo
nato a AOSTA il 03.11.1971
PNLPLA71S03A326W
Residente in fraz. Véfán, 22/A – 11010 GIGNOD (AO). Prop. 2/4
• Indennizzo: € 351,20
- 7 Foglio 33 mappale 865 di mq 8 – Terreno, intestato a:
HENRIET Roberto
nato a AOSTA il 24.04.1939
HNRRRT39D24A326K
Residente in fraz. Véfán, 16/B – 11010 GIGNOD (AO). Prop. 1/1
• Indennizzo: € 175,60
- 8 Foglio 36 mappale 749 di mq 45 – Prato irr. ar., intestato a:
FAZARI Cosimo
nato a SAN GIORGIO MORGETO il 02.01.1953
FZRCSM53A02H889T
Residente in fraz. Entrebin, 18/C – 11100 AOSTA (AO). Prop. 1/1
• Indennizzo: € 969,67
- 9 Foglio 36 mappale 751 di mq 24 – Prato irr. ar., Foglio 36 mappale 756 di mq 5 – Prato irr. ar., intestati a:
CASASSA Davide
nato a AOSTA il 29.12.1964
CSSDVD64T29A326B
Residente in fraz. Arliod, 11/C – 11010 GIGNOD (AO). Prop. 1/1

- Indennizzo: € 624,90
- 10 Foglio 36 mappale 753 di mq 57 – Prato ir. ar.,
Foglio 36 mappale 758 di mq 78 – Prato tr. ar.,
Foglio 36 mappale 790 di mq 8 – Area Urbana,
Foglio 36 mappale 760 di mq 4 – Semin. arbor.,
intestati a:
CASASSA Romano
nato a AOSTA il 23.12.1931
CSSRMN31T23A326I
Residente in fraz. Arliod, 13 – 11010 GIGNOD (AO).
Prop. 1/1
- Indennizzo: € 3.167,59
- 11 Foglio 36 mappale 754 di mq 1 – Ente Urb,
intestato a:
CASASSA Davide
nato a AOSTA il 29.12.1964
CSSDVD64T29A326B
Residente in fraz. Arliod, 11/C – 11010 GIGNOD (AO).
Prop. 1/2
CASASSA Romano
nato a AOSTA il 23.12.1931
CSSRMN31T23A326I
Residente in fraz. Arliod, 13 – 11010 GIGNOD (AO).
Prop. 1/2
- Indennizzo: € 21,54
- 12 Foglio 36 mappale 762 di mq 8 – Semin. arbor.,
Foglio 36 mappale 398 di mq 3 – Prato irr. ar.,
Foglio 36 mappale 393 di mq 2 – Fabbr. rurale,
Foglio 36 mappale 767 di mq 36 – Semin. arbor.,
Foglio 36 mappale 769 di mq 6 – Prato irriguo,
intestati a:
CASASSA Giuseppe Longino
nato a AOSTA il 14.09.1930
CSSGPP30P14A326Z
Residente in fraz. Champ-Lorensal, 31 – 11010 GIGNOD (AO). Prop. 1/1
- Indennizzo: € 1.185,15
- 13 Foglio 36 mappale 763 di mq 2 – Ente Urb,
intestato a:
Foglio 36 mappale 789 di mq 39 – Ente Urb,
intestato a:
GALLO Giovanni
nato a ROGLIANO il 19.10.1972
GLLGNN72R19H490O
Residente in fraz. Arliod, 15 – 11010 GIGNOD (AO).
Prop. 1/1
- Indennizzo: € 883,48
- 14 Foglio 36 mappale 771 di mq 74 – Prato irriguo,
Foglio 36 mappale 776 di mq 2 – Fabbr. rurale,
intestati a:
HENRIET Virginio Domenico
nato in Svizzera il 11.04.1969
HNRVGN69D11Z133Y
Residente in fraz. Arliod, 30 – 11010 GIGNOD (AO).
Prop. 1/2
VIGLINO Eufrosina
nata a GIGNOD il 05.08.1951
- VGLFSN51M45E029X
Residente a . Prop. 1/2
- Indennizzo: € 1.637,66
- 15 Foglio 36 mappale 778 di mq 7 – Prato,
intestato a:
HENRIET Virginio Domenico
nato in Svizzera il 11.04.1969
HNRVGN69D11Z133Y
Residente in fraz. Arliod, 30 – 11010 GIGNOD (AO).
Prop. 1/1
- Indennizzo: € 150,84
- 16 Foglio 36 mappale 782 di mq 20 – Seminativo,
intestato a:
DEDOR Diego
nato a AOSTA il 25.12.1977
DDRDMI77T25A326R
Residente in fraz. Arliod, 13/E – 11010 GIGNOD (AO).
Prop. 1/2
TRIONE Monique
nata a CASTELLAMONTE il 11.08.1976
TRNMNQ76M51C133B
Residente in fraz. Arliod, 13/E – 11010 GIGNOD (AO).
Prop. 1/2
- Indennizzo: € 430,96
- 17 Foglio 36 mappale 791 di mq 3 – Fabbr. prom.,
intestato a:
HENRIET Anita
nata a GIGNOD il 05.08.1951
HNRNTA51M45E029M
Residente in fraz. ARPUILLES CAPOLUOGO – 11100
AOSTA (AO). Prop. 1/3
CURTAZ Andrea
nato a AOSTA il 25.08.1968
CRTNDR68M25A326X
Residente in via Martiri della Resistenza, 9 – 53022
BUONCONVENTO (AI). Prop. 1/3
CURTAZ Sonia
nata a AOSTA il 08.09.1969
CRTSNO69P48A326G
Residente in fraz. Signayes, 7 – 11100 AOSTA (AO).
Prop. 1/3
- Indennizzo: € 64,64
- 18 Foglio 36 mappale 786 di mq 18 – Fabbr. rurale,
intestato a:
VIGLINO Roberto
nato a AOSTA il 10.09.1968
VGLRRT68P10A326M
Residente in fraz. Predumaz Falcoz, 26 – 11010
SAINT-RHÉMY-EN-BOSSES. Prop. 1/1
- Indennizzo: € 387,87
- 19 Foglio 36 mappale 788 di mq 12 – Semin. arbor.,
intestato a:
MOSSONI Ezio
nato a AOSTA il 11.07.1955
MSSZEI55L11A326H
Residente in p.zza Chanoux, 21 – 11100 AOSTA. Prop.
1/1 (Nuda Prop.)

- VIGLINO Elvira
nata a AOSTA il 29.03.1934
VGLLVR34C36A326V
Residente in p.zza Chanoux, 21 – 11100 AOSTA. Prop.
1/1 (Usufrutto)
- Indennizzo: € 258,58
- 20 Foglio 36 mappale 793 di mq 5 – Ente Urb.,
intestato a:
CURTAZ Andrea
nato a AOSTA il 25.08.1968
CRTNDR68M25A326X
Residente in via Martiri della Resistenza, 9 – 53022
BUONCONVENTO (AI). Prop. 1/2
CURTAZ Sonia
nata a AOSTA il 08.09.1969
CRTSNO69P48A326G
Residente in fraz. Signayes, 7 – 11100 AOSTA (AO).
Prop. 1/2
- Indennizzo: € 107,74
- 21 Foglio 36 mappale 774 di mq 7 – Fr div. sub.,
intestato a:
HENRIET Virginio Domenico
nato in Svizzera il 11.04.1969
HNRVGN69D11Z133Y
Residente in fraz. Arliod, 30 – 11010 GIGNOD (AO).
Prop. 2/3
VIGLINO Eufrosina
nata a GIGNOD il 05.08.1951
VGLFSN51M45E029X
Prop. 1/3
- Indennizzo: € 150,84
- 22 Foglio 36 mappale 780 di mq 5 – Seminativo,
intestato a:
CURTAZ Elda
nato a AOSTA il 18.07.1939
CRTLDE39L58A326W
Residente a . Prop. 1/1 (Nuda proprietà)
ROLLANDIN Emma
nata a GIGNOD il 18.10.1911
RLLMME11R58E029O
Residente a . Prop. 1/1 (Usufrutto)
- Indennizzo: € 107,74
- 23 Foglio 36 mappale 109 di mq 29 – fabbr rurale,
intestato a:
VIGLINO Beniamina
nata a GIGNOD il 15.11.1908
VGLBMN08S55E029P
- Indennizzo: € 624,90
- 24 Foglio 36 mappale 792 di mq 4 – Fabbr. prom.,
intestato a:
CHENEY Lea
nata a SAINT-CHRISTOPHE il 04.05.1923
CHNLEA23E44H669B
Residente in via Trottechien, 35 – 11100 AOSTA. Prop.
1/6
HENRIET Anita
nata a GIGNOD il 05.08.1951
HNRNTA51M45E029M
Residente in fraz. Arpuilles Capoluogo – 11100
AOSTA (AO). Prop. 1/6
SEGATO Dilva
nata a AOSTA il 17.05.1942
SGTDLV42E57A326W
Residente in Via delle Betulle, 1 – 11100 AOSTA
(AO). Prop. 1/6
SEGATO Raffaella
nata a AOSTA il 20.05.1945
SGTRFL45E60A326X
Residente in via Zimmermann, 3 – 11100 AOSTA
(AO). Prop. 1/6
CURTAZ Andrea
nato a AOSTA il 25.08.1968
CRTNDR68M25A326X
Residente in via Martiri della Resistenza, 9 – 53022
BUONCONVENTO (AI). Prop. 1/6
CURTAZ Sonia
nata a AOSTA il 08.09.1969
CRTSNO69P48A326G
Residente in fraz. Signayes, 7 – 11100 AOSTA (AO).
Prop. 1/6
- Indennizzo: € 86,22

Di notificare il presente atto a cura del messo notificatore a tutti i proprietari nelle forme degli atti processuali civili e trasmesso, senza indugio, per la registrazione presso l'Ufficio dei Registri Immobiliari, per la trascrizione presso il competente Servizio di Pubblicità Immobiliare e presso l'Agenzia del Territorio per la voltura catastale. Una copia sarà inoltre trasmessa all'ufficio regionale per le espropriazioni;

Di disporre il pagamento ai proprietari dei risarcimenti danni sopra determinati entro 30 giorni dalla data del presente Decreto;

Avverso il presente Decreto può essere opposto ricorso

Le présent acte est notifié par l'huissier aux propriétaires concernés dans les formes prévues pour les actes relevant de la procédure civile et est transmis, sans délai, à la Recette des Impôts en vue de son enregistrement et à l'Agence du territoire en vue de sa transcription (Service de la publicité foncière) et de l'inscription au cadastre du transfert du droit de propriété (Services généraux et cadastraux). Une copie du présent acte est par ailleurs transmise au bureau régional chargé des expropriations.

Les sommes indiquées ci-dessus sont versées aux propriétaires concernés à titre de dédommagement dans les 30 jours qui suivent la date du présent acte.

Tout recours peut être introduit contre le présent acte

al competente Tribunale Amministrativo Regionale entri i termini di legge.

Gignod, 25 gennaio 2010.

Il Responsabile
Ufficio espropriazioni
Segretario comunale
VICQUERY

Comune di GRESSAN.

Approvazione modifiche allo Statuto comunale.

Si rende noto che, con deliberazione del Consiglio comunale n. 6 del 28 gennaio 2010, l'art. 19 dello Statuto comunale, approvato in data 27 giugno 2001 e successive modificazioni, è stato così sostituito:

«Art. 19
Nomina e composizione della Giunta

- 1 Nella prima seduta successiva all'elezione del Consiglio Comunale, dopo la convalida degli eletti, il Consiglio Comunale nomina su proposta del Sindaco la Giunta, ad eccezione del Vice Sindaco, ed approva gli indirizzi generali di governo comprendenti anche i criteri per la nomina di rappresentanti del Comune.
- 2 Le votazioni di cui al comma 1 hanno luogo per scrutinio palese a maggioranza assoluta dei componenti assegnati al Consiglio e, dopo il secondo scrutinio, a maggioranza dei presenti. La votazione dei componenti la Giunta si effettua esprimendo un «SI'» o un «NO» sulla proposta complessiva formulata dal Sindaco.
- 3 La Giunta Comunale è l'organo esecutivo di governo del Comune ed è composta dal Sindaco che la presiede, dal Vice Sindaco e da un numero di assessori variabile da tre a cinque, compreso il vice sindaco.
- 4 Possono essere nominati assessori cittadini non facenti parte del Consiglio purché in possesso dei requisiti di eleggibilità e di compatibilità alla carica di consigliere ed in possesso di specifiche competenze tecniche ed amministrative. Tali assessori partecipano al Consiglio senza diritto di voto, per illustrare argomenti concernenti la propria delega ed hanno diritto, come i consiglieri, di accedere ad informazioni e di depositare proposte rivolte al Consiglio.
- 5 Il consiglio comunale, su proposta motivata del sindaco, può revocare uno o più assessori. La proposta di revoca deve essere deliberata, ed eventualmente accolta, a scrutinio palese e con il voto favorevole della maggioranza assoluta dei componenti del consiglio, entro trenta giorni dal deposito della proposta nella segreteria comunale.

auprès du tribunal administratif régional dans les délais prévus par la loi.

Fait à Gignod, le 25 janvier 2010.

Le secrétaire communal,
en sa qualité de responsable
du Bureau des expropriations,
Sergio VICQUÉRY

Commune de GRESSAN.

Approbation de modifications des statuts communaux

Avis est donné du fait qu'aux termes de la délibération du Conseil communal n° 6 du 28 janvier 2010, l'art. 19 des statuts communaux approuvés le 27 juin 2001, modifiés, est remplacé comme suit :

« Art. 19
Nomination et composition de la Junte

1. Au cours de sa première séance et après la validation de l'élection des conseillers, le Conseil communal nomme la Junte, à l'exception du vice-syndic, sur proposition du syndic et approuve les orientations politiques générales, ainsi que les critères de nomination des représentants de la Commune.
2. Aux fins visées au premier alinéa du présent article, le vote a lieu au scrutin public et s'exprime par un « oui » ou par un « non » au sujet de la proposition globale formulée par le syndic. Les membres de la Junte sont élus à la majorité absolue des conseillers attribués à la Commune et, après le deuxième tour, à la majorité des présents.
3. La Junte est l'organe exécutif de la Commune et est composée du syndic, qui la préside, du vice-syndic et d'un nombre d'assesseurs allant de trois à cinq, y compris le vice-syndic.
4. Peuvent être nommés assesseurs les citoyens ne faisant pas partie du Conseil, sous réserve qu'ils remplissent les conditions d'éligibilité et de compatibilité requises pour exercer les fonctions de conseiller et qu'ils justifient des compétences techniques et administratives nécessaires. Aux fins de l'illustration des sujets de leur ressort, les assesseurs ainsi nommés participent aux séances du Conseil sans prendre part au vote. Par ailleurs, ils ont le droit, tout comme les conseillers, d'accéder aux informations dont la Commune peut disposer, ainsi que de soumettre des propositions au Conseil.
5. Le Conseil communal peut révoquer un ou plusieurs assesseurs, sur proposition motivée du syndic. La révocation doit être décidée au scrutin public et à la majorité absolue des membres du Conseil, et éventuellement acceptée par l'intéressé, dans les trente jours qui suivent le dépôt de la demande de révocation au secrétariat de la Commune.

6 Alla sostituzione dei componenti dimissionari, decaduti o revocati dal consiglio, su proposta motivata del sindaco, oppure cessati dall'ufficio per altra causa, provvede il consiglio, su proposta del sindaco, con le medesime modalità di votazione del precedente comma 2, entro trenta giorni dalla vacanza.

7 La nomina e la revoca devono essere immediatamente comunicate all'interessato con mezzi adeguati e dal medesimo accettata.»

Gressan, 1° febbraio 2010.

Il Sindaco
IMPERIAL

Comune di SAINT-PIERRE. Decreto 3 febbraio 2010, n. 1.

Decreto di esproprio a favore del Comune di SAINT-PIERRE degli immobili occorrenti per i lavori di ristrutturazione svincolo Est sulla S.S. n. 26 con la formazione di una rotatoria (dal Km 109,365 al Km 109,465).

IL SEGRETARIO COMUNALE
IN QUALITÀ DI RESPONSABILE
DELL'AREA TECNICO-MANUTENTIVA

Omissis

decreta

Di disporre a favore del Comune di SAINT-PIERRE l'espropriazione degli immobili di seguito descritti, necessari all'esecuzione dei lavori di ristrutturazione svincolo Est sulla S.S. n. 26 con la formazione di una rotatoria (dal Km 109,365 al Km 109,465) determinando per ciascun mappale la misura dell'indennità provvisoria di esproprio da offrire alle ditte sotto riportate:

NUOVO CATASTO TERRENI
DEL COMUNE CENSUARIO DI SAINT-PIERRE

DITTA n. 1

- SEMINARIO VESCOVILE DI AOSTA (proprietario per 1000/1000)
C.F. : 80001150079
Fg. 40 – map. 669 (ex 364/b) di mq 370 – Colt. – Pri – Zona PRGC – Ea1
Indennità: € 610,21

Di disporre altresì la notifica, per estratto, del presente decreto a ciascun proprietario;

Di disporre inoltre il trasferimento dei diritti di proprietà a favore del Comune di SAINT-PIERRE;

6. Les remplaçants des assesseurs démissionnaires, démissionnaires d'office ou révoqués de leurs fonctions par le Conseil sur proposition motivée du syndic, ainsi que les remplaçants des assesseurs ayant cessé leurs fonctions pour toute autre cause, sont élus par le Conseil, sur proposition du syndic, suivant les modalités prévues par le deuxième alinéa du présent article, et ce, dans les trente jours suivant la vacance.

7. Toute nomination ou révocation doit être communiquée sans délai et par les moyens les plus appropriés à l'intéressé, qui doit l'accepter. »

Fait à Gressan, le 1^{er} février 2010.

Le syndic,
Mirco IMPÉRIAL

Commune de SAINT-PIERRE. Acte n° 1 du 3 février 2010,

portant expropriation, en faveur de la Commune de SAINT-PIERRE, des biens immeubles nécessaires à la réalisation, du PK 109+365 au PK 109+465, des travaux de remise en état de l'embranchement « Est » de la RN n° 26 et de réalisation d'un giratoire.

LE SECRÉTAIRE COMMUNAL,
EN SA QUALITÉ DE RESPONSABILE DE
L'AIRE TECHNIQUE ET DE L'ENTRETIEN

Omissis

décide

Les biens immeubles indiqués ci-après, nécessaires à la réalisation, du PK 109+365 au PK 109+465, des travaux de remise en état de l'embranchement « Est » de la RN n° 26 et de réalisation d'un giratoire, sont expropriés en faveur de la Commune de Saint-Pierre ; les indemnités provisoires d'expropriation à verser aux propriétaires concernés sont fixées comme suit :

NOUVEAU CADASTRE DES TERRAINS
DE LA COMMUNE DE SAINT-PIERRE

DITTA n. 2

- ROSSAN Mario (proprietario per 1000/1000)
nato a VILLENEUVE l'11.06.1939
C.F. : RSS MRA 39H11 L981C
rue de la Liberté n. 61 – 11010 SAINT-PIERRE
Fg. 40 – map. 670 (ex 37/c) di mq 152 – Colt. – Pri – Zona PRGC – Ea1
Indennità: € 250,68

Un extrait du présent acte est notifié aux propriétaires concernés ;

Le transfert du droit de propriété des biens en cause est opéré en faveur de la Commune de SAINT-PIERRE ;

Di dare atto che il presente decreto è eseguito mediante immissione in possesso del bene espropriato da parte del Comune di SAINT-PIERRE con la redazione dei verbali di cui all'art. 20 della L.R. 11/2004;

Di dare atto, poi, che in caso di accettazione e di cessione volontaria dei terreni interessati, l'indennità provvisoria di espropriazione sarà soggetta alle maggiorazioni prescritte dalla legislazione in materia;

Di dare atto, ancora, che in caso di non accettazione, l'indennità di secondo grado è determinata dalla Commissione regionale per le espropriazioni e che contro tale determinazione è proponibile l'opposizione alla stima dinanzi alla Corte di Appello di TORINO;

Di dare atto, infine, che dopo la trascrizione del presente decreto, tutti i diritti relativi al bene espropriato possono essere fatti valere unicamente sull'indennità.

Il Segretario comunale
in qualità di Responsabile
dell'area tecnico-manutentiva
DUPONT

Comune di VERRAYES. Deliberazione 29 gennaio 2010, n. 6.

Approvazione variante non sostanziale al PRGC in Loc. Heré.

IL CONSIGLIO COMUNALE

Omissis
delibera

1) Di dare atto che con deliberazione del Consiglio comunale n. 32 in data 29 ottobre 2009 è stato approvato il progetto preliminare ed è stata contestualmente adottata variante al P.R.G.C. ai sensi dell'art. 31, comma 1 della legge regionale 6 aprile 1998, n. 11;

2) Di approvare la variante non sostanziale al P.R.G.C. già adottata con deliberazione del Consiglio comunale n. 21 in data 9 settembre 2008;

3) Di dare atto, a seguito della variante approvata, la destinazione dell'area oggetto dell'intervento, come definita negli allegati grafici allegati alla presente deliberazione, ad oggi classificata parte «A5», e «E», diverrà destinata a strada e parcheggio;

4) Di dare atto che la variante non sostanziale di cui è oggetto risulta coerente al P.T.P.;

5) Di dare atto che, ai sensi dell'art. 16, comma 3 della legge regionale 6 aprile 1998, n. 11, la variante assume efficacia con la pubblicazione del presente atto nel Bollettino ufficiale della Regione;

Aux termes de l'art. 20 de la LR n° 11/2004, lors de l'exécution du présent acte, il est dressé procès-verbal de la prise de possession des biens expropriés par la Commune de SAINT-PIERRE ;

En cas d'acceptation de l'indemnité proposée et de cession volontaire des biens immeubles en question, l'indemnité provisoire d'expropriation fait l'objet des majorations prévues par les lois en vigueur en la matière ;

En cas de non-acceptation de l'indemnité proposée, l'indemnité est fixée en deuxième degré par la Commission régionale des expropriations et tout recours peut être introduit contre ladite décision auprès de la Cour d'appel de TURIN ;

Après la transcription du présent acte, les droits relatifs aux biens immeubles expropriés sont reportés sur les indemnités y afférentes.

Le secrétaire communal,
en sa qualité de responsable
de l'aire technique et de l'entretien,
Vittorio Paolo DUPONT

Commune de VERRAYES. Délibération n° 6 du 29 janvier 2010,

portant approbation de la variante non substantielle du PRGC concernant le territoire de Heré.

LE CONSEIL COMMUNAL

Omissis
délibère

1) La délibération du Conseil communal n° 32 du 29 octobre 2009 a approuvé l'avant-projet de la variante du PRGC et a adopté ladite variante, au sens du premier alinéa de l'art. 31 de la loi régionale n° 11 du 6 avril 1998 ;

2) La variante non substantielle du PRGC adoptée par la délibération du Conseil communal n° 21 du 9 septembre 2008 est approuvée ;

3) À la suite de l'approbation de la variante en cause, la zone concernée par les travaux, telle qu'elle figure aux annexes graphiques de la présente délibération, n'est plus classée comme zone A5 et E, mais elle est destinée à l'aménagement d'une route et d'un parking ;

4) La variante non substantielle en question n'est pas en contraste avec les dispositions du PTP ;

5) Aux termes du troisième alinéa de l'art. 16 de la loi régionale n° 11 du 6 avril 1998, la variante en cause déploie ses effets à compter de la date de publication de la présente délibération au Bulletin officiel de la Région ;

6) Di dare atto che, ai sensi dell'art. 8, comma 2 della legge regionale 2 luglio 2004, n. 11, il vincolo preordinato all'esproprio risulta apposto all'efficacia del presente atto;

7) Di demandare ai preposti uffici comunali la trasmissione della presente deliberazione alla struttura regionale competente in materia di urbanistica ai sensi dell' art. 16, comma 3 della legge regionale 6 aprile 1998, n. 11;

8) Di demandare ai preposti uffici comunali la pubblicazione del presente atto nel Bollettino ufficiale della Regione ai sensi dell' art. 16, comma 3 della legge regionale 6 aprile 1998, n. 11

Di controdedurre come segue alle osservazioni prodotte dalla Regione Autonoma Valle d'Aosta – Direzione Urbanistica con nota 13764/TA in data 11 dicembre 2009, pervenuta al ns. prot, n. 7578 in data 15 dicembre 2009:

- o «in virtù delle finalità del PTP che persegue l'obiettivo di tutelare e valorizzare l'identità del paesaggio, di renderne evidenti e fruibili i valori e di assicurare la stabilità ecologica, si esprimono perplessità in merito all'individuazione, a parte della suddetta variante, di un tracciato stradale che andrà ad occupare buoni terreni agricoli senza che ne sia, quantomeno, motivata la necessità. Si ritiene pertanto che la viabilità di completamento a servizio della località Heré Dessus avrebbe potuto prevedere soltanto il prolungamento dell'attuale strada, con spazi di manovra adeguati, fino a servire gli edifici più lontani della zona A: in tal modo lo sfruttamento di terreno libero si sarebbe limitato ad una zona più ridotta di quella interessata dal tracciato di variante».
- o «si ricorda che, a prescindere dalla scelta di tracciato, la nuova viabilità introdotta con la presente variante al PRG vigente, al fine della sua applicabilità dovrà essere recepita anche nella variante generale di adeguamento contestualmente all'adozione del relativo testo definitivo per non incorrer nelle misure di salvaguardia previste dall'art. 20 della l.r. 11/1998».

6) Au sens du deuxième alinéa de l'art. 8 de la loi régionale n° 11 du 2 juillet 2004, la servitude préjudant à l'expropriation des biens concernés produit ses effets à compter de la date d'effectivité de la présente délibération ;

7) Les bureaux communaux sont chargés de transmettre la présente délibération à la structure régionale compétente en matière d'urbanisme, aux termes du troisième alinéa de l'art. 16 de la loi régionale n° 11 du 6 avril 1998 ;

8) Les bureaux communaux compétents sont chargés de la publication de la présente délibération au Bulletin officiel de la Région, au sens du troisième alinéa de l'art. 16 de la loi régionale n° 11 du 6 avril 1998.

Il est répondu comme suit aux observations formulées par la Direction de l'urbanisme de la Région autonome Vallée d'Aoste dans la lettre du 11 décembre 2009, réf. n° 13764/TA, parvenue le 15 décembre 2009 et enregistrée sous le n° 7578 :