

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE
Carlo PERRIN

IL DIRIGENTE ROGANTE
Livio SALVEMINI



Région autonome Vallée d'Aoste
Regione Autonoma Valle d'Aosta

Gouvernement régional
Giunta regionale

REFERTO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia della presente deliberazione è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal _____ per quindici giorni consecutivi.

Aosta, lì _____

IL DIRIGENTE
Dott. Giovanni Michele FRANCILOTTI

Verbale di deliberazione adottata nell'adunanza in data 26 aprile 2004

In Aosta, il giorno ventisei (26) del mese di aprile dell'anno duemilaquattro con inizio alle ore otto e quaranta minuti, si è riunita, nella consueta sala delle adunanze sita al secondo piano del palazzo della Regione - Piazza Deffeyes n. 1,

LA GIUNTA REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA

Partecipano alla trattazione della presente deliberazione :

Il Presidente della Regione Sig. Carlo PERRIN

e gli Assessori

Sig. Piero FERRARIS

Sig. Luciano CAVERI

Sig. Alberto CERISE

Sig.a Teresa CHARLES

Sig. Antonio FOSSON

Sig. Aurelio MARGUERETTAZ

Sig. Roberto VICQUERY

Svolge le funzioni rogatorie il Dirigente della Segreteria della Giunta regionale, Sig. Livio SALVEMINI

E' adottata la seguente deliberazione:

N° **1232** OGGETTO :

APPROVAZIONE DEL MANUALE CONTENENTE LE MODALITA' ED I TERMINI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE E DELLE ATTIVITA' 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. 4021 IN DATA 9 NOVEMBRE 1998.

LA GIUNTA REGIONALE

Richiamati gli articoli *8-bis*, *8-ter* e *8-quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419;

Richiamato l'articolo *8-quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, che stabilisce che la Regione provvede, fra l'altro, al rilascio dell'accREDITAMENTO alle strutture pubbliche e private autorizzate all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie che ne facciano richiesta subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale ed alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;

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

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 4021 in data 9 novembre 1998 recante approvazione di indirizzi e di procedure per l'accertamento e la verifica dei requisiti minimi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, nonché per l'accREDITAMENTO di strutture sanitarie pubbliche e private di professionisti che erogano prestazioni sanitarie ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

Richiamata la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni recante norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del servizio sociosanitario regionale;

Richiamato in particolare l'articolo 38, comma 3, della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni che prevede che all'accREDITAMENTO delle strutture pubbliche o private e dei professionisti che ne facciano richiesta provvede la Giunta regionale, ai sensi delle vigenti disposizioni statali e regionali in materia, attraverso procedura diretta a valutare la presenza, la rispondenza e la permanenza dei requisiti ulteriori di qualificazione, dell'attività svolta, dei risultati quali-quantitativi raggiunti e dei fattori impiegati dalla struttura o soggetto autorizzato, pubblico o privato, rispetto a standard, finalità e fabbisogni di assistenza stabiliti dalla Giunta stessa in conformità agli indirizzi della programmazione sanitaria e socio-assistenziale regionale per assicurare i livelli essenziali ed appropriati di assistenza, nonché il miglioramento continuo della qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate;

Richiamato altresì l'articolo 38, comma 4, della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5, e successive modificazioni che stabilisce che all'attività di istruttoria per il rilascio dell'accREDITAMENTO di cui al comma 3 provvede la struttura regionale competente in materia di sanità, salute e politiche sociali, in collaborazione con le strutture dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, avvalendosi di personale con specifica formazione professionale o di personale con specifiche capacità professionali in rapporto ai compiti di accertamento e valutazione da svolgere;

Richiamata la legge regionale 4 settembre 2001, n. 18 recante approvazione del piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004 che provvede, tra l'altro, all'individuazione complessiva della quantità e della qualità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie svolte dalle strutture pubbliche e private regionali per il soddisfacimento dei bisogni di salute conosciuti della popolazione regionale;

Richiamati i capi I e II della legge regionale 2 luglio 1999, n. 18 recante "Nuove disposizioni in materia di procedimento amministrativo, di diritto di accesso ai documenti amministrativi e di dichiarazioni sostitutive. Abrogazione della legge regionale 6 settembre 1991, n. 59." con particolare riferimento agli articoli 3 e 6 relativi, rispettivamente, alla fissazione dei termini di conclusione dei procedimenti amministrativi ed all'individuazione del responsabile del procedimento;

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 3381 in data 16 settembre 2002 recante approvazione del programma regionale per la qualità per il triennio 2002-2004, ai sensi della legge regionale 4 settembre 2001, n. 18 recante approvazione del Piano socio-sanitario regionale;

Richiamato in particolare il punto 2.2.1.2. del programma regionale per la qualità per il triennio 2002-2004, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 3381 in data 16 settembre 2002, che stabilisce che l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta provveda - entro la fine del corrente anno - alla presentazione dell'istanza di accreditamento prevista dai punti 13 e 14 della deliberazione della Giunta regionale n. 4021 in data 9 novembre 1998;

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 3893 in data 21 ottobre 2002 recante approvazione delle modalità e dei termini per il rilascio di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di attività sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative, ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e revoca delle deliberazioni della Giunta regionale n. 2037 in data 19 giugno 2000 e n. 2639 in data 7 agosto 2000;

Dato atto che il rilascio di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, costituisce presupposto amministrativo per l'accredimento delle medesime e che sono 25 le strutture pubbliche e private regionali autorizzate all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di cui 9 temporaneamente accreditate ai sensi della normativa statale e regionale vigente in materia;

Ritenuto pertanto opportuno disciplinare le modalità ed i tempi del procedimento amministrativo per l'esame delle richieste e per il rilascio dell'accredimento delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie svolte da soggetti pubblici e privati regionali, allo scopo di conferire certezza ed unitarietà al procedimento amministrativo stesso, in considerazione della funzione che esso riveste in termini di soddisfacimento del bisogno di salute della popolazione regionale;

Ritenuto altresì opportuno stabilire che le strutture e le attività sanitarie e socio-sanitarie pubbliche regionali dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta - come individuate nell'atto costitutivo dell'Azienda stessa - siano provvisoriamente accreditate, in attesa della presentazione dell'istanza di accreditamento da parte delle medesime entro il termine del 31 dicembre 2004, nonché della conclusione del procedimento amministrativo da essa derivante,

allo scopo di fornire evidenza della conclusione del regime transitorio previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 4021 in data 9 novembre 1998;

Richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 5016 in data 30 dicembre 2003 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2004/2006 con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati e di disposizioni applicative;

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

Su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, sig. Antonio Fosson;

Ad unanimità di voti favorevoli,

DELIBERA

1. di approvare il 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, contenute nell'allegato alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante, ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni;
2. di stabilire che le strutture e le attività sanitarie e socio-sanitarie pubbliche regionali dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta - come individuate nell'atto costitutivo dell'Azienda stessa - siano provvisoriamente accreditate, in attesa della presentazione dell'istanza di accreditamento da parte delle medesime entro il termine del 31 dicembre 2004, nonché della conclusione del procedimento amministrativo da essa derivante;
3. di revocare la deliberazione della Giunta regionale n. 4021 in data 9 novembre 1998 recante approvazione di indirizzi e di procedure per l'accertamento e la verifica dei requisiti minimi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, nonché per l'accreditamento di strutture sanitarie pubbliche e private di professionisti che erogano prestazioni sanitarie ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
4. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione, ai sensi dell'articolo 3, comma 5, della legge regionale 2 luglio 1999, n. 18, nel Bollettino ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta;
5. di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa a cura della struttura regionale competente in materia di accreditamento all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.

IR/



Regione Autonoma Valle d'Aosta
Assessorato sanità, salute e politiche sociali
Dipartimento sanità, salute e politiche sociali
Direzione salute

**Manuale per l'accreditamento delle strutture e delle attività sanitarie
e socio-sanitarie svolte da soggetti pubblici e privati**

(approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1232 in data 26 aprile 2004)

APRILE 2004

1. PREMESSA

Con il termine "accreditamento", si intende il procedimento amministrativo mediante il quale è attribuito alle strutture pubbliche e private, già autorizzate, che ne facciano richiesta e ne possiedano i requisiti, lo stato giuridico di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative 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. Gli studi dei medici a rapporto convenzionale di cui all'art. 8 del decreto legislativo n. 502/1992 successive modificazioni ed integrazioni non sono invece soggetti al regime di accreditamento istituzionale per le prestazioni oggetto della convenzione.

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

Il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 stabilisce che le strutture già autorizzate e in esercizio alla data dell'8 marzo 1997 e quelle accreditate temporaneamente, devono adeguarsi ai requisiti minimi previsti nell'arco massimo di cinque anni ottenendo comunque l'accreditamento transitorio, mentre quelle di nuova realizzazione successivamente alla data dell'8 marzo 1997, nell'attesa della definizione di ulteriori standard specifici, comunque devono rispettare i requisiti minimi generali e specifici necessari al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio.

La deliberazione della Giunta regionale n. 4021 in data 9 novembre 1998, ora sostituita dal presente Manuale, aveva approvato gli indirizzi e le procedure per l'accertamento e la verifica dei requisiti minimi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, nonché per l'accreditamento di strutture sanitarie pubbliche e private e di professionisti che erogano prestazioni sanitarie ai sensi del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

Ai sensi della normativa regionale in vigore, il rilascio dell'accreditamento compete alla Giunta regionale, previa istruttoria effettuata 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.

La concessione dell'accreditamento non costituisce tuttavia vincolo per le pubbliche amministrazioni e per le aziende sanitarie locali a stipulare accordi contrattuali.

2. LA STRUTTURA DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO

I requisiti di accreditamento, riportati nel presente Manuale, sono descritti nei seguenti paragrafi del capitolo 5.

1. REQUISITI STRUTTURALI GENERALI.
2. REQUISITI STRUTTURALI SPECIFICI:
 - 2.1. centri ospedalieri (edifici e complessi ospedalieri);
 - 2.2. poliambulatorii.
3. REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI:
 - 3.1. politica, obiettivi ed attività;
 - 3.2. struttura organizzativa e principali meccanismi organizzativi;
 - 3.3. gestione e formazione delle risorse umane;
 - 3.4. gestione degli acquisti e delle risorse tecnologiche e strutturali;
 - 3.5. gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni;
 - 3.6. sistema informativo.
4. REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI:
 - 4.1. direzione generale e strutture di staff;
 - 4.2. unità organizzative per la cura dei diritti dei cittadini e degli utenti;
 - 4.3. direzione di dipartimento;
 - 4.4. direzione medica ospedaliera;
 - 4.5. area della degenza;
 - 4.6. pronto soccorso;
 - 4.7. rianimazione;
 - 4.8. UTIC;
 - 4.9. sale operatorie;
 - 4.10. terapia antalgica;
 - 4.11. ostetricia e ginecologia;
 - 4.12. blocco parto;
 - 4.13. terapia intensiva neonatale;
 - 4.14. nido;
 - 4.15. oculistica;
 - 4.16. otorinolaringoiatria;
 - 4.17. odontostomatologia;
 - 4.18. ortopedia;
 - 4.19. urologia;
 - 4.20. oncologia;
 - 4.21. pediatria;
 - 4.22. psichiatria;
 - 4.23. malattie infettive;
 - 4.24. gastroenterologia;
 - 4.25. nefrologia;
 - 4.26. attività di dialisi ospedaliera;
 - 4.27. cardiologia;

- 4.28. pneumologia;
- 4.29. neurologia;
- 4.30. geriatria;
- 4.31. diabetologia;
- 4.32. dermatologia;
- 4.33. allergologia;
- 4.34. pneumologia ambulatoriale;
- 4.35. attività di dialisi ambulatoriale;
- 4.36. centro dialisi assistenza limitata e centro dialisi assistenza decentrata;
- 4.37. endoscopia digestiva;
- 4.38. medicina trasfusionale;
- 4.39. anatomia patologica;
- 4.40. radioterapia;
- 4.41. attività ambulatoriale di terapia iperbarica;
- 4.42. medicina nucleare;
- 4.43. attività di diagnostica per immagini;
- 4.44. attività di laboratorio;
- 4.45. ematologia;
- 4.46. farmacia;
- 4.47. presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale;
- 4.48. attività ambulatoriale di riabilitazione;
- 4.49. lungodegenza;
- 4.50. riabilitazione;
- 4.51. SERT;
- 4.52. residenze socio-sanitarie per tossicodipendenti;
- 4.53. poliambulatorii;
- 4.54. consultori familiari;
- 4.55. residenze sanitarie e socio-sanitarie per prestazioni a ciclo continuo o diurno – requisiti generali;
- 4.56. residenze sanitarie e socio-sanitarie per prestazioni a ciclo continuo o diurno – requisiti specifici;
- 4.57. residenze sanitarie per le cure palliative;
- 4.58. stabilimenti termali;
- 4.59. studi odontoiatrici.

I requisiti di accreditamento sono presentati nella seguente forma:

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Nella Carta sono indicati almeno: <ul style="list-style-type: none"> - l'elenco e la sede delle unità organizzative (UO) con relativi numeri telefonici; - il nome dei responsabili; - i servizi offerti dalla struttura; - indirizzo, numero telefonico e modalità di accesso all'URP. 		A

Nella prima colonna (N. = numero progressivo) è indicata la progressione numerica dei requisiti all'interno del paragrafo.

Nella seconda colonna (requisito) è enunciato per esteso il requisito di qualità richiesto con eventuali note di chiarimento per una corretta interpretazione del requisito.

Nella terza colonna (risposta) è trascritta la corrispondenza al requisito utilizzando esclusivamente una delle seguenti opzioni:

- SI (qualora il requisito sia completamente posseduto);
- NO (qualora non si possieda, anche parzialmente, il requisito);
- N/A (non applicabile, qualora il requisito non sia pertinente).

Qualora il requisito non sia ritenuto pertinente alla struttura per la quale è presentata l'istanza di accreditamento (N/A), ne deve essere data espressa motivazione scritta.

In questa colonna, per alcuni requisiti, compare un simbolo () che indica la necessità della presentazione della documentazione in allegato all'istanza di accreditamento.

La quarta colonna (livello) riporta il livello di qualità attribuito al singolo requisito utilizzando la seguente scala:

- A (livello essenziale);
- B (livello intermedio);
- C (livello di eccellenza).

3. I LIVELLI DI ACCREDITAMENTO

Sulla base della rispondenza ai requisiti di tipo A, B, e C indicati nel paragrafo 2, le strutture sono classificate in cinque classi di qualità secondo il seguente schema:

CLASSE	CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE	DURATA DELL'ACCREDITAMENTO
1	<u>ACCREDITAMENTO DI BASE</u> Requisiti tipo A = 100 % Requisiti tipo B = 0 % Requisiti tipo C = 0 %	2 anni
2	<u>ACCREDITAMENTO INTERMEDIO</u> Requisiti tipo A = 100 % Requisiti tipo B = 50 % Requisiti tipo C = 0 %	3 anni
3	<u>ACCREDITAMENTO INTERMEDIO</u> Requisiti tipo A = 100 % Requisiti tipo B = 75 % Requisiti tipo C = 25 %	4 anni
4	<u>ACCREDITAMENTO INTERMEDIO</u> Requisiti tipo A = 100 % Requisiti tipo B = 100 % Requisiti tipo C = 50 %	5 anni
5	<u>ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA</u> Requisiti tipo A = 100 % Requisiti tipo B = 100 % Requisiti tipo C = 100 %	7 anni

Occorre precisare che:

- tutti i requisiti del livello A sono corrisposti necessariamente per ottenere l'accreditamento istituzionale della classe 1;
- la corrispondenza, oltre a tutti gli A, del 50% dei requisiti di tipo B determina l'inserimento della struttura nella classe 2;
- la corrispondenza, oltre a tutti gli A, del 75% dei requisiti di tipo B e del 25% dei requisiti di tipo C determina l'inserimento della struttura nella classe 3;
- la corrispondenza per intero dei requisiti A e B, e del 50% dei C determina l'inserimento della struttura nella classe 4;
- la corrispondenza per intero dei requisiti A, B, e C determina l'inserimento della struttura nella classe 5.

4. IL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO

MODALITÀ E TERMINI DEL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO PER IL RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO A STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE, AI SENSI DELL'ART. 38 DELLA LEGGE REGIONALE 25 GENNAIO 2000, N. 5 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI.

Articolo 1 (Ambito di applicazione)

1. Su istanza di parte, il rilascio dell'accreditamento a strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, o di attività di parti di esse, ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, è subordinato alla verifica del possesso di:
 - a. requisiti strutturali sia generali sia specifici in relazione all'attività svolta, previsti dai punti 5.1. e 5.2. del presente manuale per l'accreditamento;
 - b. requisiti organizzativi sia generali sia specifici in relazione all'attività svolta, previsti dai punti 5.3. e 5.4. del presente manuale per l'accreditamento;
 - c. ulteriori requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalla normativa statale e regionale vigente in relazione all'attività svolta.
2. Il possesso dell'autorizzazione all'esercizio ai sensi della normativa statale e regionale vigente in materia è requisito per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private. La richiesta di 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.
3. L'accreditamento di strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private tiene anche conto della presenza, della rispondenza e della 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.
4. Le modalità per il rilascio dell'accreditamento a strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, 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 pubbliche e private previste dal comma 1 del presente articolo, nonché per modificazioni di attività sanitarie e socio-sanitarie, già accreditate.
5. Le strutture e le attività pubbliche e private già accreditate, che ricadono nelle fattispecie previste dal comma 4, procedono - entro il termine di sei mesi - alla presentazione dell'istanza di accreditamento secondo le disposizioni contenute nell'articolo 2.

Articolo 2 (Presentazione dell'istanza di accreditamento)

1. Le istanze per il rilascio dell'accreditamento a strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5, e successive modificazioni, sono presentate, su appositi moduli, alla struttura competente in materia di accreditamento dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali.

2. Le istanze sono presentate in bollo, salvo le eventuali esenzioni previste dalla normativa tributaria vigente, e con sottoscrizione del legale rappresentante ai sensi dell'articolo 40 della legge regionale 2 luglio 1999, n. 18 (Nuove disposizioni in materia di procedimento amministrativo, di diritto di accesso ai documenti amministrativi e di dichiarazioni sostitutive. Abrogazione della legge regionale 6 settembre 1991, n. 59).
3. L'istanza contiene le schede di autovalutazione previste dal presente manuale, compilate in relazione alle attività per le quali è richiesto l'accreditamento.
4. L'istanza per l'accreditamento di strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private è altresì corredata della documentazione indicata dal simbolo (📁) nella distinta dei requisiti riportati nel presente manuale per l'accreditamento.
5. E' fatta salva la facoltà da parte dei soggetti preposti all'esame dell'istanza riportati nell'articolo 4 di richiedere ogni altro documento tecnico, sanitario od amministrativo necessario per accertare la sussistenza dei requisiti previsti per il rilascio dell'accreditamento.
6. All'atto della presentazione dell'istanza, oltre agli estremi dell'atto di autorizzazione all'esercizio della struttura stessa, il legale rappresentante indica se si tratta:
 - a) di primo accreditamento;
 - b) di rinnovo dell'accreditamento.

Articolo 3

(Impegni dei titolari delle strutture che richiedono l'accreditamento)

1. All'atto della presentazione dell'istanza, i titolari delle strutture sottoposte alla procedura di accreditamento, ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, si impegnano a:
 - a. comunicare tempestivamente eventuali modificazioni nel possesso dei requisiti previsti dall'articolo 1;
 - b. consentire il libero accesso al personale dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali o dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta addetto all'attività di monitoraggio e vigilanza prevista dall'articolo 8;
 - c. conservare per la durata dell'accreditamento e per i tre anni successivi la documentazione a supporto dell'istanza prevista dall'articolo 2.
2. Gli impegni sono sottoscritti dal legale rappresentante del soggetto richiedente ai sensi degli articoli 21 e 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

Articolo 4

(Esame delle istanze)

1. Le istanze di accreditamento sono esaminate secondo l'ordine di presentazione o di completamento delle stesse, nei casi previsti dall'articolo 5, comma 3.
2. Ai fini dell'istruttoria sui requisiti tecnici e strutturali generali e specifici previsti dalla normativa vigente in materia, la struttura regionale competente in materia di accreditamento acquisisce il parere tecnico ed igienico sanitario della competente struttura organizzativa del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.
3. Ai fini dell'istruttoria sui requisiti tecnici ed organizzativi previsti anche dal Piano socio-sanitario regionale in vigore, la struttura regionale competente in materia di accreditamento acquisisce il parere dalla struttura regionale dell'Assessorato sanità,

salute e politiche sociali, competente per materia in relazione alla natura della struttura o dell'attività ed alla tipologia di utenza servita.

4. La struttura regionale competente in materia di accreditamento ha altresì facoltà di avvalersi della struttura regionale 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 previsti dal presente articolo non siano espressi entro il termine di 45 giorni dalla data di richiesta da parte della struttura regionale competente in materia di accreditamento, essi si intendono favorevoli.

Articolo 5

(Termini del procedimento amministrativo)

1. Ai sensi dell'articolo 3 della legge regionale 2 luglio 1999, n. 18, il termine, entro cui è concluso il procedimento amministrativo per il rilascio dell'accreditamento a strutture che svolgono attività sanitarie e socio-sanitarie, è di novanta giorni.
2. I termini del procedimento amministrativo previsti dal comma 1 del presente articolo decorrono dalla data in cui l'istanza, completa di tutta la documentazione, perviene alla struttura dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali competente in materia di accreditamento.
3. Qualora l'istanza sia irregolare o incompleta, la struttura dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali competente in materia di accreditamento ne dà comunicazione al richiedente entro trenta giorni, con l'indicazione delle cause dell'irregolarità o dell'incompletezza e del fatto che i termini decorrono dalla data di ricevimento dell'istanza regolarizzata o completa.

Articolo 6

(Esito delle istanze)

1. Al termine dell'istruttoria la struttura competente in materia di accreditamento, valutata la documentazione ed i risultati dell'istruttoria stessa formula i seguenti giudizi:
 - struttura accreditata secondo le classi previste dal punto 3. del presente manuale per l'accreditamento;
 - struttura non accreditata.
2. L'esito delle istanze di accreditamento è comunicato al soggetto richiedente con nota della struttura competente in materia di accreditamento entro i termini previsti dall'articolo 5.
3. L'accreditamento è concesso con deliberazione della Giunta regionale. La deliberazione della Giunta regionale di accreditamento può contenere limitazioni o prescrizioni all'accreditamento stesso della struttura richiedente.

Articolo 7

(Durata e rinnovo dell'accreditamento)

1. Alle strutture sanitarie e socio-sanitarie che risultano in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 1 è concesso l'accreditamento per la durata attribuita a ciascuna delle classi indicate al punto 3. del presente manuale.
2. La durata dell'accreditamento decorre dalla data di adozione della deliberazione della Giunta regionale di concessione dell'accreditamento stesso.

3. Le strutture, che intendono procedere al rinnovo del medesimo, provvedono a garantire la sussistenza dei requisiti appartenenti ad una delle classi superiori.
4. Al rinnovo dell'accreditamento, si provvede secondo le medesime modalità previste per il rilascio dell'accreditamento stesso con deliberazione della Giunta regionale, previa presentazione di istanza da inviare alla struttura regionale competente in materia di accreditamento entro sei mesi prima della scadenza.

Articolo 8

(Attività di vigilanza e di monitoraggio)

1. L'attività di vigilanza e di monitoraggio sulle strutture sottoposte ad accreditamento è svolta dalla struttura regionale competente in materia di accreditamento, dalla struttura regionale dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali competente per materia in relazione alla natura della struttura ed alla tipologia di utenza servita, nonché dagli altri soggetti coinvolti nella fase istruttoria prevista dall'articolo 5.
2. La vigilanza è finalizzata a verificare la permanenza dei requisiti in base ai quali è stato rilasciato l'accreditamento e l'adeguamento ad eventuali norme intervenute successivamente.
3. Il monitoraggio è finalizzato a verificare il buon funzionamento delle attività e l'efficacia nella risposta dei bisogni dell'utenza, anche in relazione a quanto previsto dal Piano socio-sanitario regionale in vigore.

Articolo 9

(Diffida alla regolarizzazione e revoca dell'accreditamento)

1. In caso di segnalazione di perdita del possesso di uno o più requisiti previsti per il rilascio dell'accreditamento oppure di mancato rispetto delle prescrizioni previste dall'articolo 6, comma 3, la struttura regionale competente in materia di accreditamento dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali provvede a notificare al titolare dell'accreditamento un provvedimento di diffida, assegnando le prescrizioni ed il termine di 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 accreditamento dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, provvede a revocare l'accreditamento.
3. Fatte salve eventuali responsabilità penali, l'accreditamento è revocato altresì per gravi difetti di funzionamento o per gravi violazioni di legge che comportano rilevanti pregiudizi per gli utenti e per gli operatori.
4. La revoca dell'accreditamento comporta, *ope legis*, la sospensione dell'attività eventualmente svolta per conto del Servizio sanitario regionale.

Articolo 10

(Disposizioni per le strutture sanitarie e socio-sanitarie certificate UNI EN ISO 9000)

1. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie, oppure le parti di esse, che abbiano ottenuto la certificazione UNI EN ISO 9000, sono equiparate alle strutture accreditate per la durata della certificazione stessa, fatto salvo quanto previsto dal comma 2.
2. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie, oppure le parti di esse, che abbiano ottenuto la certificazione UNI EN ISO 9000, sono tenute a presentare alla struttura competente in materia di accreditamento dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali:
 - a) la copia originale o autentica del documento attestante la certificazione;

- b) l'istanza e la relativa documentazione prevista dall'articolo 2.

Articolo 11
(Disposizioni transitorie)

1. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie già accreditate alla data di approvazione delle presenti modalità, mantengono lo stato di strutture accreditate fino alla scadenza dell'accreditamento stesso, già rilasciato ai sensi dell'articolo 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, nonché della deliberazione della Giunta regionale 9 novembre 1998, n. 4021.
2. In sede di rinnovo dell'accreditamento, le strutture di cui trattasi sono sottoposte alle presenti disposizioni.
3. In sede di prima applicazione, per l'esame delle istanze presentate nel corso del biennio 2004-2005, i termini previsti dall'articolo 4, ultimo comma, e dall'articolo 5, primo comma, sono rispettivamente pari a 60 e 120 giorni.

5.1. I REQUISITI STRUTTURALI GENERALI

5.1.1. LOCALIZZAZIONE TERRITORIALE

Le strutture devono essere localizzate, in rapporto al territorio, in modo da soddisfare le differenti esigenze di servizio definite dal Piano socio-sanitario regionale (PSSR).

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Complessi e centri ospedalieri anche a ciclo non continuativo hanno sede in contesto urbano primario (1).		A
2.	Laboratori, strutture diagnostiche extraospedaliere e poliambulatori hanno sede in contesto urbano decentrato (2) o primario.		A
3.	Ambulatori, presidi sociosanitari territoriali e day hospital e country hospital hanno sede in contesto comunale primario (3).		A
4.	Strutture residenziali e semiresidenziali per la riabilitazione e lungodegenza (4) hanno sede in contesto residenziale anche decentrato o in contesto urbano primario o decentrato.		A

5.1.2. LOCALIZZAZIONE IN RAPPORTO AI SERVIZI URBANI

Edifici o complessi edilizi ove è prevista 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. (5)

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
5.	È disponibile almeno una fermata di linea di trasporto pubblico ad una distanza non superiore a 200 m.		A
6.	Sono disponibili aree di sosta, anche pubbliche, ad una distanza minima dagli accessi non superiore a m. 500.		A
7.	Sono disponibili posti auto anche pubblici, entro un raggio di 2,0 Km dagli accessi, in misura minima di una ogni 20 utenti esterni/giorno previsti.		B
8.	Sono disponibili percorsi pedonali per il collegamento con aree di sosta e fermate dei servizi di trasporto pubblico.		B
9.	Sono disponibili percorsi accessibili almeno fino alle aree di sosta riservate a disabili e alle fermate di trasporto pubblico.		B

(1) Città capoluogo o comuni limitrofi serviti al meglio dai strutture e servizi urbani (strade, reti tecnologiche, trasporti pubblici, ecc.).

(2) Primario centro residenziale e di servizi nell'ambito dei distretti sanitari.

(3) Principali zone di attività e servizi in ambito comunale.

(4) Escluse le strutture residenziali e riabilitative del settore salute mentale e tossicodipendenza (fino a eventuale nuova ridefinizione dei requisiti per l'accreditamento).

(5) Trattasi di requisiti rispetto ai quali la competenza delle istituzioni sanitarie è superata da quella delle istituzioni territoriali. Laddove, quindi, non riscontrabile l'effettiva esistenza delle condizioni per soddisfare uno o più requisiti si ritiene equivalente, ai fini dell'accreditamento, la presentazione, da parte del soggetto richiedente l'accreditamento medesimo, della copia dei documenti con i quali sono stati richiesti al/ai soggetto/i competente/i gli interventi di adeguamento ai requisiti minimi prescritti.

5.1.3. DOTAZIONE DI SERVIZI GENERALI NEGLI EDIFICI O COMPLESSI EDILIZI SEDE DI DAY HOSPITAL, COUNTRY HOSPITAL E STRUTTURE RESIDENZIALI

Nelle strutture sono localizzati servizi generali, o a carattere generale, che migliorano la condizione o la percezione di fruibilità dei servizi da parte delle persone che vi soggiornano, vi lavorano o le frequentano (utenti visitatori e operatori).

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
10.	Reception in prossimità dell'ingresso principale.		A
11.	Almeno un punto telefonico pubblico nella struttura principale o in prossimità della stessa.		B
12.	In tutte le strutture, in ogni singolo edificio di complessi edilizi e per ogni piano è disponibile almeno un blocco di servizi igienici ad uso del personale (6).		B
13.	In ogni singolo edificio almeno un blocco di servizi igienici ad uso del pubblico (7).		B

5.1.4. DOTAZIONE DI SERVIZI GENERALI NEGLI EDIFICI O COMPLESSI EDILIZI SEDE DI POLIAMBULATORI

Nelle strutture sono localizzati servizi generali, o a carattere generale, che migliorano la condizione o la percezione di fruibilità dei servizi da parte delle persone che vi soggiornano, vi lavorano o le frequentano (utenti visitatori e operatori).

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
14.	Reception in prossimità dell'ingresso principale.		A
15.	Servizio informazioni e prenotazioni anche allocato alla reception.		A
16.	Sportello cassa e/o cassa automatica, per il pagamento delle prestazioni sanitarie.		A
17.	Almeno un punto telefonico pubblico nella struttura principale o in prossimità della stessa.		B
18.	In tutte le strutture, in ogni singolo edificio di complessi edilizi e per ogni piano è disponibile almeno un blocco di servizi igienici ad uso del personale (8).		B
19.	In ogni singolo edificio almeno un blocco di servizi igienici ad uso del pubblico (9).		B

(6) Un blocco si intende si formato da almeno un servizio maschi e un servizio femmine.

(7) Come nota precedente.

(8) Come nota precedente.

(9) Come nota precedente.

5.1.5. DOTAZIONE DI SERVIZI GENERALI NEGLI EDIFICI OSPEDALIERI A CICLO CONTINUATIVO

Nelle strutture sono localizzati servizi generali, o a carattere generale, che migliorano la condizione o la percezione di fruibilità dei servizi da parte delle persone che vi soggiornano, vi lavorano o le frequentano (utenti visitatori e operatori).

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
20.	Almeno un punto telefonico pubblico in prossimità di ogni ingresso principale dei singoli blocchi edilizi.		A
21.	Snack-bar.		A
22.	Mensa per il personale.		B
23.	Servizio religioso e/o locale per il culto.		B
24.	Edicola e/o servizio distribuzione giornali e stampati.		A
25.	Servizio biblioteca.		A
26.	Sportello bancario e/o sportello bancomat.		A
27.	Almeno un blocco di servizi igienici ad uso dei visitatori (10).		A

5.1.6. COLLEGAMENTI

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

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
28.	È disponibile almeno un percorso di collegamento che si sviluppa in ambiente chiuso per raggiungere tutti i servizi ove è prevista presenza di utenti.		A

5.1.7. ILLUMINAZIONE E AREAZIONE NATURALI

Gli spazi edilizi devono disporre, in relazione all'uso, di illuminazione e areazione naturali che garantiscano un'ottimale fruizione degli ambienti sotto il profilo igienico edilizio.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
29.	Nei locali destinati alla permanenza di utenti e lavoratori (11), fatte salve specifiche e diverse esigenze funzionali individuate dall'Azienda, esiste almeno una apertura che garantisce un naturale apporto di luce e aria avente superficie nella quantità minima stabilita dal PRGC.		A
30.	Nei locali e gli spazi di relazione, esiste almeno una apertura che garantisce la vista verso l'esterno, nonché un naturale apporto di luce e aria, avente superficie nella quantità minima stabilita dal PRGC.		A
31.	Nei locali diversi da quelli indicati la presenza di aperture sia coerente con le specifiche esigenze funzionali e di sicurezza derivanti dall'uso dei locali stessi.		A

(10) Come nota precedente.

(11) Non è definibile un criterio che corrisponda esattamente al concetto di "locale destinato alla permanenza", ma genericamente si potrebbe ad esempio ritenere appartenente a tale categoria ogni locale ove la presenza di una singola persona sia superiore a 1h consecutiva anche se per più volte al giorno, ma con un limite complessivo inferiore a 4h.

5.1.8. SPAZI DI RELAZIONE NELLE STRUTTURE DI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO

Nelle strutture di ricovero per acuti e per lungo degenti devono essere disponibili spazi di relazione destinati all'incontro e a attività comuni tra utenti nonché spazi destinati all'incontro tra utenti e visitatori esterni

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
32.	È disponibile almeno un'area o un locale attrezzato con sedute e tavoli e/o tavolini, in ogni reparto degenza o gruppo di reparti contigui.		B

5.1.9. IMPIANTO DI ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE

In tutte le strutture deve essere assicurata l'illuminazione degli interni con luce artificiale con specifico impianto rispondente a criteri di buona tecnica.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
33.	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.		C  (12)

5.1.10. IMPIANTO DI RISCALDAMENTO

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

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
34.	È disponibile e funzionante un impianto di riscaldamento in grado di assicurare la temperatura corretta (13) contemporaneamente in tutti gli ambienti indicati.		A  (14)
35.	L'impianto di riscaldamento soddisfa i fabbisogni termici stabiliti conformemente ai criteri di standardizzazione previsti dall'UNI (15) vigenti all'atto della richiesta di accreditamento.		B  (16)
36.	L'impianto di riscaldamento, le relative componenti e i dispositivi impiegati per i quali esistono norme tecniche unificate nazionali, ancorché non aventi validità di norma di legge, rispondono tecnicamente, funzionalmente e sul piano della sicurezza ai criteri di standardizzazione previsti dall'UNI (17) vigenti all'atto della richiesta di accreditamento.		C  (18)
37.	L'impianto di riscaldamento è gestito conformemente ai criteri di standardizzazione previsti dall'UNI (19) vigenti all'atto della		C  (20)

(12) Attestazione dell'installatore o di tecnico abilitato corredata delle valutazioni formulate sulla base dei rilievi effettuati.

(13) Si intendono le temperature ambientali fissate dal D.P.R. 412/1993.

(14) Attestazione di tecnico abilitato.

(15) Ad oggi vedi norma UNI 7357.

(16) Come nota 14. Per 12, 14 e 16 si ritiene un lavoro lungo e costoso che non aggiunge nulla alla qualità della struttura

(17) Valutare se elencarli o farne elenco allegato tuttavia suscettibile di aggiornamento.

(18) Come nota 14.

	richiesta di accreditamento.		
--	------------------------------	--	--

5.1.11. IMPIANTO AEREAULICO

In tutti i locali di lavoro e soggiorno, se non altrimenti possibile, deve essere assicurato meccanicamente il ricambio d'aria ambientale con specifico impianto rispondente a criteri di buona tecnica.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
38.	In tutti i locali e ambienti destinati alla permanenza, anche temporanea, di utenti e lavoratori che risultano privi di areazione naturale è disponibile e funzionante un impianto di ventilazione.		A
39.	L'impianto di ventilazione e le relative componenti per i quali esistono norme tecniche unificate nazionali, ancorché non aventi validità di norma di legge, rispondono tecnicamente, funzionalmente e sul piano della sicurezza ai criteri di standardizzazione previsti dall'UNI (21) vigenti all'atto della richiesta di accreditamento.		C  (22)

5.1.12. ALLARME ANTINCENDIO

Nelle strutture destinate alla degenza deve essere assicurato il pronto allarme in caso di incendio o combustione accidentale.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
40.	Nelle strutture indicate deve essere operante un impianto di rivelazione e di segnalazione d'incendio.		A  (23)
41.	L'impianto di rivelazione e di segnalazione d'incendio e le relative componenti per i quali esistono norme tecniche unificate nazionali, ancorché non aventi validità di norma di legge, rispondono tecnicamente, funzionalmente e sul piano della sicurezza ai criteri di standardizzazione previsti dall'UNI(24) vigenti all'atto della richiesta di accreditamento.		C  (25)

5.1.13. IMPIANTI, CONGEGNI, APPARECCHI E ATTREZZATURE

Tutti i nuovi dispositivi impiegati (impianti, congegni, apparecchi e attrezzature) rispondono tecnicamente, funzionalmente e sotto il profilo della sicurezza ai criteri di standardizzazione nazionali e internazionali.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
42.	Per i dispositivi impiegati per i quali esistono norme tecniche		C

(19) Ad oggi vedi norme: UNI 8364:1984, UNI 9317:1989

(20) Trattasi di copia dei contratti di manutenzione che fanno riferimento alle prescrizioni tecniche in argomento o documento equivalente (es. attestazione del responsabile dell'esercizio).

(21) Ad oggi vedi norme: UNI 10339:1995, 10381-1:1996; 10381-2:1986.

(22) Trattasi di copia dei contratti di manutenzione che fanno riferimento alle prescrizioni tecniche in argomento o documento equivalente (es. attestazione del responsabile dell'esercizio).

(23) Attestazione di tecnico abilitato.

(24) Ad oggi vedi norme: UNI EN 54-1 e collegate.

(25) Trattasi di copia dei contratti di manutenzione che fanno riferimento alle prescrizioni tecniche in argomento o documento equivalente (es. attestazione del responsabile dell'esercizio).

	unificate nazionali e internazionali, ancorché non aventi validità di norma di legge, deve essere disponibile la certificazione del costruttore o di organismo titolato che attesti la rispondenza alle norme tecniche specifiche vigenti all'atto dell'acquisto (26).		
--	--	--	--

5.1.14. DISPOSITIVI PER LA COMUNICAZIONE NELLE STRUTTURE FUNZIONALI

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

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
43.	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.		A
44.	Per ogni singola o per gruppi di strutture funzionali aventi sedi adiacenti è disponibile almeno una fotocopiatrice.		A

5.1.15. DISPOSITIVI PER LA COMUNICAZIONE NELLE STRUTTURE CON RILEVANZA ESTERNA

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	LIVELLO
45.	Per le strutture con rilevanza esterna è disponibile: - un Call center o punto di riferimento telefonico che risponda al pubblico; - una pagina Web ove siano reperibili informazioni su servizi, attività, orari al pubblico, telefoni, fax, indirizzi.		A
46.	Per le strutture per l'emergenza è disponibile un servizio di risposta sulle 24 ore al Call center.		A

5.1.16. SEGNALETICA STRADALE

Le strutture sede di attività e servizi sanitari devono essere agevolmente individuabili nel contesto territoriale mediante segnaletica. (27)

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
47.	Gli edifici sede di centri traumatologici, poliambulatori, day hospital, country hospital e strutture residenziali sono		A

(26) Eventualmente fare una distinzione se si vogliono escludere da questo requisito una o più categorie di dispositivi (es. apparecchiature biomediche). In ogni caso una elencazione di ciò che può rientrare nella categoria indicata è riportata all'allegato 7.

(27) Trattasi di requisiti rispetto ai quali la competenza delle istituzioni sanitarie è superata da quella delle istituzioni territoriali. Laddove quindi non riscontrabile l'effettiva esistenza delle condizioni per soddisfare uno o più requisiti si ritiene equivalente, ai fini dell'accreditamento, la presentazione, da parte del soggetto richiedente l'accreditamento medesimo, della copia dei documenti con i quali sono stati richiesti al/ai soggetto/i competente/i gli interventi di adeguamento ai requisiti minimi prescritti.

	individuabili mediante targhe stradali poste in corrispondenza degli incroci alle adiacenti arterie urbane con indicazione dei percorsi di accesso alle strutture e ai relativi parcheggi.		
48.	Gli edifici sede di ospedali o complessi ospedalieri sono individuabili mediante targhe stradali in corrispondenza delle più adiacenti uscite autostradali con indicazione dei percorsi di accesso alle strutture, nonché targhe poste in corrispondenza degli incroci alle adiacenti arterie urbane indicanti il percorso di accesso alle strutture e ai relativi parcheggi.		B

5.1.17. SEGNALETICA INTERNA

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

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
49.	In prossimità degli accessi degli edifici e complessi edilizi sede di presidi ospedalieri sono esposte planimetrie generali delle strutture e targhe con indicazione delle direzioni per raggiungere i diversi servizi.		A
50.	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.		A
51.	In prossimità dell'accesso di strutture sede di poliambulatori è esposta una targa informativa contenente le seguenti informazioni: - denominazione del servizio, ambulatorio o ufficio; - orario di accesso al pubblico e ai visitatori.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI STRUTTURALI GENERALI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti generali	***	51	***

5.2.1. I REQUISITI STRUTTURALI SPECIFICI - CENTRI OSPEDALIERI (EDIFICI E COMPLESSI OSPEDALIERI)

5.2.1.1. LOTTO EDILIZIO

L'area edilizia di pertinenza deve essere precisamente individuata e utilizzata esclusivamente per le attività sanitarie e socio-sanitarie qualificate dal PSSR e per i relativi servizi.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	In tutte le strutture è esclusa dal complesso edilizio ogni attività che non sia coerente con gli obiettivi sanitari e socio-sanitari perseguiti dalla programmazione regionale e aziendale e dal sistema dei requisiti per l'accreditamento.		B
2.	Strutture che si sviluppano per corpi o blocchi edilizi distinti la perimetrazione dell'area è definita dai corpi edilizi del complesso ospedaliero o da recinzione.		B

5.2.1.2. ARTICOLAZIONE FUNZIONALE

I centri ospedalieri 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	LIVELLO
3.	In tutti i centri ospedalieri, 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.		A

5.2.1.3. 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	LIVELLO
4.	Lo sviluppo e l'organizzazione degli spazi edificati destinati a ospedali o centri ospedalieri, da attuare attraverso interventi di ristrutturazione, ampliamento e nuova costruzione, sono realizzati sulla base di un programma edilizio generale approvato (28).		B

(28) Il processo di approvazione del piano edilizio ospedaliero dovrebbe essere definito. Potrebbe essere ad esempio un processo per stadi diversi nel quale:

- in una prima fase: l'Azienda definisce le strategie generali coerenti con gli strumenti di programmazione sanitaria e individua alcuni parametri che guidano la definizione dei piani e degli interventi edilizi (tempi, modalità, risorse, ecc.);
- in una seconda fase: si definisce una proposta di piano edilizio al quale concorrono (diventando

5.	DEA, ambulatori specialistici, banca o casse automatiche, snack-bar e edicola, occupano una posizione "centrale" sotto i profili, con priorità decrescente, della distribuzione interna e dei collegamenti alla viabilità e ai trasporti pubblici.		A
6.	Le strutture funzionali mediche specialistiche con annesse aree di degenza sono localizzate in corpi edilizi o porzioni di edifici adiacenti agli ambiti di maggior frequentazione.		A
7.	I centri riabilitativi sono localizzati in corpi edilizi e porzioni di edifici protetti da fonti di inquinamento e adiacenti ad aree esterne attrezzate a verde.		A
8.	I blocchi operatori, le aree di degenza per terapia intensiva e post-intensiva, sono localizzati in corpi edilizi e porzioni di edifici protetti da accessi accidentali o non desiderati dalle strutture di maggior frequentazione.		A

5.2.1.4. CARATTERISTICHE DEI PERCORSI DI ACCESSO ALLE STRUTTURE

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

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
9.	I percorsi di collegamento sono ottimizzati al fine di creare percorrenze preferenziali, anche se non esclusive, per le seguenti diverse funzioni e/o esigenze: - personale; - degenti e malati; - attrezzature mediche e sanitarie; - materiale pulito; - materiale sporco; - pubblico e altri servizi.		B
10.	Negli edifici e complessi edilizi pluripiano sono disponibili ascensori dedicati a funzioni specifiche per lo spostamento di: - personale, degenti e malati, attrezzature mediche e sanitarie; - materiale pulito; - materiale sporco; - pubblico e altri servizi.		C
11.	Negli edifici e complessi edilizi, anche pluripiano, emergenti dal piano viario generale gli accessi sono garantiti da scale e piani inclinati (rampe) aventi le seguenti misure minime: - <u>accessi principali</u> : larghezza minima e profondità pianerottolo m. 1,50 netti (29); - <u>accessi secondari</u> : larghezza minima e profondità pianerottolo come da normativa sull'abbattimento delle		A

- parte attiva) tecnici specializzati (esterni e/o interni all'Azienda), rappresentanze del personale medico, infermieristico e amministrativo dell'Azienda;
- in una terza fase: gli organi decisionali dell'azienda (e della proprietà degli immobili, se diversa dall'Azienda) analizzano la proposta e, se rispondente ai parametri guida, la approvano.
- (29) Si intende al netto di eventuali ingombri fissi o mobili come ad esempio superfici occorrenti per apertura porte, corsie o attrezzature di transito o sosta, ecc.

	barriere architettoniche (m. 1,20 netti) (30).		
--	--	--	--

5.2.1.5. CARATTERISTICHE DEI COLLEGAMENTI TRA LE STRUTTURE

Le caratteristiche strutturali e impiantistiche dei percorsi sono adattati alle attività collegate, alle attività svolte e ai mezzi e materiali in transito.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
12.	Le corsie di transito tra edifici, blocchi e servizi, corsie interne di distribuzione, dipartimento di emergenza, blocchi operatori, terapia intensiva, aree degenza, aree per terapia e esami per interni hanno le seguenti caratteristiche dimensionali minime: - larghezza m. 2,50; - altezza (al limite controsoffittatura) m. 2,25.		B
13.	Le corsie in cui non è richiesto transito di letti, attrezzature, mobili/lettighe hanno le seguenti caratteristiche dimensionali minime: - larghezza m. 1,50; - altezza (al limite controsoffittatura) m. 2,25.		A
14.	Aree di stazionamento in prossimità dell'ingresso ascensori hanno le seguenti caratteristiche dimensionali minime: - Profondità di fronte alle porte m. 3,50.		A
15.	Le corsie di transito tra edifici, blocchi e servizi, corsie interne di distribuzione, dipartimento di emergenza, blocchi operatori, terapia intensiva, aree degenza, aree per terapia e esami per interni hanno le seguenti caratteristiche: - aerazione naturale o, nella misura minima di 3 volumi/ora, meccanica; - rivestimento pareti, fino all'altezza minima di m. 2,00, in materiale che consenta frequente lavaggio; - rivestimento pareti e controsoffittature fonoassorbenti; - superfici pavimenti, pareti e soffitti raccordate con superficie curva.		A

5.2.1.6. CARATTERISTICHE, DEI RIVESTIMENTI

Le modalità esecutive e l'impiego di materiali di rivestimento e di finitura contribuiscono a rendere sicuro, anche sotto il profilo igienico, e confortevole l'uso delle strutture edilizie.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
16.	Tutte le pavimentazioni sono realizzate in materiali resistenti a frequenti lavaggi.		A

5.2.1.7. 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.

(30) Come nota precedente per quanto attiene al significato di netto; la normativa sull'abbattimento delle barriere architettoniche cui ci si riferisce è il D.M. 14 giugno 1989, n. 236.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
17.	È assicurata la centralizzazione degli impianti per la produzione e distribuzione di: - riscaldamento; - condizionamento; - acqua calda sanitaria; - gas medicali e altri fluidi tecnici.		A
18.	È assicurata la centralizzazione della fornitura e distribuzione di energia elettrica.		B

5.2.1.7. AGEVOLAZIONE DELLA MOBILITÀ INTERNA DEGLI UTENTI

Nei complessi ospedalieri di maggiori dimensioni, si adottano iniziative e strategie per agevolare/facilitare la mobilità interna degli utenti e del pubblico.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
19.	Negli edifici con percorrenze interne superiori a 100 metri 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.		B
20.	Negli edifici con percorrenze interne superiori a 100 metri è assicurata la disponibilità di aree attrezzate con sedute per la sosta/riposo lungo i percorsi interni.		A

5.2.1.8. SORVEGLIANZA DEGLI INGRESSI

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

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
21.	In tutti gli edifici o nei complessi edilizi è individuato un ingresso carraio sorvegliato.		A
22.	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.		B
23.	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.		C

- RIEPILOGO DEI REQUISITI STRUTTURALI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	23	***

5.2.2. I REQUISITI STRUTTURALI SPECIFICI - POLIAMBULATORI

5.2.2.1 CONTROLLO DEGLI ACCESSI

Esercizio della sorveglianza degli ingressi a mezzo di personale.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	In tutti gli edifici o blocchi edilizi aventi accesso autonomo deve essere localizzata una funzione di sorveglianza degli ingressi durante l'orario di apertura al pubblico (31).		A
2.	Negli edifici o complessi edilizi aventi possibilità di accesso ulteriori rispetto alla precedente esistono sistemi di sorveglianza anche remoti e di limitazione di accesso a personale autorizzato.		B

5.2.2.2. RELAZIONI FUNZIONALI E LOGISTICHE

È assicurata l'interdipendenza con strutture sanitarie e di servizio complementari.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
3.	Gli ambulatori che offrono visite, esami e diagnostica non invasiva sono localizzati in ambito poliambulatoriale o ospedaliero.		A
4.	Gli ambulatori che offrono visite, esami e diagnostica anche di tipo invasivo sono localizzati in ambito ospedaliero.		A

5.2.2.3. RAZIONALIZZAZIONE DEI SERVIZI

È assicurato l'accorpamento strategico sul piano funzionale e della localizzazione (per piani, edifici, ecc.) di blocchi di servizi comuni a più ambulatori specialistici o alla totalità degli stessi.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
5.	Per la generalità dei Poliambulatori sono disponibili: - centro di prenotazione e informazione; - sale d'aspetto aree di attesa utenti; - spogliatoi e servizi igienici per il personale; - servizi igienici per utenti.		A

5.2.2.3. RAZIONALIZZAZIONE DEI PERCORSI.

È assicurata la definizione e ottimizzazione di percorsi per il collegamento di attività tra loro interdipendenti che garantiscano una distribuzione interna degli edifici efficace e funzionale anche in relazione a eventuali attrezzature che vi devono transitare.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
6.	Tutti gli edifici o complessi edilizi sono assicurati: - ottimizzazione della ubicazione dei servizi al fine di creare percorrenze preferenziali, anche se non esclusive, per le diverse funzioni e/o esigenze;		A

(31) Il presidio di cui trattasi potrebbe essere anche allocato come funzione aggiuntiva a un servizio esistente o comunque previsto in prossimità e con vista diretta sull'ingresso: es. ufficio informazioni, reception, segreteria.

	<ul style="list-style-type: none"> - corridoi di distribuzione con larghezza minima m. 1,50 e altezza minima (al limite controsoffittatura) m. 2,25; - aree di stazionamento in prossimità dell'ingresso ascensori con profondità minima di fronte alle porte m. 2,50; - ascensori dedicati alle funzioni specifiche di spostamento per personale, attrezzature e materiali medico-sanitari, pubblico e altri servizi. 		
7.	Edifici pluripiano, edifici emergenti dal piano viario generale devono avere scale e piani inclinati (rampe) con larghezza minima e profondità pianerottolo come da normativa sull'abbattimento delle barriere architettoniche (m. 1,20 netti) (32).		A

5.2.2.4. RAZIONALIZZAZIONE DEGLI IMPIANTI TECNOLOGICI

Organizzazione e realizzazione pianificata degli impianti tecnologici e del loro funzionamento sulla base della esigenza di conseguire la migliore garanzia di continuità di funzionamento, la migliore produttività e il minor impatto negativo sulle attività principali.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
8.	È assicurata la produzione e distribuzione centralizzate negli impianti di riscaldamento, condizionamento (ove esistente), di acqua calda sanitaria.		A
9.	È assicurata la fornitura e distribuzione centralizzate di energia elettrica.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI STRUTTURALI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	9	***

(32) Si intende al netto di eventuali ingombri fissi o mobili come ad esempio superfici occorrenti per apertura porte, corsie o attrezzature di transito o sosta, ecc.; la normativa sull'abbattimento delle barriere architettoniche cui ci si riferisce è il D.M. 14 giugno 1989, n. 236.

5.3. I REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

5.3.1. POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITÀ

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono esplicitati la missione e gli obiettivi generali della struttura.		A 
2.	Sono esplicitate le politiche e le azioni mediante le quali sono perseguiti gli obiettivi generali.		A 
3.	Le politiche e le azioni mediante le quali sono perseguiti gli obiettivi generali sono scomposte in periodi temporali.		A 
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.		A 
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; - il bilancio preventivo dell'anno in corso.		A 
6.	E' prevista l'individuazione di centri di responsabilità all'interno della struttura.		B 
7.	E' adottato un sistema interno di controllo di gestione coerente con la programmazione dell'attività della struttura.		B
8.	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.		B
9.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività sanitaria e socio-sanitaria svolta dalla struttura.		A 
10.	La relazione annuale contiene la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e generali, nonché del volume dell'attività svolta corredata dell'analisi degli scostamenti rispetto al volume atteso.		B

5.3.2. STRUTTURA ORGANIZZATIVA E PRINCIPALI MECCANISMI ORGANIZZATIVI

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	La denominazione della struttura e delle attività identifica chiaramente: - la natura pubblica o privata della struttura; - la tipologia di attività svolte tramite la carta dei servizi.		A 
2.	E' definito ed esplicitato l'organigramma della struttura.		A 
3.	Esiste un elenco aggiornato - con cadenza semestrale - del personale della struttura con l'indicazione della qualifica e delle competenze attribuite.		A 
4.	Sono identificate le aree di attività (es. ricovero, ambulatorio, ecc.) della struttura.		A 
5.	Sono identificati i principali clienti interni ed esterni cui fornisce i servizi (es. pazienti, medici, altre strutture o dipartimenti, ecc.).		A 
6.	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.		B
7.	Sono definite le procedure per l'erogazione di prestazioni con tariffa interamente o parzialmente a carico del cittadino.		A
8.	Sono definite le procedure per garantire la continuità assistenziale in caso di urgenze oppure eventi imprevisti.		A
9.	Sono definite le procedure di prelievo, di conservazione, di trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento.		A
10.	Sono definite le procedure di pulizia, di lavaggio, di dissezione e di sterilizzazione dei locali, delle risorse tecnologiche e degli accessori.		A
11.	Sono definite le procedure di compilazione, di conservazione e di archiviazione dei documenti comprovanti le attività sanitarie svolte.		A

5.3.3. GESTIONE E FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE

- GESTIONE DELLE RISORSE UMANE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
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.		A
2.	I ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso della qualifica professionale prevista dalla normativa vigente in materia.		A
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.		B
4.	E' individuato il responsabile della gestione delle risorse umane.		A 

- FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
5.	Esistono criteri definiti per gestire la formazione delle risorse umane, congruenti con il sistema dell'Educazione continua in medicina (ECM).		A 
6.	E' individuato il responsabile della formazione delle risorse umane.		A 
7.	I partecipanti sono coinvolti nelle decisioni.		A
8.	E' effettuata un'analisi preventiva del fabbisogno formativo.		A
9.	Esiste un metodo di valutazione della finalità positiva del percorso formativo, in termini di adesione alla valutazione dei bisogni, nonché di raggiungimento dei crediti formativi previsti dalla normativa statale e regionale vigente in materia.		A
10.	E' redatto un piano di formazione ed aggiornamento del personale ed è congruente con il piano di formazione della struttura, o di parti di essa, nonché con il sistema dell'Educazione continua in medicina (ECM).		A
11.	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; - i costi di attuazione; - i soggetti formatori ed i formandi coinvolti.		B
12.	E' redatta una relazione annuale sull'attività di formazione svolta.		B 
13.	Esiste un programma finalizzato per favorire l'inserimento del personale neoassunto.		B
14.	Il personale che usa tecnologie è stato addestrato.		A
15.	Sono previste prove per la valutazione del personale che usa tecnologie.		A

5.3.4. GESTIONE DEGLI ACQUISTI E DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E STRUTTURALI

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste un inventario generale delle risorse tecnologiche con indicazione della tipologia, dell'età, del produttore e dello stato di sicurezza.		A
2.	Esiste un elenco delle risorse tecnologiche vitali.		A
3.	Esiste una procedura per la gestione degli acquisti e delle risorse tecnologiche.		A
4.	La struttura o le parti di essa conoscono la procedura.		A
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.		A
6.	La struttura contribuisce alla definizione delle risorse tecnologiche e dei materiali di consumo da acquistare.		A
7.	Esiste un piano annuale e pluriennale di manutenzione programmata delle risorse tecnologiche.		A
8.	Esiste documentazione sulle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria delle risorse tecnologiche in dotazione.		A
9.	Esiste una procedura per garantire la sostituzione, anche temporanea, delle attrezzature tecnologiche vitali, in caso di bisogno.		A
10.	E' individuato un responsabile della manutenzione delle risorse tecnologiche.		A 
11.	E' disponibile la planimetria generale della struttura.		A 
12.	Esiste un piano annuale e pluriennale di manutenzione programmata delle risorse strutturali, consistenti in opere civili ed impiantistiche.		A
13.	Esiste una procedura per garantire l'intervento urgente di manutenzione straordinaria ed ordinaria delle risorse strutturali.		A
14.	E' individuato un responsabile della manutenzione delle risorse strutturali.		A 

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

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esistono attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.		A 
2.	E' redatto ed approvato dalla Direzione un piano per la qualità, contenente: - gli obiettivi; - le strategie; - le risorse umane, tecnologiche e finanziarie assegnate; - gli indicatori per la verifica delle attività svolte.		A 
3.	Il personale della struttura è stato coinvolto nelle attività organizzate per il miglioramento continuo della qualità.		A
4.	Esiste un responsabile per la qualità.		A 
5.	Sono state assegnate risorse umane, tecnologiche e finanziarie al responsabile per la qualità.		B
6.	In caso di attività di ricovero in regime ordinario o day-hospital, sono seguiti i seguenti programmi: - valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri; - buon uso del sangue e degli emoderivati; - razionalizzazione dell'uso dei farmaci col prontuario terapeutico; - monitoraggio degli eventi indesiderati.		B
7.	In caso di attività ambulatoriale, sono effettuati programmi che prevedono: - l'accessibilità delle prestazioni; - la valutazione dell'appropriatezza delle stesse.		A
8.	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.		A
9.	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.		A 
10.	Il personale è informato sull'esistenza dei regolamenti interni e delle linee guida e la struttura ne cura la diffusione.		A
11.	Il personale è coinvolto nelle procedure di stesura, di approvazione e di revisione dei regolamenti interni e delle linee guida.		B

5.3.6. SISTEMA INFORMATIVO E RAPPORTI CON L'UTENZA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste un sistema interno di gestione della documentazione.		A 
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.		A
3.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi per i livelli regionale e statale.		A 
4.	E' documentato il rispetto delle scadenze degli obblighi informativi dei livelli statale e regionale.		B 
5.	Le informazioni ed i dati sono utilizzati e diffusi tutelando la riservatezza dei dati personali.		A
6.	Esiste un responsabile del sistema informativo.		A 
7.	La struttura possiede una carta dei servizi o altro materiale informativo da divulgare al pubblico.		A 
8.	La carta dei servizi o altro materiale informativo contengono le informazioni essenziali (luogo, modalità e tempi) per l'utenza sui servizi svolti dalla struttura.		A
9.	La carta dei servizi o altro materiale informativo contengono indicatori di riscontro del livello qualitativo dei servizi resi.		B
10.	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.		A
11.	Sono definite le modalità di tutela dell'utenza attraverso modalità di presentazione e di gestione dei reclami.		A
12.	Sono definite le modalità di rilevazione e di risoluzione delle cause dei reclami.		B
13.	E' individuato il referente della struttura addetto ai rapporti con il pubblico.		A 

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti generali	***	74	***

5.4. I REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI

5.4.1. DIREZIONE GENERALE E STRUTTURE DI STAFF

- DIREZIONE GENERALE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste un piano strategico aziendale (PSA) in cui sono esplicitati obiettivi e azioni strategiche a breve e medio periodo.		A 
2.	Gli obiettivi e le azioni strategiche sono coerenti con gli indirizzi gestionali forniti dalla Regione e le normative vigenti.		A
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.		A
4.	Il PSA è stato divulgato all'interno di tutte le unità organizzative.		A
5.	Esiste documentazione che il sistema premiante è orientato al miglioramento della qualità delle prestazioni e all'appropriatezza e al raggiungimento degli obiettivi economici.		B

- STRUTTURA ORGANIZZATIVA -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
6.	Esiste un documento in cui è definita l'organizzazione interna.		A 
7.	E' definito ed aggiornato periodicamente l'organigramma.		A
8.	Sono chiaramente indicate e diffuse le modalità di sostituzione dei responsabili delle unità organizzative o delle altre modalità organizzative interne in caso di assenza programmata e non programmata.		A
9.	Esiste un documento contenente l'indicazione delle attività e delle competenze attribuite alle UNITÀ ORGANIZZATIVE o alle altre strutture.		B
10.	Esiste un documento contenente indicazioni per l'organizzazione dell'attività libero professionale intramoenia.		A
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.		A

- CONTROLLO DI GESTIONE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
12.	Sono definiti la struttura organizzativa del Controllo di gestione (CG) ed il responsabile.		A
13.	È individuata la mappa dei centri di responsabilità (CR) con l'individuazione del responsabile.		A 
14.	È formalizzato ed attivato il sistema di "budgeting".		B
15.	Sono definite le modalità di negoziazione degli obiettivi, delle		B

	attività e delle risorse.		
16.	Esiste una procedura per la formalizzazione del budget per CR.		B
17.	È formalizzato ed attivato il sistema di "reporting".		B
18.	I report periodici sono periodicamente diffusi.		C
19.	Sono previste modalità di raccordo e di integrazione tra il CG e la Ragioneria.		B
20.	È attivato il Nucleo di Valutazione aziendale.		A
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.		C

- GESTIONE DELLE RISORSE UMANE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
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.		A
23.	E' formalizzata la funzione di staff alla Direzione Generale e l'individuazione di un responsabile o referente per il coordinamento delle attività di formazione a livello aziendale.		A
24.	Il PSA contiene l'esplicitazione della strategia aziendale per la formazione e ne è stata data comunicazione alle organizzazioni sindacali.		A
25.	E' prodotto ed è concertato con le organizzazioni sindacali un Piano di formazione annuale o triennale.		A
27.	Gli obiettivi del Piano di formazione sono coerenti con gli obiettivi aziendali.		A
28.	E' destinato un budget specifico per realizzare il Piano di formazione annuale.		B
29.	La formulazione del Piano di formazione e del relativo budget è avvenuta a seguito della rilevazione dei bisogni formativi e con il coinvolgimento delle diverse componenti professionali delle unità organizzative.		B
30.	Esiste un documento che regola il piano di acquisto di testi e riviste scientifiche.		B
31.	E' documentato l'utilizzo finalizzato del budget preventivato annualmente per l'attività di formazione.		B
32.	Il documento sull'utilizzo finalizzato delle risorse destinate alla formazione contiene l'investimento realizzato nell'anno (espresso in percentuale sul costo globale del personale) ed il numero di ore di formazione erogate per dipendente e per fasce professionali.		C
33.	Esiste una biblioteca aziendale centralizzata.		C
34.	Le attività di formazione comprendono un programma di addestramento alla rianimazione cardiopolmonare di base che coinvolga annualmente almeno il 15% del personale sanitario e tutte le unità operative di diagnosi e cura.		C

35.	Esistono procedure per la valutazione periodica del clima aziendale interno.		C
36.	I risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale sono discussi e analizzati in apposite riunioni della direzione.		C
37.	I risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale sono utilizzati per politiche conseguenti relative alla gestione del personale.		C
38.	Sono disponibili, per agevolare il reinserimento al lavoro dopo il periodo della gravidanza delle lavoratrici madri, servizi di accoglienza per il nuovo nato.		C

- GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
39.	Esiste un piano annuale di acquisto delle risorse tecnologiche in cui siano definite le caratteristiche dell'acquisto (sostituzione, ammodernamento, sviluppo, innovazione) e le priorità.		A
40.	E' individuato con atto formale un responsabile aziendale (o anche più responsabili) del parco tecnologico per gli interventi di manutenzione, ordinaria e straordinaria, della struttura e degli impianti generali.		A
41.	Sono identificate le procedure generali aziendali per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle risorse tecnologiche generali (es. gas medicali, ascensori, impiantistica).		B
42.	E' formalizzato un sistema di rilevazione dei tempi di fermo-macchina delle risorse tecnologiche generali, in caso di guasti.		C
43.	Le procedure per l'acquisizione delle apparecchiature biomediche (generali e delle singole unità organizzative) sono regolamentate e vi è evidenza della loro applicazione nei capitolati specifici con definizione di standard di qualità e costo.		B
44.	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.		C

- GESTIONE DELLA QUALITÀ -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
45.	E' formalizzata una funzione di staff alla Direzione Generale con l'individuazione di un responsabile o referente del piano aziendale della qualità in base alle caratteristiche richieste dal Piano socio-sanitario regionale.		A
46.	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.		C
47.	Esiste una procedura formalizzata per la valutazione e diffusione periodica dei risultati delle attività di MCQ svolte a		B

	livello aziendale.		
48.	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.		A
49.	Esiste documentazione che la Direzione Generale ha attivato programmi orientati all'appropriatezza d'uso dei regimi assistenziali (ricoveri ordinari, day-hospital, day-surgery ed attività ambulatoriale), basati sull'evidenza scientifica.		A
50.	Esiste documentazione che la Direzione Generale ha attivato programmi orientati all'implementazione dei "profili di assistenza", basati sull'evidenza scientifica.		B
51.	I profili di assistenza contengono indicatori per il monitoraggio dei risultati di processo ed esito clinico.		C
52.	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.		A

- SISTEMA INFORMATIVO -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
53.	E' formalizzato un set di indicatori aziendali per il monitoraggio dell'attività svolta.		B
54.	Sono definite le modalità di gestione dei dati interni ed esterni.		B
55.	Sono definite e regolamentate le procedure di accesso agli archivi informativi.		A
56.	Sono predisposte procedure per la valutazione della qualità dei dati e dei flussi informativi.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	56	***

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

- CARTA E GUIDA DEI SERVIZI -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste una Carta dei Servizi resi nella struttura.		A 
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).		A
3.	Nella Carta sono indicati orari e modalità di accesso ai servizi e sono aggiornati periodicamente.		B
4.	Nella Carta sono presenti gli indicatori di qualità adottati nella struttura.		C
5.	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.		A
6.	Nella redazione della Carta sono state coinvolte le associazioni che rappresentano gli utenti.		B
7.	La Carta contiene l'elenco dei diritti e doveri dell'utente.		A

- UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP) -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
8.	E' nominato un responsabile o referente dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).		A 
9.	Sono esplicitate le funzioni e le modalità di accesso all'URP.		A
10.	Sono fornite informazioni circa la presenza di organi di tutela degli utenti ed il possibile ricorso ad associazioni di volontariato attive nella struttura.		A
11.	L'URP dispone di procedure scritte per la presentazione e gestione dei reclami ed osservazioni comprensive dei tempi massimi di risposta.		A
12.	Tutti i reclami pervenuti per iscritto, e in forma non anonima, ricevono risposta scritta entro 60 giorni.		A

- CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE (CUP) -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
13.	E' istituito un Centro Unico di Prenotazione (CUP).		A
14.	E' nominato un responsabile o referente del CUP.		A
15.	Sono fornite agli utenti informazioni circa costi, tempi e modalità per il pagamento, modalità di preparazione per l'esame.		A
16.	E' possibile effettuare prenotazioni tramite CUP sia al mattino sia al pomeriggio.		A
17.	L'attività del CUP è periodicamente valutata in ordine a efficienza, accessibilità, congruità con gli obiettivi della struttura e i bisogni degli utenti.		B
18.	E' garantita l'accessibilità diretta alle prestazioni da parte dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli		B

	specialisti ambulatoriali ed ospedalieri.		
19.	E' possibile la prenotazione telefonica di esami strumentali e visite specialistiche.		A
20.	Sono definiti e sono a disposizione del pubblico i criteri per la formazione delle liste d'attesa.		A
21.	La struttura predispone annualmente un rapporto sul rispetto delle liste di attesa e sulle cause che ne hanno determinato i cambiamenti.		B
22.	I pagamenti sono effettuabili nell'arco delle 12 ore giornaliere tramite cassa o altre forme di pagamento (come ad esempio, bollettini di conto corrente postale, carte di credito, sportelli automatici, ecc.).		C

- CURA DEI DIRITTI DELL'UTENTE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
23.	E' garantito l'accesso alle organizzazioni di volontariato secondo procedure definite.		A
24.	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.		A
25.	E' consentita all'utente la possibilità di scelta del menù dei pasti.		A
26.	E' consentita all'utente la possibilità di scelta del menù nel rispetto della propria appartenenza religiosa.		C
27.	Sono assicurati all'utente altri servizi: - barbiere e parrucchiere; - prelievo bancario; - libreria o edicola.		A
28.	E' consentita all'utente durante la degenza l'assistenza religiosa nel rispetto della propria fede.		C
29.	E' assicurato al bisogno l'intervento di servizio sociale.		A
30.	E' distribuito un questionario per la raccolta del grado di soddisfazione dell'utente e familiari.		A
31.	La qualità percepita dagli utenti è oggetto di monitoraggio da parte della struttura almeno una volta all'anno.		A
32.	Sono documentabili le modifiche apportate sull'organizzazione derivate dall'analisi dei risultati.		C
33.	E' garantita la possibilità a parenti ed accompagnatori di usufruire, all'interno della struttura, di pasti caldi.		C

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	33	***

5.4.3. DIREZIONE DI DIPARTIMENTO

- LA POLITICA, GLI OBIETTIVI E LE ATTIVITÀ -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
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).		A 
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.		A
3.	Gli obiettivi e le attività del documento di programmazione sono formulati con il coinvolgimento del Direttore del Dipartimento.		B
4.	Gli obiettivi negoziati sono portati a conoscenza di tutto il personale del Dipartimento.		A
5.	I risultati dell'attività - svolta in relazione agli obiettivi prefissati nel budget - sono contenuti in un documento e formano oggetto di discussione con il personale dell'articolazione organizzativa almeno una volta all'anno.		A 

- LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
6.	E' definito l'organigramma del personale del Dipartimento.		A 
7.	E' definita una matrice delle responsabilità e attività corrispondenti.		B
8.	Sono indicate le modalità di sostituzione - in caso di assenza - del personale per ogni ruolo.		B
9.	Lo schema organizzativo forma oggetto di revisione annuale oppure in caso di cambiamento del comitato di Dipartimento.		B

- LA GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
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.		A
11.	Sono individuati i referenti del Dipartimento per l'attivazione delle procedure di manutenzione delle risorse tecnologiche.		A
12.	Il Dipartimento ha evidenza dell'esecuzione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria.		B

- LE PROCEDURE ORGANIZZATIVE GENERALI -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
13.	E' prevista una percentuale di posti letto indistinti di almeno il		C

	10% della dotazione complessiva del Dipartimento e sono definiti i criteri di utilizzo degli stessi.		
14.	Esiste un protocollo operativo comune al Dipartimento in cui sono esplicitati: - criteri di accesso e trasferimento del paziente; - programmazione liste di attesa; - accoglimento e registrazione.		A
15.	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.		A
16.	Esistono protocolli operativi per il collegamento con i servizi e le unità organizzative funzionalmente connessi.		B
17.	Le attività assistenziali sono assicurate secondo piani di lavoro discussi con le figure professionali presenti nella struttura organizzativa del Dipartimento.		B
18.	Per la verifica delle attività assistenziali realizzate dal Dipartimento, sono definiti indicatori.		B
19.	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.		A
20.	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.		A
21.	Le motivazioni delle variazioni apportate ai protocolli diagnostici sono documentate.		A
22.	Esiste un protocollo interno per l'accesso agli esami di alta specialità (TAC e RNM).		A
23.	Sono definiti i criteri di accesso al ricovero ordinario e al day-hospital per l'utilizzazione dei posti indistinti.		A

- I PROFILI DI ASSISTENZA -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
24.	Il Dipartimento predispone annualmente almeno un profilo di assistenza e revisiona quelli precedentemente costruiti.		A 
25.	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; - la data della compilazione o della conferma o dell'aggiornamento.		A
26.	Gli operatori delle unità organizzative coinvolte nella costruzione del profilo sono informati sui contenuti dello		A

	stesso e formati relativamente alle nuove procedure assistenziali.		
27.	I documenti relativi al profilo sono collocati in posizione facilmente accessibile in ogni unità organizzativa.		A
28.	E' effettuata annualmente la valutazione del grado di applicazione del profilo di assistenza e sono valutati i motivi di scostamento dal profilo stesso.		B

- LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
29.	I dati dei risultati delle attività di MCQ sono documentati in forma scritta e periodicamente discussi in riunioni interne.		A 
30.	E' effettuata una revisione clinica della casistica trattata dai professionisti, con cadenza almeno mensile in tutte le unità organizzative.		B
31.	I miglioramenti e i risultati raggiunti sono documentati e resi pubblici.		C
32.	Almeno una delle unità organizzative del Dipartimento partecipa a programmi di accreditamento professionale tra pari.		C
33.	E' individuato e periodicamente valutato un set di indicatori di esito clinico, basati sull'evidenza scientifica.		C

- IL SISTEMA INFORMATIVO -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
34.	Esiste evidenza che i flussi informativi verso la Direzione Generale avvengono nei modi e nei tempi previsti dal sistema informativo aziendale.		A
35.	E' redatta annualmente una relazione sull'attività del Dipartimento, concordata con i professionisti, che contiene la valutazione degli esiti clinici basata su un sistema di indicatori individuati dal Dipartimento.		C
36.	La relazione sulle attività del Dipartimento è portata a conoscenza dei livelli superiori per gerarchia.		C

- LA COMUNICAZIONE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
37.	Il Dipartimento ha predisposto la Guida ai propri servizi.		A
38.	La Guida ai servizi è aggiornata periodicamente, con cadenza almeno annuale.		B
39.	Nella Guida ai servizi sono indicate anche le prestazioni erogate dal personale della struttura in regime libero-professionale (intramoenia) con le relative modalità di accesso e l'indicazione degli oneri a carico dell'utente.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	39	***

5.4.4. DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA (DMO)

- LA FUNZIONE ORGANIZZATIVA -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono definiti in un documento l'organigramma del personale, la matrice di responsabilità e le attività corrispondenti della Direzione Medica Ospedaliera (DMO).		A
2.	E' redatta e trasmessa alla Direzione Generale una relazione sul raggiungimento degli obiettivi.		B
3.	E' predisposto un documento in cui sono individuati i criteri per l'accesso alla formazione del personale della DMO.		B
4.	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.		A
5.	Sono definite le procedure che regolamentano l'accesso e le funzioni delle associazioni di volontariato.		B
6.	Esiste un'articolazione organizzativa che garantisca la continuità assistenziale attraverso la predisposizione dei turni di guardia e di pronta disponibilità del personale sanitario.		A
7.	La DMO ha formalizzato le procedure che segue per la formulazione dei pareri di competenza richiesti.		C
8.	Sono definiti i criteri di allocazione e di gestione delle risorse umane e materiali per i servizi di propria competenza.		A
9.	La DMO ha definito il piano di emergenza per tutta la struttura.		A
10.	La DMO ha definito un piano di massiccio accesso di utenti alla struttura (es. in caso di gravi incidenti o calamità).		A

- LA FUNZIONE MEDICO-LEGALE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
11.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura la gestione dell'archivio sanitario, delle cartelle cliniche e del loro rilascio.		A
12.	La DMO ha regolamentato attraverso procedure la gestione del flusso informativo in tutti i casi di denunce obbligatorie.		A
13.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura la gestione degli adempimenti di polizia mortuaria.		B
14.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura l'applicazione della normativa in tema di sperimentazione.		C
15.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura la gestione degli espunti ed eventuali trapianti.		A
16.	La DMO si attiene alla normativa sulla privacy.		A

- LA FUNZIONE IGIENICA OSPEDALIERA -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
17.	Esistono procedure per il controllo da parte della DMO dei servizi alberghieri della struttura.		A
18.	La DMO ha prodotto, aggiorna e verifica procedure e per le pratiche di sanificazione, disinfezione.		A
19.	La DMO ha prodotto, aggiorna e verifica procedure e regolamenti per la gestione dei rifiuti ospedalieri.		A
20.	Se la ristorazione è a gestione diretta, la DMO ha prodotto,		A

	aggiorna e verifica procedure e regolamenti per la gestione sotto il profilo igienico della ristorazione collettiva.		
21.	La DMO esprime valutazione tecnico-sanitaria e organizzativa sull'acquisto di nuove tecnologie, definendone le priorità.		A

- LA FUNZIONE DI PREVENZIONE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
22.	La DMO ha definito le strategie e le procedure per la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere.		A
23.	E' attivo un sistema di segnalazione delle infezioni come da normativa vigente.		A
24.	Esistono documenti che definiscono i casi e le modalità per l'isolamento dei pazienti affetti da malattie contagiose o presunte tali.		A
25.	Sono identificati i rischi e definite le procedure per garantire la sicurezza in ambito ospedaliero per gli utenti.		B
26.	Esiste evidenza che la DMO collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione per la rimozione dei rischi.		B

- LA FUNZIONE DI PROMOZIONE DELLA QUALITÀ -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
27.	La DMO ha attivato una procedura, per quanto di competenza, per la gestione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).		A
28.	Si eseguono verifiche periodiche documentate sulla completezza e correttezza della SDO.		B
29.	La DMO promuove e partecipa a programmi di valutazione sull'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali.		C
30.	La DMO promuove e partecipa a programmi di valutazione e miglioramento nella gestione delle liste d'attesa.		B
31.	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.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	31	***

5.4.5. AREA DELLA DEGENZA

La scheda è compilata per tutte le unità organizzative che prevedano la degenza.

- LA GUIDA AI SERVIZI -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste la Guida ai servizi ed è fornita all'utenza.		A
2.	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.		A
3.	Nella Guida sono indicati i servizi di cui il cittadino può disporre durante il ricovero e le modalità di accesso agli stessi.		B
4.	Nella Guida sono indicati spazi ed arredamenti a disposizione dei pazienti.		C

- ASPETTI ALBERGHIERI -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
5.	E' garantita per l'utenza, la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza.		C
6.	E' garantita per l'utenza, la possibilità di scelta dei cibi preferiti tra quelli previsti nel menù giornaliero.		A

- ASPETTI ASSISTENZIALI -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
7.	E' garantita al personale la possibilità, anche mediante l'utilizzo di spazi comuni, di effettuare riunioni interne ed attività di studio.		B
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.		A
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.		A
10.	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.		A
11.	Esistono e sono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione e trattamento dei decubiti nei casi di necessità.		A
12.	Esistono e sono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni ospedaliere.		A
13.	Esistono e sono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle cadute accidentali.		A

14.	Sono previste procedure per la protezione da rischi legati a sollevamenti ed a posture nell'assistenza ai pazienti.		A
-----	---	--	---

- LA CARTELLA CLINICA -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
15.	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.		A
16.	Nella cartella clinica sono disponibili le informazioni sull'anamnesi generale e specifica relative al motivo del ricovero.		A
17.	Nella cartella clinica sono disponibili le informazioni sull'esame obiettivo generale e specifico relativo al motivo del ricovero.		A
18.	Nella cartella clinica è specificata la diagnosi o l'ipotesi diagnostica al momento del ricovero.		A
19.	La cartella clinica contiene le relazioni dettagliate sugli interventi diagnostici e terapeutici effettuati: - prescrizioni diagnostiche; - prescrizioni terapeutiche; - reazioni avverse; - le procedure operatorie ed invasive.		A
20.	Nella cartella clinica c'è evidenza del consenso informato ottenuto dal paziente per le procedure ed i trattamenti per i quali è richiesto.		A
21.	Nella cartella clinica sono riportati i referti ed i rapporti di consulenza.		A
22.	Nella cartella sono riportate, almeno giornalmente, annotazioni sul decorso clinico del paziente ed eventuali rivalutazioni dello stesso.		A
23.	Nella cartella clinica, nel caso di pazienti sottoposti a procedure operatorie, ad altre invasive e/o ad anestesia, sono incluse le seguenti informazioni: - descrizione dell'intervento (rilievi, procedure tecniche usate, parti prelevate, eventuali complicanze intra-operatorie); - nome dei componenti dell'intera équipe.		A
24.	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.		A
25.	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:		B

	<ul style="list-style-type: none"> - la ragione dell'ospedalizzazione; - 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. 		
26.	La lettera di dimissione contiene, se necessarie, informazioni relative all'assistenza infermieristica post-ricovero.		B
27.	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.		A
28.	Quando un paziente è ammesso in ospedale, l'organizzazione dispone una procedura per assemblare le informazioni relative agli accessi precedenti.		B

- LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA (D.I.) -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
29.	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.		A
30.	La D.I. costituisce parte integrante della cartella clinica.		A
31.	La D.I. contiene sezioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> - registrazione di dati di tipo anagrafico; - registrazione, all'ingresso e in itinere, di dati 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.). 		C
32.	Le attività assistenziali sono realizzate anche attraverso procedure integrate con le altre professionalità.		C
33.	Esistono procedure per la verifica di qualità della D.I.		B

- LA DIMISSIONE: I BISOGNI DELL'UTENTE E LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
34.	La dimissione è comunicata all'utente con un giorno di preavviso.		A
35.	Per i pazienti che necessitano di dimissioni protette è garantita la continuità assistenziale concordata con gli operatori del distretto di appartenenza e del percorso, il paziente stesso è informato.		A
36.	Il paziente all'atto della dimissione è informato sul programma assistenziale e sui controlli da eseguire.		A

37.	All'atto della dimissione, il paziente che non è dimesso a domicilio riceve informazioni sulle strutture in cui proseguire il trattamento post-acuto.		B
38.	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 proseguo delle cure.		B
39.	L'utente è informato alla dimissione sulle modalità per ottenere la certificazione e la documentazione clinica, se lo richiede.		C

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	39	***

5.4.6. PRONTO SOCCORSO

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' presente un sistema di archiviazione cartaceo su registro.		A
2.	E' presente un sistema di gestione clinica su base informatica [anche alternativo al requisito n. 1].		B
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]; - 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. 		A
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. 		A

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). 		A
6.	<p>E' redatta una relazione annuale sulla attività svolta dal servizio che illustra il raggiungimento degli obiettivi e l'incidenza di eventi indesiderati.</p>		A
7.	<p>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.</p>		A
8.	<p>Esistono procedure operative scritte e firmate dal responsabile in base alle quali attribuire il codice di gravità.</p>		A
9.	<p>Esiste una scheda infermieristica di triage nella quale sono registrati i dati salienti e le decisioni prese.</p>		A
10.	<p>La scheda infermieristica di triage è archiviata ed è disponibile.</p>		A
11.	<p>La scheda infermieristica di triage è integrata nel sistema informatizzato.</p>		C
12.	<p>E' fatta periodica verifica della congruità tra codice attribuito e reale gravità clinica.</p>		A
13.	<p>Sono disponibili le seguenti procedure operative:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 		B
14.	<p>Sono disponibili i seguenti profili di assistenza:</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. 		B

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. 		B
-----	--	--	---

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	15	***

5.4.7. RIANIMAZIONE

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
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.		A
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).		A
3.	Sono disponibili procedure per l'utilizzo di antidoti per le intossicazioni più comuni.		A
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.		A
5.	Si seguono procedure per il corretto uso degli antibiotici.		A
6.	Sono disponibili procedure per lo svezzamento dai respiratori automatici e dall'alimentazione artificiale.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	6	***

5.4.8. UTIC

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono prodotti e seguiti profili di assistenza per il trattamento delle seguenti patologie: - infarto miocardico acuto e complicanze; - angina instabile; - trattamento tamponamento cardiaco; - trattamento aritmie minacciose.		A
2.	Esiste evidenza di procedure che disciplinino i collegamenti funzionali con: - 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 Cardiochirurgica dello stesso presidio o di quello di riferimento; - il Servizio di Riabilitazione.		A
3.	Esistono procedure per l'accesso a consulenze di tipo specialistico.		A
4.	Sono disponibili le procedure per: - l'accesso dei pazienti; - l'accesso del personale dell'unità organizzativa; - l'accesso dei visitatori.		A
5.	Sono disponibili le procedure per la prevenzione delle infezioni.		A
6.	Sono disponibili le procedure per la prevenzione delle sindromi da immobilizzazione.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	6	***

5.4.9. SALE OPERATORIE

La scheda è compilata per tutte le unità organizzative che prevedano attività chirurgica.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono definiti i criteri per la predisposizione del programma giornaliero degli interventi elettivi per ogni sala.		A
2.	Sono disponibili procedure che definiscono l'organizzazione in caso di urgenze.		A
3.	Sono disponibili procedure per la gestione degli interventi "latex free".		A
4.	Sono disponibili e poste in evidenza procedure di comportamento per il personale ed eventuali visitatori.		A
5.	Sono disponibili procedure per l'accettazione e la gestione del paziente in sala operatoria.		A
6.	Esiste evidenza che in sala operatoria sono effettuate indagini strumentali per valutare la presenza di gas anestetici almeno ogni 6 mesi.		B
7.	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.		B
8.	Esiste evidenza che in sala operatoria sono effettuate indagini strumentali per valutare la classificazione microbiologica sulle superfici in "at rest" almeno annualmente.		B
9.	Esiste una procedura per il controllo periodico dei parametri microclimatici.		B
10.	Esiste una procedura per il controllo periodico del gradiente pressorio della sala rispetto agli ambienti confinanti.		B
11.	Tutti i controlli sull'impianto di condizionamento sono effettuati in accordo con la norma serie ISO 14644 (impianti di condizionamento).		C
12.	Esistono procedure per lo stoccaggio e la movimentazione del materiale sterile.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	12	***

5.4.10. TERAPIA ANTALGICA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
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.		A
2.	Sono prodotti e sono seguiti profili di assistenza per il trattamento delle seguenti patologie: - cefalee e dolore cranio-facciale; - dolore rachideo; - dolore vascolare; - dolore oncologico; - dolore neuropatico.		C
3.	Le prestazioni sono regolarmente registrate e la refertazione è corredata di: dati anamnestici, risultati dell'esame, conclusioni diagnostico-terapeutiche.		A
4.	Sono disponibili e sono applicate procedure aggiornate per i test diagnostici e prognostici farmacologici ed intrarachidei, se effettuati.		A
5.	Sono disponibili e sono applicate procedure aggiornate per i blocchi anestetici periferici diagnostici, se effettuati.		A
6.	Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per la teletermografia, se effettuata.		A
7.	Sono disponibili e sono applicate procedure aggiornate per i trattamenti antalgici-antinfiammatori loco-regionali centrali e periferici, se effettuati.		A
8.	Sono disponibili e sono applicate procedure aggiornate per i trattamenti antalgici-antinfiammatori e.v. regionali, se effettuati.		A
9.	Sono disponibili e sono applicate procedure aggiornate per l'impianto di neurostimolatore midollare, se effettuato.		A
10.	Sono disponibili e sono applicate procedure aggiornate per l'impianto di dispositivi per somministrazione continua perimidollare farmacologica, se effettuato.		A
11.	Sono disponibili e sono applicate procedure aggiornate per l'impianto di dispositivi per somministrazione continua perimidollare farmacologica, se effettuato.		A
12.	Sono disponibili e sono applicate procedure aggiornate per l'epiduroscopia, se effettuata.		A
13.	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.		A
14.	E' effettuato un controllo ambulatoriale su pazienti inviati a domicilio affetti da dolore da cancro in trattamento con infusione continua perimidollare di farmaci.		B
15.	La struttura garantisce le prestazioni 24ore su 24.		C

16.	La struttura garantisce le prestazioni di accesso in urgenza.		B
17.	E' disponibile una procedura per il collegamento e le informazioni con i Medici di medicina generale durante il percorso di cura.		B
18.	Esiste un collegamento funzionale formalizzato con il Centro Residenziale Cure Palliative (Hospice), se presente.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	18	***

5.4.11. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono promosse iniziative che mirano alla promozione della pratica del rooming-in e alla promozione dell'allattamento al seno.		B
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.		B
3.	La cartella clinica contiene, tra l'altro, le seguenti indicazioni: - scheda travaglio-parto (c.d. partogramma); - scheda neonato.		A
4.	L'unità dispone di una procedura per il monitoraggio del benessere materno e fetale in gravidanza.		A
5.	Esistono procedure per la valutazione clinico-strumentale nella gestione di anomalie e infezioni congenite.		A
6.	Sono previsti particolari protocolli diagnostico-terapeutici: - diabete gestazionale; - ipertensione gravidica; - ritardo nella crescita; - parto pre-termine; - aborto.		C
7.	La struttura dispone ed attua protocolli diagnostici per il monitoraggio del benessere materno e del neonato nel post-partum e nel puerperio.		B
8.	La struttura dispone di procedure per il collegamento funzionale formalizzato con le strutture territoriali.		A
9.	Sono garantiti, formalmente e funzionalmente, il collegamento e la possibilità di trasferimento ad unità assistenziali di livello superiore.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	9	***

5.4.12. BLOCCO PARTO

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' prevista la possibilità di assistere a due parti in contemporanea.		A
2.	E' garantita la possibilità di poter assistere contemporaneamente due neonati nell'isola neonatale.		A
3.	La struttura dispone di una procedura per il monitoraggio del benessere materno/fetale durante il travaglio ed il parto.		A
4.	Esistono delle procedure per la gestione delle partorienti affette da patologie infettive.		A
5.	L'unità organizzativa ha definito le procedure per l'assistenza materno-fetale durante il travaglio ed il parto.		A
6.	E' garantita alla donna partorienti la possibilità di poter fruire della presenza di una persona di sua scelta.		B
7.	E' garantito, formalmente e funzionalmente, il collegamento con i punti nascita di livello superiore.		A
8.	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.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	8	***

5.4.13. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' garantito, tramite procedure, il collegamento funzionale con i seguenti servizi interni oppure esterni al presidio: - la radiologia pediatrica; - la cardiologia pediatrica; - la chirurgia pediatrica; - la neurologia pediatrica; - l'ortopedia pediatrica.		A
2.	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.		A
3.	Il Centro trasfusionale e il Laboratorio di Analisi cliniche garantiscono le urgenze.		A
4.	Esiste una procedura per l'effettuazione di TAC e RMN.		A
5.	E' disponibile il collegamento funzionale formalizzato con l'Anatomia Patologica.		A
6.	Esiste una scheda o libretto di dimissione per tutti i neonati, sani e patologici.		A
7.	Esiste una relazione di dimissione per i neonati patologici che informi il curante sulla patologia e sul decorso.		A
8.	Esiste una procedura per l'accesso del personale dell'unità e dei visitatori.		A
9.	Il reparto è aperto ad entrambi i genitori.		A
10.	I genitori hanno la possibilità di accudire direttamente il loro neonato purché clinicamente stabile in almeno alcune ore del giorno.		B
11.	Esiste all'interno del reparto o in sua vicinanza la possibilità di permanenza delle nutrici.		B
12.	Esiste un programma di follow up del neonato a rischio di handicap.		C
13.	Esiste un collegamento funzionale formalizzato tra l'unità organizzativa e le strutture territoriali.		A
14.	Esiste una procedura per l'intervento plurispecialistico, quando necessario.		B
15.	E' garantito, attraverso una procedura, il coordinamento del trasporto di emergenza neonatale.		C
16.	Esistono indicazioni per la conservazione del latte materno delle nutrici di pazienti ricoverati.		C

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	16	***

5.4.14. NIDO

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' garantita la possibilità di assistere in urgenza un neonato in incubatrice provvista di capote per la somministrazione di ossigeno.		A
2.	Esistono e sono seguite procedure per le manovre assistenziali d'emergenza.		A
3.	E' garantita la possibilità di determinare ematocrito, bilirubina e glicemia su prelievi capillari.		A
4.	L'attività analitica svolta è autorizzata dal Direttore Sanitario in accordo con il Responsabile del Laboratorio di Analisi cliniche ed è aggiornata nel tempo.		A
5.	E' garantita la possibilità di determinare la concentrazione di ossigeno nell'aria inspirata.		A
6.	E' garantita la possibilità di misurare la pressione arteriosa.		A
7.	Sono favorite le pratiche del rooming-in e l'allattamento al seno.		B
8.	E' garantita la possibilità per la madre di usufruire di spazi e di presidi per la cura, la pulizia e la nutrizione del neonato.		B
9.	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.		A
10.	Esiste una procedura per l'effettuazione della fototerapia.		A
11.	E' garantito, formalmente e funzionalmente, il collegamento con i punti di livello assistenziale superiore.		A
12.	E' garantita l'assistenza immediata d'urgenza ai soggetti che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche che richiedono l'intervento del servizio di trasporto, nell'attesa che il paziente possa essere preso in carico da essi.		A
13.	E' redatta la lettera di dimissione attestante la normalità del neonato o suggerente eventuali accertamenti o controlli da parte dei servizi territoriali (Distretto, Consultorio Familiare, Pediatra di Libera Scelta).		A
14.	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.		B
15.	E' favorita la collaborazione con altre strutture (Distretto e Dipartimento di Prevenzione) nei progetti attinenti le vaccinazioni obbligatorie, la promozione dell'allattamento al seno, ecc..		B
16.	E' garantita l'applicazione di linee guida nazionali e regionali predisposte per il livello di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali, ecc..		A
17.	E' garantita la possibilità di effettuare attività ambulatoriali e di day-hospital.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	17	***

5.4.15. OCULISTICA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le fluoroangiografie, se effettuate.		A
2.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le terapie con lo Yaglaser, se effettuate.		A
3.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le terapie con laser ad eccimeri, se effettuate.		C
4.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le terapie con Argon laser, se effettuate.		A
5.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le terapie con laser a diodi, se effettuate.		C
6.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per l'utilizzo del biometro, se previsto.		A
7.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per gli esami del campo visivo, se effettuati.		A
8.	Sono disponibili protocolli operativi per le ecografie, se effettuate.		A
9.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le topografie corneali, se effettuate.		B
10.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per attività di elettrofisiologia, se effettuata.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	10	***

5.4.16. OTORINOLARINGOIATRIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le audiometrie, se effettuate.		A
2.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le impedenzometrie, se effettuate.		A
3.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le nistagmografie, se effettuate.		B
4.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le otocalorimetrie, se effettuate.		B
5.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le registrazioni dei potenziali evocati uditivi, se effettuate.		B
6.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per gli esami di vestibologia, se effettuati.		C
7.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le stabilometrie, se effettuate.		C
8.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per la laser-terapia, se effettuata.		A
9.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le fonometrie, se effettuate.		A
10.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le rinomanometrie, se effettuate.		A
11.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le endoscopie nasali, se effettuate.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	11	***

5.4.17. ODONTOSTOMATOLOGIA

- DIRITTI DEGLI UTENTI -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	La Guida ai Servizi è fornita all'utente.		A
2.	Nella Guida ai Servizi, sono esplicitati i diritti dell'utente.		A
3.	La Guida contiene informazioni riguardanti almeno: - nome e cognome dei medici e odontoiatri operanti nella struttura; - elenco delle prestazioni erogabili; - modalità di accesso; - orari di accesso; - orari per il rilascio di eventuali referti.		A
4.	La Guida ai Servizi contiene informazioni riguardanti i prezzi, i tempi e le modalità di pagamento.		B
5.	Sono svolte attività per la valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza.		B
6.	E' presente un sistema di segreteria telefonica che dia informazioni su orari di apertura e su modalità di prenotazione.		A
7.	Esiste l'evidenza di un sistema di prenotazioni trasparente e verificabile per il controllo delle liste di attesa.		A

- L'ORGANIZZAZIONE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
8.	Esistono procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività ambulatoriali.		A
9.	Esiste una procedura per fornire le informazioni al pubblico riguardanti eventuali suggerimenti o prescrizioni per il periodo successivo agli interventi.		A
10.	E' rilasciato al paziente un referto contenente: - ipotesi diagnostiche; - terapie consigliate; - ulteriori accertamenti previsti, con indicazioni del periodo ipotizzato; - trattamenti effettuati.		C
11.	E' presente un archivio informatizzato.		B
12.	Esiste un programma di accoglienza e di addestramento per i nuovi assunti, con particolare riferimento a: - principali funzioni e obiettivi della struttura; - utilizzo delle risorse; - applicazione di procedure e linee guida relative alla gestione dei rischi per salute e alla sicurezza sul lavoro; - leggi e regolamenti pertinenti all'attività dell'unità.		A
13.	Esiste un piano annuale di formazione del personale concordato con gli operatori.		C
14.	E' documentata una attività di aggiornamento del personale sanitario medico attraverso la partecipazione a corsi oppure a congressi accreditati.		A

15.	E' documentata la partecipazione da parte del personale medico ed ausiliario ad un corso di rianimazione cardiopolmonare di base.		A
16.	Esiste una procedura per la raccolta del consenso informato.		A
17.	Il personale addetto ai sevizi è riconoscibile attraverso un cartellino di riconoscimento.		A
18.	La struttura garantisce le prestazioni di accesso in urgenza.		C
19.	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).		B

- L'ORGANIZZAZIONE IGIENICO SANITARIA -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
20.	Esiste una procedura per lo smaltimento rifiuti.		A
21.	Sono disponibili e sono applicate procedure che garantiscano per ogni utente l'utilizzo di set sterili.		A
22.	Il materiale disinfettato o sterile è adeguatamente conservato secondo protocolli scritti.		A
23.	Esistono procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività ambulatoriali.		A
24.	Esistono procedure relative alla corretta conservazione, gestione, utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali.		A
25.	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 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. 		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	25	***

5.4.18. ORTOPEDIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Si attuano protocolli standardizzati di antibiotico-profilassi.		A
2.	Si adottano misure di prevenzione della patologia trombo-embolica post-operatoria.		A
3.	Si seguono protocolli standardizzati diagnostici e terapeutici di gastro-protezione.		A
4.	Esiste la possibilità di effettuare una mobilizzazione passiva degli arti.		A
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.		A
6.	Sono disponibili protocolli per la gestione delle urgenze in ortopedia.		A
7.	Si adottano sistemi di misura dell' <i>outcome</i> specifici per patologia relativi a: - eventi tromboembolici; - infezione della ferita chirurgica; - osteomielite secondaria; - esiti permanenti dopo fratture semplici degli arti superiori ed inferiori.		C

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	7	***

5.4.19. UROLOGIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili e sono applicate 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.		A
2.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le prestazioni di ecografia transrettale, se effettuate.		A
3.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le prestazioni di ecografia addominale e renale, se effettuate.		A
4.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le prestazioni di ecografia testicolare, se effettuate.		A
5.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le prestazioni di biopsia prostatica ecoguidata, se effettuate.		A
6.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le prestazioni di ecocolor doppler penieno e testicolare, se effettuate.		A
7.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le prestazioni di endoscopia, se effettuate.		A
8.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le prestazioni di urodinamica, se effettuate.		A
9.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per l'attività di andrologia, se effettuata.		B
10.	Esistono procedure per prelievo, conservazione, registrazione e trasporto dei campioni biologici da sottoporre ad accertamenti.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	10	***

5.4.20. ONCOLOGIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili procedure per gli aspetti protezionistici nella manipolazione dei farmaci antitumorali.		A
2.	Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici almeno per i tumori più frequenti: - mammella; - polmone; - stomaco; - colon-retto.		B
3.	Sono definiti protocolli diagnostico-terapeutici per: - terapia antiemetica; - uso dei fattori di crescita; - trattamento degli stravasi.		A
4.	Sono esplicitati i criteri per la scelta dei pazienti da sottoporre ai trattamenti chemioterapici.		A
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.		A
6.	Esistono protocolli operativi per il sostegno psicologico al paziente e alla famiglia.		A
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 chemioterapico.		A
8.	Esistono protocolli operativi di accesso cadenzato dei pazienti per i trattamenti chemioterapici.		A
9.	E' garantita la possibilità di disporre l'isolamento dei pazienti che ne hanno la necessità.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	9	***

5.4.21. PEDIATRIA

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

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	10	***

5.4.22. PSICHIATRIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esistono procedure formalizzate relative alla prevenzione di manovre autolesive.		A
2.	Sono previsti accorgimenti per la salvaguardia dei pazienti a rischio di manovre autolesive (es. apertura limitata delle finestre, serrature alle finestre, ecc.).		A
3.	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.).		A
4.	Esistono accorgimenti per il controllo diretto o indiretto dei pazienti all'interno della struttura.		B
5.	Esistono procedure formalizzate per i collegamenti funzionali con gli altri servizi del Dipartimento di Salute Mentale.		A
6.	Per ciascun utente è formulato un progetto terapeutico-riabilitativo.		C
7.	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.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	7	***

5.4.23. MALATTIE INFETTIVE

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

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	10	***

5.4.24. GASTROENTEROLOGIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici per la gestione delle urgenze in gastroenterologia.		A
2.	Esistono procedure per la gestione ed il monitoraggio dei pazienti critici per: - emorragie digestive; - pancreatiti acute; - coma epatico; - epatite fulminante.		C
3.	Sono disponibili e sono applicate procedure per la gestione del paziente sottoposto a sedazione per endoscopia digestiva.		A
4.	Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici per la gestione dei pazienti con malattie infettive o immunocompromessi.		A
5.	Sono definite procedure per la conduzione di almeno due tecniche diagnostiche e terapeutiche effettuate (es. sondaggio gastrico, endoscopia gastrointestinale, paracentesi addominale).		A
6.	Esiste un collegamento funzionale formalizzato con le unità di trapianto.		C

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	6	***

5.4.25. NEFROLOGIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' assicurata la consulenza nefrologica alle altre unità organizzative.		A
2.	Esiste una procedura formalizzata per l'accettazione e la gestione delle acuzie.		A
3.	L'équipe medica assicura l'effettuazione di agobiopsia renale percutanea sotto guida ecografia.		A
4.	Sono previste procedure per la cura degli aspetti riabilitativi psico-fisici del paziente neuropatico.		B
5.	Sono previste a necessità procedure per la dimissione protetta per l'assistenza domiciliare.		B
6.	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).		A
7.	Sono disponibili procedure per la gestione dei farmaci antirigetto.		A
8.	E' monitorato l'uso e il consumo di farmaci di costo elevato, almeno per l'eritropoietina.		A
9.	Esiste una procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale che seguono i pazienti neuropatici cronici.		A
10.	L'unità organizzativa garantisce, anche a scopo di educazione e di promozione della salute, attività informative verso altre unità organizzative e servizi territoriali.		C
11.	Esistono attività ambulatoriali nefrologiche ad accesso facilitato (es. prenotazione telefonica, informazioni su orari, modalità di accesso e funzionamento dell'ambulatorio) per il paziente nefropatico cronico.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	11	***

5.4.26. ATTIVITÀ DI DIALISI OSPEDALIERA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste una procedura formalizzata per l'accesso alla terapia dialitica sia programmata sia in urgenza nell'unità organizzativa, nel centro dialisi assistenza limitata (CAL) e nel centro dialisi assistenza decentrata (CAD).		A
2.	Nell'unità organizzativa, nel CAL e nel CAD di competenza sono prodotte informazioni scritte, sulla tipologia di prestazioni del servizio e le modalità di erogazione per le unità organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali.		A
3.	Nell'unità organizzativa, nel CAL e nel CAD di competenza esistono protocolli per l'inizio del trattamento dialitico secondo linee guida validate, nazionali o internazionali.		A
4.	Esiste un percorso agevolato per l'accesso del paziente dializzato o trapiantato ai servizi diagnostici.		B
5.	Esistono procedure per il controllo dei rischi ed un piano di prevenzione.		A
6.	E' effettuata una valutazione periodica dell'uso delle risorse materiali (es. farmaci, dispositivi medici, ecc.).		A
7.	Esiste un protocollo di vaccinazione per l'epatite B per gli utenti.		A
8.	Esistono procedure per la creazione ed il monitoraggio degli accessi vascolari, anche in collegamento con il Centro Regionale di riferimento secondo linee guida validate, nazionali o internazionali.		A
9.	Esistono procedure per il posizionamento e la gestione del catetere peritoneale.		A
10.	Esiste un supporto di psicologi per coadiuvare il servizio.		B
11.	Sono adottati indicatori di appropriatezza dialitica secondo linee guida validate, nazionali o internazionali.		A
12.	E' garantito il posizionamento di cateteri venosi centrali.		A
13.	Esiste un protocollo di trattamento dell'anemia.		A
14.	Sono sottoposti a monitoraggio i seguenti indicatori: - sier conversionsi HBV e HCV all'anno; - numero di trasfusioni/paziente/anno; - numero di giorni di ricovero/paziente dializzato all'anno; - numero di episodi di edema polmonare/paziente 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.		A
15.	Esiste un'attività ambulatoriale dedicata e ad accesso diretto per i pazienti con trapianto renale.		A
16.	Esiste un'attività ambulatoriale dedicata e ad accesso diretto per i pazienti in dialisi domiciliare.		A
17.	Esiste un collegamento funzionale formalizzato tra nefrologo dell'unità organizzativa ed i medici di medicina generale (es. tramite scheda paziente o riunioni periodiche).		B
18.	Tutto il personale è coinvolto nella stesura e diffusione di protocolli, procedure e linee guida.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	18	***

5.4.27. CARDIOLOGIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili e sono applicate procedure per l'elettrostimolazione d'urgenza.		A
2.	Sono disponibili e sono applicate procedure per l'elettrostimolazione definitiva, se effettuata.		A
3.	Sono disponibili e sono applicate procedure per il controllo telemetrico dei pazienti, se effettuato.		A
4.	Sono disponibili e sono applicate procedure per le attività diagnostiche non invasive effettuate.		A
5.	Qualora si effettui attività ecografica con sonda transesofagea e vascolare, è disponibile la procedura.		A
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 striale.		A
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.		A
8.	Sono disponibili linee guida aggiornate con le indicazioni per: - profilassi anticoagulante; - impianto di pace-maker; - studio elettrofisiologico.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	8	***

5.4.28. PNEUMOLOGIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste una procedura per la gestione di ossigeno e ventiloterapia in regime domiciliare.		A
2.	Esistono procedure per le attività di prevenzione, diagnosi e terapia della TBC.		A
3.	E' garantito il servizio o la funzione di fisiopatologia respiratoria.		A
4.	E' garantito il servizio o la funzione di broncoscopia.		A
5.	E' garantita la possibilità di effettuare esami broncoscopici in urgenza.		A
6.	E' garantita la possibilità di effettuare emogasanalisi in urgenza.		A
7.	Esistono procedure per le modalità di raccolta dell'escreato.		A
8.	Esistono procedure per la gestione del paziente in ossigenoterapia.		A
9.	Esistono procedure per l'assistenza al trattamento delle emergenze respiratorie (IRA, emoftoe massiva ecc.).		A
10.	Esistono procedure per la gestione del paziente affetto da patologia pleurica con drenaggio toracico (modalità di aspirazione, ecc.).		A
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.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	11	***

5.4.29. NEUROLOGIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' garantito, all'interno della struttura, il servizio o la funzione di elettrofisiologia clinica.		A
2.	E' garantito, all'interno della struttura, il servizio o la funzione di neuropsicologia.		B
3.	Esistono procedure per la sonografia dei plessi epiaortici e transcranica, se effettuate.		A
4.	Esiste un collegamento funzionale formalizzato con l'unità organizzativa di neurochirurgia e le unità organizzative che svolgano attività di neuroradiologia anche non necessariamente presenti nella stessa struttura.		A
5.	E' garantito il collegamento funzionale formalizzato con l'equipe riabilitativa.		A
6.	Esiste una procedura per il collegamento con l'Unità di Valutazione di Distretto (UVD) o con l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG).		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	6	***

5.4.30. GERIATRIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' eseguita la valutazione delle attività della vita quotidiana (ADL) all'ingresso ed alla dimissione.		A
2.	E' garantita la sicurezza dei pazienti (corrimano, spigoli smussati, ecc.).		A
3.	E' favorito all'interno della struttura l'orientamento dei pazienti anche attraverso l'uso di codici colore.		B
4.	Sono definite le procedure di assistenza per le principali patologie trattate.		A
5.	E' disponibile una procedura per la consulenza di tipo psicologico.		A
6.	Esistono procedure che regolano l'intervento riabilitativo precoce.		A
7.	E' previsto un collegamento funzionale formalizzato con l'equipe riabilitativa.		A
8.	Esistono protocolli codificati che regolano l'attività di day-hospital.		A
9.	Esistono protocolli codificati che regolano l'attività di ospedalizzazione domiciliare.		A
10.	Esistono protocolli codificati che regolano i rapporti con l'esterno tramite l'assistente sociale.		B
11.	Il progetto assistenziale è redatto anche in funzione della situazione sociale e familiare del soggetto e dei parenti.		A
12.	Esiste una procedura per il collegamento con l'Unità di Valutazione di Distretto (UVD) o con l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG).		A
13.	Sono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni degli operatori da movimentazione dei carichi.		A
14.	Esistono e sono applicate procedure che garantiscono una adeguata prevenzione e terapia dei decubiti.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	14	***

5.4.31. DIABETOLOGIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' disponibile materiale educativo, formativo ed informativo riguardante la patologia del diabete.		A
2.	Sono svolte attività di informazione ed educazione sanitaria specifiche per il settore di competenza.		B
3.	La cartella clinica diabetologica contiene, oltre a quanto già richiesto nella parte dedicata all'Area di Degenza in generale, le seguenti indicazioni: <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. 		B
4.	Il Servizio di Diabetologia possiede dati per almeno la metà dei seguenti temi: <ul style="list-style-type: none"> - il numero di diabetici assistiti ed il suo rapporto con il bacino di utenza espressi come numero totale e come visitati nell'ultimo anno; - il numero dei pazienti assistiti insulino-trattati preferibilmente suddivisi in insulino-dipendenti e non; - il numero dei pazienti trattati con ipoglicemizzanti orali ed il numero dei trattati esclusivamente con regime dietetico; - la prevalenza delle complicanze dei pazienti diabetici; - il numero e tipologia delle prestazioni fornite giornalmente; - il numero degli accessi non programmati. 		C
5.	Il Servizio di Diabetologia possiede dati per almeno la metà dei seguenti temi: <ul style="list-style-type: none"> - incidenza di complicanze; - incidenza di amputazioni; - incidenza di cecità; - incidenza di pazienti passati alla dialisi; - incidenza cause di morte; - incidenza crisi ipoglicemiche giunte al Pronto soccorso; - HbA1c media; - episodi di coma chetoacidotico; - giornate di ricovero per diabete complicato e non; - percentuale di pazienti in autocontrollo. 		C
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.		A
7.	E' garantito un servizio o la funzione di podologia.		B
8.	Sono consegnate al paziente informazioni scritte sulle modalità di esecuzione dei test eseguibili a domicilio.		A
9.	L'unità organizzativa garantisce la refertazione, nella stessa giornata di accesso, dei principali esami di laboratorio (almeno per Hb glicata e glicemia).		C

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	9	***

5.4.32. DERMATOLOGIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi, qualora siano effettuate prestazioni utilizzando sorgenti artificiali di raggi UVA ed UVB.		A
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.		B
3.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per la verifica periodica della casistica con correlazione clinica anatomo-patologica dei casi particolari.		C
4.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per il controllo programmato dei pazienti trattati per patologie croniche ed oncologiche.		B
5.	Sono stati predisposti profili di assistenza che comprendano anche l'organizzazione dei follow-up periodici programmati almeno per le seguenti patologie: - linfomi; - melanomi.		B
6.	Sono disponibili protocolli operativi per le attività di crioterapia, se sono effettuate.		A
7.	Sono disponibili protocolli operativi per le attività di laser-terapia, se sono effettuate.		A
8.	Sono disponibili protocolli operativi per lo stoccaggio del materiale.		A
9.	Sono disponibili procedure per la gestione del paziente nella fase successiva all'intervento.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	9	***

5.4.33. ALLERGOLOGIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le spirometrie, se effettuate.		A
2.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le rinoscopie, se effettuate.		B
3.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per la gestione delle emergenze e per la rianimazione cardio-polmonare.		A
4.	Le prestazioni sono regolarmente registrate e la refertazione è corredata di: - dati anamnestici; - risultati dell'esame; - conclusioni diagnostico terapeutiche.		A
5.	La struttura assicura le seguenti attività: - consulenza specialistica; - raccolta dati epidemiologici; - diagnostica delle dermatiti allergiche da contatto ; - diagnostica in vivo delle allergopatie respiratorie e alimentari; - valutazione funzionale delle allergopatie respiratorie; - esecuzione e monitoraggio clinico e strumentale dell'immunoterapia specifica per allergeni inalanti.		A
6.	La struttura assicura le seguenti attività: - diagnostica delle allergopatie da farmaci e da insetti; - esecuzione di protocolli di desensibilizzazione con farmaci (FANS, antibiotici, ecc.) e test di provocazione orale; - esecuzione di protocolli di desensibilizzazione con veleni di imenotteri; - test di provocazione in doppio cieco controllato con placebo per alimenti e per additivi alimentari; - test di provocazione bronchiale specifico con allergene; - diagnostica delle allergopatie professionali.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	6	***

5.4.34. PNEUMOLOGIA AMBULATORIALE

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per la gestione delle emergenze e per la RCP di base e avanzata (comprese l'intubazione e la cardioversione).		A
2.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le spirometrie, se effettuate.		A
3.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le saturimetrie, se effettuate.		A
4.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per le prove da sforzo, se effettuate.		A
5.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per l'emogasanalisi, se effettuata.		A
6.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per i test di iperreattività bronchiale, se effettuati.		A
7.	Sono disponibili e sono applicati protocolli operativi per il monitoraggio del sonno, se effettuato.		C
8.	Sono applicate procedure per la broncoscopia, se effettuate, e per la gestione delle eventuali complicanze.		A
9.	sono applicate procedure per la toracoscopia, se effettuata, e per la gestione delle eventuali complicanze, che comprenda l'intervento dell'equipe rianimatoria.		A
10.	Sono disponibili e sono applicate procedure codificate per la calibrazione dello spirometro che prevedono: - calibrazione giornaliera dei volumi mediante siringa di 3 litri (con foglio di registrazione) a differenti flussi; - calibrazione mensile del volume residuo (con foglio di registrazione).		B
11.	Nei referti dei test di iperreattività bronchiale è indicata la metodica utilizzata (dosimetrica o continua).		A
12.	E' disponibile ed è applicata una procedura per la calibrazione dell'ampolla che eroga la soluzione, utilizzata nei test di iperreattività bronchiale, ogni 6 mesi con il metodo della doppia pesata.		B
13.	Il referto dell'esame spirometrico è comprensivo di: - tracciato (report grafico); - valori rilevati; - valori teorici di riferimento; - percentuale del valore rilevato rispetto al teorico; - conclusioni diagnostiche.		A
14.	Sono disponibili e sono applicate procedure scritte per l'attività di prevenzione, diagnosi e terapia della tubercolosi.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	14	***

5.4.35. ATTIVITÀ DI DIALISI AMBULATORIALE

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste una procedura formalizzata per l'accesso alla terapia dialitica sia programmata sia in urgenza.		A
2.	Sono prodotte informazioni scritte sulla tipologia di prestazioni dell'unità organizzativa.		A
3.	Esiste una attività ambulatoriale ad accesso diretto per la presa in carico del paziente affetto da insufficienza renale cronica.		A
4.	Esistono protocolli per l'inizio del trattamento dialitico secondo linee guida validate, nazionali o internazionali.		A
5.	Esistono procedure per il controllo dei rischi ed un piano di prevenzione.		A
6.	E' effettuata una valutazione periodica dell'uso delle risorse materiali (es. farmaci, dispositivi medici, ecc.).		A
7.	Esiste un protocollo di vaccinazione per l'epatite.		A
8.	Esistono procedure per il monitoraggio degli accessi vascolari, anche in collegamento con il Centro Regionale di riferimento secondo linee guida validate, nazionali o internazionali.		A
9.	E' valutata periodicamente la condizione psico-sociale del paziente da figure professionali specializzate.		B
10.	Sono adottati indicatori di adeguatezza dialitica secondo linee guida validate, nazionali o internazionali.		A
11.	Esiste un protocollo di trattamento dell'anemia.		A
12.	Sono sottoposti a monitoraggio i seguenti indicatori: - sier conversionsi HBV e HCV all'anno; - numero di trasfusioni/paziente/anno; - numero di giorni di ricovero/paziente dializzato all'anno; - numero di episodi di edema polmonare/paziente 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.		A
13.	Esiste un'attività ambulatoriale dedicata e ad accesso diretto per i pazienti in dialisi domiciliare.		A
14.	Esiste un collegamento funzionale formalizzato tra nefrologo dell'unità organizzativa ed i medici di medicina generale (es. tramite scheda paziente o riunioni periodiche).		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	14	***

5.4.36. CENTRO DIALISI ASSISTENZA LIMITATA E CENTRO DIALISI ASSISTENZA DECENTRATA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste un percorso organizzativo facilitato per l'accesso del paziente dializzato ai servizi diagnostici.		A
2.	Esistono procedure per il controllo dei rischi ed un piano di prevenzione.		A
3.	E' effettuata una valutazione periodica dell'uso delle risorse (es. farmaci e dispositivi medici, ecc.).		A
4.	Esiste un protocollo di vaccinazione per l'epatite B.		A
5.	Esistono procedure codificate per la creazione ed il monitoraggio degli accessi vascolari, anche in collegamento con il Centro Regionale di riferimento secondo linee guida validate, nazionali o internazionali.		A
6.	Esistono procedure codificate per il posizionamento e la gestione del catetere peritoneale secondo linee guida validate, nazionali o internazionali.		A
7.	E' valutata periodicamente la condizione psico-sociale del paziente da figure professionali specializzate.		B
8.	Sono adottati indicatori di appropriatezza dialitica secondo linee guida validate, nazionali o internazionali.		A
9.	Esiste un protocollo di trattamento dell'anemia.		A
10.	Sono sottoposti a monitoraggio i seguenti indicatori: - sier conversionsi HBV e HCV all'anno; - numero di trasfusioni/paziente/anno; - numero di giorni di ricovero/paziente dializzato all'anno; - numero di episodi di edema polmonare/paziente 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.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	10	***

5.4.37. ENDOSCOPIA DIGESTIVA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili procedure per la sedazione cosciente.		A
2.	Esistono procedure per la protezione contro il rischio radiogeno e biologico.		A
3.	E' definita l'organizzazione dell'unità organizzativa per l'erogazione delle prestazioni sia routinarie che in urgenza.		A
4.	E' garantita l'apertura dell'unità organizzativa per almeno 5 giorni alla settimana.		B
5.	E' garantito un servizio di pronta disponibilità per le emergenze notturne e festive.		C
6.	Esistono procedure per prelievo, conservazione, registrazione e trasporto dei campioni biologici da sottoporre ad accertamenti.		B
7.	E' disponibile il registro delle complicanze.		C
8.	Sono disponibili procedure per la gestione delle complicanze.		C

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	8	***

5.4.38. MEDICINA TRASFUSIONALE

- REQUISITI GENERALI-

	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	L'unità organizzativa garantisce le prestazioni 24 ore su 24.		C
2.	E' attivo il collegamento con l'Istituto superiore di sanità (ISS).		A
3.	E' attivo il collegamento con le strutture trasfusionali extra-regionali.		B
4.	L'unità organizzativa ottempera alle norme UNI (10526/1996) per lo scambio di informazioni tra le strutture del sistema trasfusionale.		B
5.	L'unità organizzativa ottempera alle raccomandazioni trasfusionali del Consiglio d'Europa - Comitato dei Ministri.		B

- ATTIVITÀ SELEZIONE DEI DONATORI -

6.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		A
7.	Sono attivate procedure della Qualità.		B
8.	E' attivato un sistema di protezione del donatore.		A
9.	E' attivato un sistema di protezione del ricevente.		A

- ATTIVITÀ RACCOLTA DELLA DONAZIONE -

10.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		A
11.	Sono attivate procedure della Qualità.		B
12.	Sono attivati i controlli pre-donazione.		A
13.	Sono definite le modalità per l'esecuzione dei prelievi.		A

- ATTIVITÀ PREPARAZIONE EMOCOMPONENTI -

14.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		A
15.	Sono attivate procedure della Qualità.		B
16.	E' attivata la preparazione degli emocomponenti: - 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. <i>[La presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettere in relazione con il livello del presidio presso il quale è effettuata la preparazione.]</i>		A
17.	E' attivata la preparazione degli emocomponenti: - emazie irradiate;		B

	<ul style="list-style-type: none"> - emazie congelate; - concentrati piastrinici irradiati; - crioprecipitato; - concentrati granulocitari da aferesi irradiati. <p><i>[La presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettere in relazione con il livello del presidio presso il quale è effettuata la preparazione.]</i></p>		
18.	<p>E' attivata la preparazione degli emocomponenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - piastrine congelate; - concentrati di cellule staminali midollari omologhe; - concentrati di cellule staminali midollari autologhe; - concentrati di cellule staminali da cordone ombelicale. <p><i>[La presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettere in relazione con il livello del presidio presso il quale è effettuata la preparazione.]</i></p>		C

- ATTIVITÀ LABORATORIO IMMUNOEMATOLOGIA -

19.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		A
20.	Sono attivate procedure della Qualità.		B
21.	Sono attivati i Controlli di Qualità interni Strumentazioni.		A
22.	Sono attivati i Controlli di Qualità interni Reagenti immunoematologia.		A
23.	Sono attivati i Controlli di Qualità interni Metodiche immunoematologiche.		B
24.	Sono attivati controlli di qualità esterni Metodiche immunoematologiche.		C
25.	<p>Sono espletate le attività del laboratorio di immunoematologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tipizzazione standard del donatore; - tipizzazione di pazienti adulti; - tipizzazioni di pazienti prepuberi e di femmine in età fertile; - ABS antiplastrine. <p><i>[La presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettere in relazione con il livello del presidio.]</i></p>		A

- ATTIVITÀ LABORATORIO SIEROVIROLOGIA -

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

- ATTIVITÀ ETICHETTATURA -

31.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		A
32.	Sono attivate procedure della Qualità.		B
33.	<p>E' espletata l'attività di etichettatura relativa a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i prodotti ed i materiali in accettazione; - i prodotti ed i materiali in uscita. 		A
34.	E' espletata l'attività di etichettatura relativa alla produzione		A

	di emocomponenti conformemente alle norme UNI.		
--	--	--	--

- ATTIVITÀ DI CONSERVAZIONE- TRASPORTO - SCADENZA -

35.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		A
36.	Sono attivate procedure della Qualità.		B
37.	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.		A

- ATTIVITÀ DI AFERESI -

38.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		A
39.	Sono attivate procedure della Qualità.		B
40.	Sono espletate le seguenti attività di aferesi: - plasmacitoaferesi e protezione del donatore; - plasmacitoaferesi e protezione del ricevente; - prelievo donazione in aferesi.		A

- ATTIVITÀ DI PROVE DI COMPATIBILITÀ - TYPE & SCREEN -

41.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		A
42.	Sono attivate procedure della Qualità.		B
43.	Sono espletate le attività di Cross match.		A
44.	Sono espletate le attività di Type & Screen.		A

- ATTIVITÀ DI ASSEGNAZIONE -

45.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		A
46.	Sono attivate procedure della Qualità.		B
47.	Sono espletate le attività di assegnazione: - gestione assegnazioni "normali"; - gestione assegnazioni "urgenti"; - gestione assegnazioni "urgentissime"; - gestione "rientri".		A

- ATTIVITÀ DI PROFILASSI MEN -

48.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		A
49.	Sono attivate procedure della Qualità.		B
50.	Sono espletate le attività di Screening madre-neonato.		A
51.	Sono espletate le attività di profilassi con IG anti-D.		B

- ATTIVITÀ DI TERAPIE TRASFUSIONALI -

52.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		A
53.	Sono attivate procedure della Qualità.		B
54.	Sono attivati i sistemi di sicura identificazione del ricevente.		A
55.	Sono identificati i contenuti del modulo trasfusionale.		A
56.	Sono espletate le attività relative al Buon Uso del Sangue.		A

- ATTIVITÀ DI COMPLICANZE TRASFUSIONALI -

57.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		A
58.	Sono attivate procedure della Qualità.		B
59.	Sono effettuate indagini di controllo immunologiche.		A

- ATTIVITÀ DI TRASFUSIONI AUTOLOGHE -

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

- ATTIVITÀ DI TIPIZZAZIONE TISSUTALE -

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

- ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE AMBULATORIALI -

69.	E' definita l'organizzazione generale della sezione.		A
70.	Sono attivate procedure della Qualità.		B

- GESTIONE DELLE RISORSE UMANE -

71.	E' definito il fabbisogno di personale.		A
72.	Il fabbisogno di personale è espresso in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professionalità: - per posizione funzionale; - per qualifica professionale; - in rapporto ai volumi e alle tipologie di attività, secondo criteri specificati dalle normative.		B
73.	Sono definite le funzioni, i compiti e le responsabilità delle figure professionali presenti secondo il piano di lavoro.		C
74.	Sono definite le mansioni del personale.		C
75.	E' definito il piano di formazione del personale.		C

- GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE -

76.	Esiste l'inventario delle attrezzature presenti e funzionanti.		A
77.	Esiste la documentazione relativa alla manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	<i>77</i>	***

5.4.39. ANATOMIA PATOLOGICA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
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.		B
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.		B
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).		B
4.	L'unità organizzativa è collegata, tramite procedure, con i blocchi operatori per la diagnostica estemporanea intraoperatoria.		A
5.	Esiste un sistema di archiviazione che consente un agevole reperimento di materiali e di referti.		A
6.	Il sistema di archiviazione contiene anche: <ul style="list-style-type: none"> - registro numerico di accettazione; - archivio delle richieste di diagnosi (<i>le richieste possono essere eliminate dopo 6 mesi</i>); - archivio dei residui dei frammenti biotici mantenuti in fissativo (<i>i tessuti in formalina possono essere eliminati dopo 4 settimane dalla redazione e consegna del referto</i>); - archivio delle inclusioni e dei preparati isto/citologici (<i>i preparati citologici cervico vaginali negativi devono essere conservati per almeno 5 anni</i>); - archivio cartaceo dei referti isto/citologici e protocolli autoptici aggiornato con le richieste di revisione e consulenza con relative risposte (<i>è opportuna la documentazione annuale di: numero di inclusioni, numero di preparati istologici, numero di preparati citologici cervicovaginali, numero di preparati immunoistochimici, numero di preparati citologici non cervicovaginali, numero di autopsie</i>). 		A
7.	Esiste una procedura che comprende: <ul style="list-style-type: none"> - l'identificazione del paziente e del medico che ha richiesto la diagnosi; - l'acquisizione delle informazioni cliniche rilevanti. 		A
8.	La procedura di esecuzione della fase analitica sul materiale biologico comprende: <ul style="list-style-type: none"> - la corretta 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 		A

	standardizzata e codificabile; - la chiara identificazione del medico anatomo/patologo responsabile della diagnosi.		
9.	L'unità organizzativa svolge un volume di attività assistenziali pari a: - almeno 7.000 casi istologici all'anno; - almeno 7.000 casi citologici cervico vaginali all'anno; - almeno 5.000 casi citologici non cervico vaginali all'anno; - almeno 50 casi autoptici all'anno; - almeno 1.500 ago aspirati all'anno.		C
10.	L'attività di laboratorio per la citologia esfoliativa è di almeno di 10.000 esami all'anno.		C
11.	L'attività di laboratorio per lo screening cervico-vaginale raggiunge almeno 25.000 esami all'anno.		C
12.	Qualora venga effettuata attività autoptica, esistono protocolli operativi dedicati.		A
13.	Esistono protocolli operativi per la preparazione, il campionamento e l'esame del materiale bioptico.		A
14.	Esistono protocolli operativi per le attività di citologia.		A
15.	Esistono protocolli operativi per l'archiviazione delle istocitoteche e dei blocchetti in paraffina.		A
16.	Esistono protocolli operativi per la conservazione temporanea o indefinita del materiale bioptico chirurgico.		A
17.	Esistono protocolli operativi per l'esecuzione di prelievi e agoaspirati.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	17	***

5.4.40. RADIOTERAPIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esistono le procedure relative alle principali attività cliniche svolte.		A
2.	Sono definite procedure per la gestione delle attività di routine ed in emergenza ed in urgenza.		A
3.	Sono definite procedure specifiche per la conservazione e per la manipolazione delle sostanze radioattive.		A
4.	Esistono procedure per le modalità di accesso alla struttura dei pazienti degenti presso altre unità organizzative e pazienti esterni.		A
5.	Sono definiti i criteri per la formulazione dei piani di trattamento dei pazienti.		A
6.	Sono definite procedure per la gestione dell'attività informativa rivolta al paziente sulle eventuali complicanze da trattamento.		B
7.	E' attivato un flusso informativo finalizzato alla raccolta dati ad uso statistico-epidemiologico.		C
8.	E' previsto un percorso preferenziale per il trattamento di particolari patologie concordate con le unità organizzative di Oncologia.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	8	***

5.4.41. ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI TERAPIA IPERBARICA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono attuate procedure di controllo dell'accesso alla camera iperbarica dei singoli pazienti, atte a prevenire situazioni di pericolo derivante dall'introduzione di qualsiasi materiale o oggetto che possa indurre situazioni di rischio per esplosioni e incendi.		A
2.	Sono previste procedure per l'introduzione di eventuali presidi di carattere medico o infermieristico o di qualsiasi altro oggetto, per motivi di servizio, all'interno della camera.		A
3.	Sono attuate procedure per il controllo dell'aria immessa nella camera iperbarica.		A
4.	Sono previste e messe in atto procedure per la manutenzione ordinaria e straordinaria di tutti i sistemi operativi e degli impianti.		A
5.	Sono presenti procedure da attuare in caso di emergenza per possibili avarie o incidenti.		A
6.	Sono attuate procedure per la gestione dei pazienti con particolare riferimento a: - indicazioni appropriate al trattamento; - visita medica di idoneità; - compilazione cartella clinica.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	6	***

5.4.42. MEDICINA NUCLEARE

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili procedure per la manipolazione del materiale radioattivo.		A
2.	Sono disponibili procedure per la gestione degli stravasi e delle contaminazioni.		A
3.	Sono disponibili protocolli organizzativi per la separazione tra aree "calde" e "fredde".		A
4.	Esistono procedure per l'invio ad altre strutture di pazienti "caldi" in caso di mancato funzionamento della gamma-camera disponibile.		A
5.	Esiste una procedura per l'erogazione delle prestazioni routinarie e in emergenza ed in urgenza.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	5	***

5.4.43. ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

- REQUISITI GENERALI-

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste una procedura per la registrazione dei materiali di consumo.		A
2.	Esiste una procedura per garantire un intervento chirurgico d'urgenza in caso di necessità, nel caso in cui siano eseguite attività di radiologia interventistica.		A
3.	Esiste una procedura per l'informazione rivolta alla popolazione femminile di età fertile affinché dichiari il suo possibile stato di gravidanza.		A
4.	Esiste una procedura per l'archiviazione della documentazione fotografica o digitale o su altro supporto.		A
5.	Esiste una procedura per la valutazione dell'appropriatezza degli esami effettuati.		A
6.	Esiste evidenza delle valutazioni dell'appropriatezza degli esami effettuati, con report elaborati con cadenza almeno semestrale.		A

- GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI E DEI REFERTI -

7.	Le prestazioni per esterni sono prenotate tramite CUP.		C
8.	Le prestazioni per interni sono richieste via telematica.		C
9.	Esiste una procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale per la gestione delle prenotazioni.		B
10.	E' garantita la compatibilità del sistema di gestione dei referti con il sistema informativo ospedaliero.		A
11.	E' garantita l'integrazione del sistema delle prenotazioni e dei referti ospedaliero con quello territoriale.		A

- GESTIONE DELLE RISORSE UMANE -

12.	E' definito il fabbisogno di personale.		A
13.	Il fabbisogno di personale è espresso in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professionalità: - per posizione funzionale; - per qualifica professionale; - in rapporto ai volumi e alle tipologie di attività, secondo criteri specificati dalle normative.		B
14.	Sono definite le funzioni, i compiti e le responsabilità delle figure professionali presenti secondo il piano di lavoro.		C
15.	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.		A

- GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE -

16.	Esiste l'inventario delle attrezzature presenti e funzionanti.		A
17.	Esiste la documentazione relativa alla manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature.		B
18.	Esiste un piano annuale di sostituzione e di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	18	***

5.4.44. ATTIVITÀ DI LABORATORIO

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste una planimetria dell'unità organizzativa esposta e ben visibile.		A
2.	Esistono schede per ogni singolo strumento da cui si evidenzia: - 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).		A
3.	Esistono istruzioni scritte relative a: - 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.		A
4.	Il SIL (Sistema Informatico di Laboratorio): - mantiene in linea gli esami di almeno un anno; - fornisce statistiche relative agli esami effettuati in relazione alla loro provenienza (reparti, punti prelievo, ecc.), tipologia, costi.		C
5.	Per la microbiologia, esiste un sistema di gestione dei dati per il controllo delle infezioni ospedaliere, con possibilità di inviare report periodici per le unità organizzative interessate.		B
6.	E' individuato un responsabile del coordinamento e della gestione della qualità (RGQ) all'interno dell'unità stessa.		A
7.	I risultati del controllo di qualità interno (QCI) sono validati, al momento della determinazione, dal personale incaricato e conservati almeno un anno.		A
8.	In microbiologia, il controllo di qualità interno (QCI) 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.		C
9.	L'unità organizzativa partecipa al programma di valutazione esterna di qualità (VEQ) promosso dalla Regione, con esito positivo per i profili analitici concordati con la Regione stessa.		B
10.	I risultati del controllo di qualità interno (QCI) e della valutazione esterna di qualità (VEQ) sono discussi periodicamente con gli operatori coinvolti e i verbali di queste riunioni devono essere conservati.		A
11.	Nel referto sono riportati: gli intervalli di riferimento o, ove possibile, i valori decisionali.		A
12.	I laboratori delle strutture, dove operano reparti intensivi o semi-intensivi e/o Dipartimenti di Emergenza, assicurano		A

	l'attività analitica e regolamentano la consulenza diagnostico-specialistica 24 ore su 24.		
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).		A
14.	Il tecnico di laboratorio può trasmettere direttamente i risultati degli esami richiesti in urgenza (validazione tecnica), purché siano rispettati i criteri sopra stabiliti.		A
15.	Esiste l'elenco delle prestazioni erogate con l'indicazione di quelle effettuate all'interno del laboratorio e di quelle demandate ad altri laboratori.		A
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.		A
17.	Per tutte le attività analitiche svolte al di fuori del Laboratorio di analisi, è disponibile una procedura che contiene almeno: - le modalità di preparazione del paziente; - le modalità di raccolta e conservazione del campione; - la descrizione della procedura di analisi.		A
18.	Per le attività analitiche svolte al di fuori del Laboratorio di analisi esiste una procedura, concordata con il Laboratorio stesso, relativa ad un programma di controllo di qualità interno (QCI).		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	18	***

5.4.45. EMATOLOGIA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' garantita la possibilità di ricoverare pazienti immunodepressi in camera sterile.		A
2.	Sono presenti procedure per l'esecuzione delle seguenti manovre strumentali: - aspirati; - biopsie ossee; - rachicentesi.		A
3.	Sono disponibili e sono applicate procedure per la gestione di cellule se effettuato.		A
4.	Sono disponibili e sono applicate procedure per la gestione di cellule staminali ematopoietiche a scopo di trapianto eterologo, se effettuato.		A
5.	Si effettuano meeting clinici e di ricerca bisettimanali per i medici.		B
6.	Si effettuano meeting clinici e di ricerca mensili per gli infermieri.		B
7.	Al momento dell'accettazione, è consegnato un opuscolo con le informazioni e le norme di comportamento per il paziente ed i familiari.		A
8.	Esistono protocolli formalizzati e discussi fra medici e infermieri per tutte le attività più importanti, fra cui almeno: - infusione di chemioterapia; - trasfusioni di emoderivati; - controlli microbiologici ed infettivologici.		A
9.	E' richiesto il consenso informato per tutte le manovre più importanti eseguite sul paziente compresi i protocolli sperimentali che sono accuratamente specificati, le terapie trasfusionali ed i prelievi specifici per HIV.		A
10.	Il paziente è messo al corrente del risultato definitivo degli accertamenti e delle cure.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	10	***

5.4.46. FARMACIA

- FARMACIA OSPEDALIERA -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono presenti procedure documentate riferite alle principali attività di produzione galenica.		A
2.	Sono presenti procedure documentate riferite ai controlli di qualità sulle principali attività di produzione galenica.		C
3.	Sono presenti procedure per la preparazione, la conservazione, la distribuzione, lo stoccaggio e la movimentazione di farmaci sterili e mescolanze infusionali, se effettuate.		C
4.	Sono presenti procedure documentate riferite ai controlli di qualità di farmaci sterili e mescolanze infusionali.		C
5.	Sono presenti procedure per la preparazione e successive conservazione, distribuzione, stoccaggio e movimentazione di nutrienti per la nutrizione artificiale, se effettuate.		C
6.	Sono presenti procedure documentate riferite ai controlli di qualità sulla preparazione di nutrienti per la nutrizione artificiale.		C
7.	Sono presenti procedure per la distribuzione, lo stoccaggio e la movimentazione dei farmaci e del materiale sanitario, sterile e non sterile.		A
8.	Sono presenti procedure riferite alle attività di ricevimento del materiale in arrivo.		A
9.	Sono presenti procedure per il controllo delle idonee modalità di conservazione dei prodotti gestiti.		B
10.	Sono presenti procedure riferite alle attività di dispensazione dei farmaci e del materiale sanitario gestito.		A
11.	Sono presenti procedure riferite alle principali attività culturali d'informazione ed educazione sul farmaco (gestione del Prontuario Terapeutico).		B
12.	Sono presenti procedure riferite alle attività connesse alla sperimentazione clinica per quanto di competenza della Farmacia.		B
13.	Sono presenti procedure riferite alle attività di Farmacovigilanza con la raccolta delle segnalazioni di effetti indesiderati da farmaci.		A
14.	Sono presenti procedure riferite alle attività di analisi della prescrizione farmaceutica, tramite indagini statistiche dei consumi ed epidemiologiche.		C
15.	Sono presenti procedure riferite alle attività di controllo di qualità sulle sostanze o sul materiale sanitario.		C
16.	Sono presenti procedure riferite alle attività di ispezione agli armadi farmaceutici di reparto.		A
17.	Sono presenti procedure riferite alle attività per la gestione di prestazioni farmaceutiche d'urgenza.		A
18.	Sono presenti procedure riferite alle attività per la gestione di farmaci non in commercio in Italia ai sensi del decreto legislativo 11 dicembre 1997.		B
19.	Esiste l'elenco dei prodotti gestiti, coerente con le esigenze terapeutiche e diagnostiche delle singole unità organizzative		A

	della struttura.		
20.	Esiste una procedura per le preparazioni galeniche particolari contenente: - l'identificazione qualitativa e quantitativa del prodotto; - l'identificazione del richiedente; - l'identificazione del paziente per le richieste personalizzate; - la motivazione clinica per i prodotti per i quali è richiesta la procedura; - l'eventuale sussistenza di criteri d'urgenza e di priorità; - la data di esecuzione della prestazione; - l'identificazione del farmacista preparatore.		B
21.	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, lotti di produzione); - report mensili di consumo per centri di costo.		A
22.	Sono disponibili procedure per la gestione dell'attività di controllo e di vigilanza sui farmaci e materiali sanitari gestiti.		C

- FARMACIA TERRITORIALE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
23.	Sono presenti procedure relative alla tenuta ed aggiornamento del Prontuario Terapeutico del Servizio sanitario nazionale (SSN).		A
24.	Sono presenti procedure per la ricezione delle ricette SSN dalle farmacie convenzionate.		A
25.	Sono presenti procedure per la revisione delle ricette ai fini della liquidazione alle farmacie.		B
26.	Sono presenti procedure riferite alle attività di analisi della prescrizione farmaceutica, tramite indagini statistiche dei consumi ed epidemiologiche.		C
27.	Sono presenti procedure di collaborazione con il servizio economico-finanziario per la liquidazione delle competenze alle farmacie e la registrazione dei dati delle ricette.		B
28.	Sono presenti procedure per effettuare la vigilanza sulla corretta applicazione della Convenzione Nazionale per l'Assistenza Farmaceutica (DPR 371/98).		A
29.	Sono presenti procedure per le ispezioni ed i controlli sulle farmacie pubbliche e private secondo la normativa vigente.		A
30.	Sono presenti procedure per l'autorizzazione e/o decadenza all'apertura ed esercizio delle farmacie e dei dispensari farmaceutici.		B
31.	Sono presenti procedure per l'erogazione dell'indennità di disagio servizio ai farmacisti rurali, dell'indennità spettante al farmacista incaricato della gestione del dispensario farmaceutico.		A
32.	Sono presenti procedure riferite alla regolamentazione dei turni, degli orari e delle ferie annuali delle farmacie pubbliche e private.		A

33.	Sono presenti procedure riferite alle principali attività culturali d'informazione ed educazione sul farmaco.		B
34.	Sono presenti procedure per la gestione dell'attività della Commissione Farmaceutica Aziendale.		A
35.	Sono presenti procedure riferite alle attività di Farmacovigilanza, con la raccolta delle segnalazioni di effetti indesiderati da farmaci.		A
36.	Sono presenti procedure riferite alla predisposizione di accordi con le farmacie esterne convenzionate per l'erogazione di prestazioni di assistenza integrativa.		A
37.	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).		C

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	37	***

5.4.47. PRESIDI AMBULATORIALI DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE.

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente, oppure ai familiari aventi diritto, di ottenere informazioni sulle sue condizioni.		A
2.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti.		A
3.	Ciascun ospite ha una cartella o scheda su cui ogni operatore annota cure e trattamenti.		A
4.	E' identificato per ogni utente un <i>case-manager</i> responsabile del percorso assistenziale di struttura e dei rapporti con i familiari.		C
5.	Sono disponibili e sono applicati protocolli diagnostico-terapeutici per le principali patologie trattate.		B
6.	E' effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici.		C
7.	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento (es. codici colore).		C
8.	Esistono procedure per garantire all'interno della struttura una agevole mobilitazione, attiva e passiva, degli utenti.		A
9.	Sono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni degli utenti e degli operatori (es. l'eliminazione di piastrelle rotte, di spigoli, di manovelle sporgenti dei letti, l'uso di sostanze-dispositivi antisdrucchiolo, ecc.).		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	9	***

5.4.48. ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI RIABILITAZIONE

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente, oppure ai familiari aventi diritto, di ottenere informazioni sulle sue condizioni.		A
2.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti.		A
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.		A
4.	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 per il proseguimento delle cure a domicilio.		A
5.	Ciascun ospite ha una cartella o scheda su cui ogni operatore annota cure e trattamenti.		A
6.	La documentazione clinica è periodicamente sottoposta a revisione della completezza e dell'appropriatezza.		B
7.	E' identificato per ogni utente un <i>case-manager</i> responsabile del percorso assistenziale di struttura e dei rapporti con i familiari.		C
8.	Sono disponibili e sono applicati protocolli diagnostico-terapeutici per le principali patologie trattate, basati, ove disponibili, su evidenze scientifiche di efficacia.		B
9.	E' effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici.		C
10.	Esistono procedure scritte per la formulazione dei piani di trattamento che sono redatti e verificati dall'equipe multidisciplinare e contengono: - modalità di effettuazione delle valutazioni mediante test clinici e strumentali; - modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi; - modalità di valutazione dei risultati attesi.		B
11.	E' prevista la consulenza protesica.		A
12.	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento (es. codici colore).		C
13.	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.).		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	13	***

5.4.49. LUNGODEGENZA

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esistono procedure per il collegamento con l'Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) o con l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) per garantire la continuità assistenziale.		A
2.	Esistono procedure e protocolli per il collegamento con le unità organizzative di degenza per acuti.		A
3.	Esistono procedure e protocolli per il collegamento con le unità organizzative di riabilitazione.		A
4.	Sono adottate le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni degli operatori da movimentazione dei carichi.		A
5.	E' garantito un servizio o una funzione di assistenza sociale.		A
6.	Esistono e sono applicate procedure che garantiscono una adeguata prevenzione e terapia dei decubiti.		A
7.	Esistono e sono applicate procedure e protocolli per l'accesso alla lungodegenza post-acuzie.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	7	***

5.4.50. RIABILITAZIONE

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
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.		A
2.	E' garantita, attraverso procedure ed idonei strumenti organizzativi, l'integrazione multiprofessionale nella progettazione e nella realizzazione delle attività assistenziali infermieristiche.		A
3.	La dimissione del paziente è formalizzata attraverso una procedura integrata tra le diverse professionalità operanti nel reparto e sintetizzata da un'idonea documentazione.		B
4.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza degli ospiti.		A
5.	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.		A
6.	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. <i>[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.]</i>		A
7.	La struttura dispone di procedure per il collegamento con l'alta specialità riabilitativa.		B
8.	Sono disponibili e sono applicati protocolli diagnostico-terapeutici per le principali patologie trattate, basati, ove disponibili, su evidenze scientifiche di efficacia.		A
9.	E' effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici.		B
10.	E' prevista la consulenza protesica.		A
11.	E' disponibile una consulenza di tipo psicologico.		B
12.	E' disponibile un servizio o una funzione di assistenza sociale.		A
13.	Esistono procedure per garantire all'interno della struttura una agevole mobilitazione - attiva e passiva - degli utenti.		A
14.	Sono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori.		A
15.	E' garantita l'informazione relativa al confezionamento di ausili ed ortesi.		B
16.	Se necessarie, sono garantite la terapia occupazionale e l'ergoterapia.		B
17.	Esiste all'interno della struttura un servizio o una funzione di analisi strumentale del movimento e della postura.		C

18.	Esiste una procedura per sperimentazione di soluzioni di automazione domestica finalizzate all'aumento dell'autonomia del paziente, dopo il rientro a casa.		C
19.	E' garantito l'addestramento all'uso di modalità di comunicazione verbale e non verbale alternative.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	19	***

5.4.51. SERT

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	L'unità organizzativa è facilmente accessibile anche attraverso l'utilizzo di mezzi pubblici.		A
2.	Esistono procedure definite per l'accoglienza e la presa in carico degli utenti.		A
3.	L'unità organizzativa 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.		A
4.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per interventi a bassa soglia.		A
5.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per l'invio dell'utente in comunità terapeutiche.		A
6.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per la gestione dei casi inseriti in comunità.		A
7.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per il collegamento con gli altri servizi: ospedale, laboratori analisi etc.		A
8.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per l'effettuazione della terapie alternative, anche sperimentali.		B
9.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per la rapida risposta alle emergenze.		A
10.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per il monitoraggio e la valutazione dei casi.		A
11.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure di collegamento con altri servizi di tipo istituzionale sul territorio (carcere, provveditorato agli studi, ecc.).		A
12.	L'unità organizzativa dispone di uno sportello informativo.		B
13.	L'unità organizzativa ha predisposto procedure per la gestione dei reinserimenti socio-lavorativi per gli utenti.		B
14.	Sono assicurati interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria sia per i giovani sia per gli adulti.		A
15.	Sono previsti interventi di consulenza legale.		C
16.	Sono previsti interventi di consulenza in carcere e in altre sedi, in caso di misure alternative (es. arresti domiciliari).		B
17.	Sono previsti interventi di tipo psicologico e di sostegno socio-educativo alla famiglia dei casi in carico.		B
18.	E' garantito il monitoraggio, tramite indicatori, per ciascun caso trattato, il rapporto con le sostanze e la qualità della vita.		C

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	18	***

5.4.52. RESIDENZE SOCIO-SANITARIE PER TOSSICODIPENDENTI

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono redatte procedure per la definizione delle modalità e dei criteri di ammissione e di dimissione.		A
2.	Esiste un elenco delle attività educative e riabilitative regolarmente svolte.		A
3.	Per ciascun ospite è formulato ed è documentato un progetto terapeutico-riabilitativo, coerente con il programma formulato dal SERT di riferimento.		A
4.	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. 		A
5.	Sono definite le regole di vita comunitaria, anche al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive.		A
6.	Sono svolte attività formative ed occupazionali volte al recupero scolastico.		B
7.	Sono svolte attività formative ed occupazionali come corsi di formazione professionale ed attività lavorative.		A
8.	Sono svolte attività di socializzazione come attività ricreative, sportive e culturali individuali e di gruppo.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	8	***

5.4.53. POLIAMBULATORI

I requisiti si applicano ai poliambulatorii, definiti come strutture fisiche e organizzative che erogano prestazioni sanitarie multidisciplinari di secondo livello.

- GUIDA AI SERVIZI -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	La Guida ai servizi è fornita all'utente.		A
2.	Nella Guida, sono esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente.		A
3.	La Guida contiene informazioni riguardanti almeno: - nome e cognome del responsabile del poliambulatorio; - elenco delle prestazioni erogabili; - modalità di accesso; - orari di accesso; - orari per il rilascio di eventuali referti.		A

- ORGANIZZAZIONE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
4.	Esiste una procedura per lo smaltimento rifiuti.		A
5.	Il materiale disinfettato o sterile è adeguatamente conservato secondo procedure scritte.		A
6.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività ambulatoriali.		A
7.	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.		A
8.	Sono garantiti il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività ambulatoriali, per quanto possibile, considerati i limiti strutturali e logistici del poliambulatorio.		A
9.	Ogni volta che il paziente è sottoposto ad indagini o a prestazioni diagnostiche, è rilasciata 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.		A
10.	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.		A
11.	Esiste un sistema per la gestione delle code e per i servizi per cui esiste il libero accesso.		C
12.	E' presente un archivio informatizzato per la gestione dei dati anagrafici relativi ai pazienti.		B
13.	E' documentata la partecipazione di parte del personale sanitario assegnato al poliambulatorio ad un corso di rianimazione cardiopolmonare di base.		B

- GESTIONE DELLE PROCEDURE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
14.	I presidi ambulatoriali che usufruiscono, per le attività di disinfezione e di sterilizzazione, di strutture esterne: - 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.		A
15.	Esiste una procedura per la raccolta del consenso informato.		A

- STRUTTURA ORGANIZZATIVA -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
16.	E' definito l'organigramma del personale assegnato al poliambulatorio, che è periodicamente - con cadenza almeno semestrale - aggiornato.		A
17.	Esiste una matrice delle responsabilità e delle attività ad esse corrispondenti.		B
18.	Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione degli operatori in caso di assenza.		A
19.	Esiste un programma di accoglienza e di addestramento per i nuovi assunti.		A
20.	Esiste un piano annuale di formazione del personale concordato con gli operatori.		C

- GESTIONE DELLE TECNOLOGIE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
21.	Esiste l'inventario delle attrezzature presenti nel poliambulatorio comprendente: - il tipo di strumento; - il codice identificativo (se l'attrezzatura è di proprietà della struttura).		B
22.	E' individuato il referente per l'attivazione delle procedure di manutenzione delle singole attrezzature.		A

- SISTEMA INFORMATIVO -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
23.	Esiste evidenza che i flussi informativi si attuano in modi e tempi previsti dal sistema informativo attraverso una procedura specifica.		A
24.	E' garantita la riservatezza dei dati e delle informazioni.		A

- GESTIONE DELLA QUALITÀ -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
25.	L'unità organizzativa partecipa annualmente almeno ad un progetto di miglioramento della qualità.		A
26.	I dati dei risultati delle attività di miglioramento della qualità sono periodicamente discussi in riunioni interne.		B

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	26	***

5.4.54. CONSULTORI FAMILIARI

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono assicurate l'unitarietà, attraverso l'utilizzo di procedure standardizzate, e l'integrazione socio-sanitaria all'interno di ogni attività consultoriale.		A
2.	Esiste un documento in cui è esplicitata l'organizzazione in generale e, se effettuate, l'organizzazione delle attività ad alta specializzazione.		A
3.	E' previsto un collegamento funzionale formalizzato con il Dipartimento Materno-infantile, i servizi di Colposcopia e di Ecografia afferenti all'organizzazione aziendale, per l'invio di segnalazioni provenienti dall'unità organizzativa.		B
4.	Sono previste procedure per la raccolta dei dati necessari per la sorveglianza epidemiologica, utilizzabili a scopo preventivo, statistico ed epidemiologico.		A
5.	Sono promosse iniziative finalizzate all'informazione, all'educazione ed alla prevenzione dei tumori della sfera genitale.		A
6.	L'unità organizzativa svolge iniziative finalizzate alla promozione dell'allattamento al seno.		A
7.	Sono promosse iniziative finalizzate all'informazione ed all'educazione sessuale per la procreazione responsabile.		A
8.	Sono disponibili profili di assistenza relativi a: - interruzione volontaria di gravidanza (IVG); - gravidanza; - puerperio.		B
9.	E' predisposta una procedura per la definizione delle modalità di presa in carico dell'utente.		B
10.	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.).		C

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	10	***

5.4.55. RESIDENZE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE PER PRESTAZIONI A CICLO CONTINUO O DIURNO – REQUISITI GENERALI

Rientrano tra le strutture sanitarie e socio-sanitarie per prestazioni a ciclo continuo o diurno:

1. *Nuclei di Assistenza Residenziale (NAR);*
2. *Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti (comprese quelle che ospitano nuclei per malati di Alzheimer o demenze);*
3. *Residenze Sanitarie Terapeutiche (RST);*
4. *Residenze Sanitarie per Disabili (RSD);*
5. *Residenze Sanitarie Riabilitative (RSR).*

- LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste un documento di programmazione della struttura in cui sono esplicitati gli obiettivi e le attività di breve e di medio periodo.		A
2.	Gli obiettivi e le attività del documento di programmazione sono formulati con il coinvolgimento dei rappresentanti del personale della struttura.		B
3.	Gli obiettivi individuati dalla direzione sono portati a conoscenza del personale della struttura.		A
4.	I risultati dell'attività svolta, in relazione anche agli obiettivi prefissati nel budget, sono presentati e discussi in riunione con il personale dell'articolazione organizzativa almeno una volta all'anno.		B
5.	Sono indicate - per iscritto - le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza.		A
6.	Lo schema organizzativo è revisionato almeno annualmente.		A
7.	Esistono forme di coinvolgimento di ospiti e familiari nella gestione della struttura (comitati etc.).		A
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.		A

- LA SICUREZZA E IL BENESSERE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
9.	E' garantita la possibilità di socializzazione e di attività creativa per l'utenza.		A
10.	E' garantita all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento.		B
11.	E' garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle zone di libero accesso per l'utenza.		A
12.	Sono individuati i referenti per l'attivazione delle procedure di manutenzione delle singole attrezzature.		A
13.	Esiste evidenza della esecuzione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria.		A
14.	E' garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza.		A
15.	E' garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza.		B
16.	Sono adottate le necessarie misure per la prevenzione degli		B

	infortuni di ospiti e di operatori.		
17.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti.		A
18.	La struttura ha modalità di custodia di valori e di beni personali.		A
19.	Ai fini della prevenzione degli infortuni, è garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza.		B

- IL LOCALE DI VISITA -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
20.	Esistono e sono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente.		A
21.	Esistono e sono seguite procedure relative alla corretta conservazione, gestione, utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione.		A
22.	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.		A

- LA FORMAZIONE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
23.	Esiste un programma di accoglienza per i nuovi assunti che comprenda informazioni su: - 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.		B
24.	Esiste un programma di addestramento per i nuovi assunti.		A
25.	Esiste un documento scritto che definisce il programma annuale di formazione continua.		B
26.	La programmazione delle attività di formazione continua è effettuata con la partecipazione degli operatori coinvolti.		B
27.	L'attività formativa degli operatori è documentata in una relazione annuale al responsabile della struttura.		B

- IL PERCORSO ASSISTENZIALE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
28.	Esiste formalizzazione scritta dei criteri e delle procedure di accesso e di trasferimento dei pazienti che coinvolge i seguenti soggetti: - distretto; - Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) o Unità di Valutazione Geriatrica (UVG); - medici di medicina generale; - strutture di ricovero per acuti; - altre strutture residenziali.		A
29.	Ciascun residente ha un piano assistenziale individuale (PAI)		A

	scritto, riportato su cartella o scheda, che è periodicamente aggiornato in incontri dell'equipe assistenziale multidisciplinare.		
30.	Ciascun ospite ha una cartella clinica individuale in cui ogni operatore annota cure e trattamenti.		A
31.	E' identificato per ogni ospite un <i>case-manager</i> responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari.		C
32.	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.		A
33.	Esiste una procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti. <i>[Nel caso di residenze sanitarie private, la procedura prevede l'attivazione dei competenti organi degli Enti Pubblici per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale].</i>		A
34.	La struttura ha predisposto una procedura per il trasporto degli ospiti in caso di necessità.		A
35.	Esiste documentazione della gestione delle liste d'attesa.		A
36.	Esistono procedure scritte relative all'accoglienza, alla registrazione e all'informazione di pazienti e di familiari.		B
37.	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente, oppure ai familiari aventi diritto, di ottenere informazioni sulle sue condizioni.		A

- L'ASSISTENZA SANITARIA -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
38.	I Medici di Medicina Generale, quando previsto, garantiscono la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità previste dall'Accordo Integrativo Regionale.		A
39.	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze.		A
40.	Esiste una procedura per le richieste di visite specialistiche.		A
41.	Le cure infermieristiche e alla persona sono regolarmente annotate in cartella.		A
42.	Esistono procedure scritte per: - il bagno e la doccia; - l'igiene orale; - l'igiene a letto.		A
43.	Esistono procedure per la somministrazione di farmaci.		A
44.	La distribuzione e la somministrazione di farmaci è effettuata da un infermiere o da altro figura professionale sanitaria adeguatamente formata.		A
45.	I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti sono riportati in cartella.		A
46.	Esistono procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale.		A
47.	Esistono programmi individuali di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette.		B
48.	E' garantita l'attività di podologia.		B
49.	Esistono procedure per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito.		A
50.	Il decorso delle piaghe da decubito è monitorato		A

	regolarmente in cartella.		
51.	Il personale di assistenza è specificamente addestrato alla prevenzione e al trattamento dei decubiti.		A
52.	Esistono procedure per il controllo delle infezioni negli ospiti a rischio (es. cateterizzati, tracheostomizzati, ecc.).		A
53.	Volontari e parenti sono addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti.		C
54.	I familiari sono addestrati al <i>nursing</i> prima della dimissione.		B
55.	E' garantita la funzione di assistenza sociale.		A
56.	In cartella, sono registrate informazioni sui problemi sociali dell'ospite e della famiglia.		B
57.	E' garantito l'accesso alle prestazioni specialistiche sia all'interno della struttura sia all'esterno della medesima.		A
58.	Si svolgono attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo.		A

- GLI ASPETTI ALBERGHIERI -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
59.	E' garantito il controllo igienico sanitario e nutrizionale degli alimenti.		A
60.	Esistono protocolli per la pulizia e la sanificazione delle cucine, se presenti. <i>[Qualora il servizio mensa sia appaltato all'esterno, la struttura acquisisce i protocolli dalla ditta appaltatrice].</i>		A
61.	E' possibile scegliere in anticipo tra diversi menù.		A
62.	E' possibile offrire diete speciali personalizzate, per ospiti con esigenze o preferenze particolari (es. patologie, intolleranze ecc.).		A
63.	Gli ospiti che ne hanno necessità sono aiutati al momento dei pasti.		A
64.	I pasti sono serviti a giusta temperatura.		A
65.	Gli ospiti possono tenere nelle loro stanze oggetti personali.		A
66.	E' possibile tenere un televisore in camera.		B
67.	Ogni ospite ha un guardaroba personale adeguato.		A
68.	Gli indumenti personali sono identificati quando sono mandati in lavanderia.		A
69.	Esiste un protocollo interno per la pulizia e la sanificazione ambientale.		A
70.	Esistono protocolli interni per un corretto lavaggio degli effetti lettercci e degli indumenti (se la lavanderia non è appaltata).		A
71	E' disponibile nella struttura un barbiere oppure una parrucchiera almeno una volta alla settimana.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	71	***

5.4.56. RESIDENZE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE PER PRESTAZIONI A CICLO CONTINUO O DIURNO – REQUISITI SPECIFICI

- RSA PER ANZIANI -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' effettuata prima dell'ammissione una valutazione sanitaria completa.		A
2.	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.		B
3.	Esistono programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti.		A
4.	Sono erogate prestazioni riabilitative di mantenimento e di terapia occupazionale.		A
5.	E' identificata per ogni ospite una persona che lo rappresenta, per quanto riguarda confidenzialità delle informazioni, consenso ai trattamenti, gestione delle finanze e dei beni personali.		A
6.	E' organizzata e facilitata l'attività di un gruppo di sostegno per i familiari.		B
7.	Esistono procedure per l'attività riabilitativa di base.		A

- RSA PER DISABILI -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
8.	E' garantito l'accesso alle prestazioni specialistiche sia all'interno della struttura sia all'esterno della medesima.		A
9.	Si svolgono attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo.		A
10.	Sono disponibili linee guida, periodicamente revisionate, che orientano il personale nelle attività abitualmente espletate.		B
11.	E' effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione delle linee guida.		B
12.	E' previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità presenti.		A
13.	E' prevista la consulenza protesica.		A
14.	Esistono procedure per le attività riabilitative di base.		A

- RSA PER RIABILITAZIONE -

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
15.	E' garantito l'accesso alle prestazioni specialistiche sia all'interno della struttura sia all'esterno della medesima.		A
16.	Si svolgono attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo.		A
17.	Sono disponibili linee guida, periodicamente sottoposte a revisione, che orientano il personale nelle attività abitualmente espletate.		B
18.	E' effettuata periodicamente la revisione del grado di		B

	applicazione delle linee guida.		
19.	E' previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità presenti.		A
20.	E' prevista la consulenza protesica.		A
21.	Esistono procedure per le attività riabilitative di base.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***		***

5.4.57. RESIDENZE SANITARIE PER LE CURE PALLIATIVE

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
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.		A
2.	Esistono procedure scritte di collegamento funzionale con i servizi di assistenza domiciliare.		A
3.	Esiste un protocollo di accettazione diretta del paziente.		B
4.	Esistono protocolli per la presa in carico del paziente.		A
5.	Sono definiti i criteri per la formulazione del programma terapeutico ed assistenziale individualizzato.		B
6.	Il programma terapeutico ed assistenziale, di cui esiste documentazione, è formulato per iscritto e periodicamente aggiornato in incontri dell'equipe assistenziale multidisciplinare.		A
7.	Il programma terapeutico ed assistenziale è orientato a migliorare la qualità della vita residua del paziente, prevedendo: - 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.		A
8.	La valutazione multidisciplinare del paziente è effettuata con strumenti di misura e monitoraggio adeguati (es. schede, scale, test, ecc.).		B
9.	Esistono protocolli diagnostico-terapeutici per il: - trattamento del dolore; - trattamento della nausea e del vomito; - trattamento della dispnea; - trattamento dell'occlusione intestinale; - trattamento dell'edema polmonare acuto.		A
10.	Esistono protocolli assistenziali per: - 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.).		B
11.	Esistono protocolli scritti per le seguenti attività assistenziali: - igiene del malato;		C

	- mobilitazione; - alimentazione.		
12.	E' definito un protocollo di comunicazione con il paziente e con i familiari o con altre persone di riferimento.		B
13.	E' definito un protocollo di preparazione e supporto del lutto.		C
14.	Esistono protocolli per la dimissione del paziente.		A
15.	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.		A
16.	E' definito un programma di supporto per la prevenzione della sindrome da <i>burn-out</i> negli operatori.		A
17.	Sono formalizzate le attività di accoglienza e di utilizzo nella struttura di volontari organizzati ed appositamente formati .		C
18.	E' attuato un programma di audit clinico strutturato con incontri mensili.		C

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	18	***

5.4.58. STABILIMENTI TERMALI

N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1	Esiste documentazione che garantisca il rispetto di quanto previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 2197 in data 23 giugno 1997.		A

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	1	***

5.4.59. STUDI ODONTOIATRICI

- I DIRITTI DEGLI UTENTI E L'ORGANIZZAZIONE -

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

- L'ORGANIZZAZIONE IGIENICO SANITARIA -

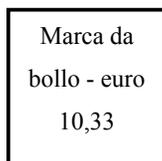
N.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
13.	Esiste una procedura per lo smaltimento rifiuti.		A
14.	Sono disponibili procedure che garantiscano per ogni utente l'utilizzo di set sterili.		A
15.	Il materiale disinfettato o sterile è adeguatamente conservato secondo protocolli scritti.		A
16.	Esistono procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività ambulatoriali.		A
17.	Esistono e sono seguite procedure relative alla corretta conservazione, gestione e utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali.		A
18.	La struttura che usufruisce, per le attività di disinfezione e sterilizzazione, di organismi esterni: - adotta protocolli operativi per le procedure di lavaggio, di		A

	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.		
--	--	--	--

- RIEPILOGO DEI REQUISITI ORGANIZZATIVI SPECIFICI SODDISFATTI -

REQUISITO	Requisiti posseduti	Requisiti totali	Percentuale posseduti
Requisiti di tipo A			
Requisiti di tipo B			
Requisiti di tipo C			
Totale dei requisiti applicabili			
Requisiti non applicabili	***		***
Totale requisiti specifici della sezione	***	18	***

ALLEGATO – Schema di istanza per l'accreditamento.



**All'Assessorato Sanità, Salute e
Politiche Sociali
Via de Tillier, 30
11100 AOSTA AO**

OGGETTO: richiesta di rilascio di accreditamento ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 1232 in data 26 aprile 2004.

Il/La sottoscritt _____ , nat_ a _____ ,
prov. _____ , il _____ , codice fiscale n. _____ ,
residente in _____ , via/frazione _____ , n. _____ ,
tel. _____ , in qualità di legale rappresentante della struttura avente la
seguente denominazione o ragione sociale _____

_____ con sede nel Comune di _____ ,
via/frazione _____ , n. _____ , iscritta al Registro delle imprese
di _____ al numero _____ in data _____ avente per
oggetto la realizzazione della seguente attività, specificandone la tipologia ed eventualmente
l'unità organizzativa:

- sanitaria: _____
- socio-sanitaria: _____

ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 1232 in data 26 aprile 2004,

RIVOLGE ISTANZA DI RILASCIO DI

- primo accreditamento;
- rinnovo dell'accREDITamento approvato con deliberazione della Giunta regionale n.
_____ in data _____;

per la struttura di cui trattasi, già autorizzata ai sensi del:

- decreto del Presidente della regione n. _____ in data _____ ;
- deliberazione della Giunta regionale n. _____ in data _____ ;

Il sottoscritto si impegna, ai sensi degli articoli 21 e 38 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 a:

- comunicare tempestivamente eventuali modificazioni nel possesso dei requisiti previsti dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1232 in data 26 aprile 2004;
- consentire il libero accesso al personale dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali o dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta addetto all'attività di monitoraggio e vigilanza;
- conservare per la durata dell'accreditamento e per i tre anni successivi la documentazione a supporto della presente istanza.

Allo scopo, il sottoscritto allega la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- visura camerale, se ricorre l'obbligo di iscrizione al Registro delle imprese;
- le schede di autovalutazione previste dal Manuale per l'accreditamento, compilate in relazione alle attività per le quali è richiesto l'accreditamento;
- la documentazione contrassegnata con il simbolo  prevista dal Manuale per l'accreditamento;
- altro _____

_____.

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di dati personali", che i dati personali saranno depositati presso la struttura regionale che cura l'istruzione della pratica, che i dati potranno essere ulteriormente trattati per l'inserimento in elaborazioni di tipo statistico o in altri elenchi a disposizione dell'Amministrazione regionale, e di essere a conoscenza dei diritti che la medesima legge riconosce all'interessato.

_____, il _____

Il legale rappresentante
- timbro e firma -
