

REPUBBLICA ITALIANA



BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LIGURIA

Direzione, Amministrazione: Tel. 010 54.851
Redazione: Tel. 010 5485663 - 5068 - Fax 010 5484815
Abbonamenti e Spedizioni: Tel. 010 5485232 - 5253

Internet: www.regione.liguria.it
E-mail: abbonati@regione.liguria.it
E-mail: burl@regione.liguria.it

PARTE SECONDA

Genova - Via Fieschi 15

CONDIZIONI DI VENDITA: Ogni fascicolo E. 2,07. "La vendita è effettuata esclusivamente in Genova presso la Libreria Giuridica - Galleria E. Martino 9."

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO: Con decorrenza annuale:

Canone globale: E. 144,61 - Parte I: E. 61,97 - Parte II: E. 54,23 - Parte III: E. 36,15 - Parte IV: E. 25,82 - Sconto alle librerie: 10% - È esclusa la fatturazione. I Supplementi Straordinari (Leggi finanziarie, Ruolo nominativo S.S.N., ...) non sono compresi nei normali canoni di abbonamento, il singolo prezzo viene stabilito dall'Ufficio di Presidenza; degli atti in essi contenuti ne viene data notizia sul corrispondente fascicolo ordinario. Il costo dei fascicoli arretrati è il doppio del prezzo di copertina. I fascicoli esauriti sono prodotti in fotocopia il cui prezzo è di E. 0,13 per facciata. I fascicoli non recapitati devono essere richiesti entro 30 giorni.

CONDIZIONI DI PUBBLICAZIONE E TARIFFE: Tutti gli annunci e avvisi dei quali si richiede la pubblicazione sul B.U.R.L. devono essere prodotti in originale, redatti in carta da bollo nei casi previsti dal D.p.r. 26.10.1972 n. 642 e s.m., con allegate due fotocopie, firmati dalla persona responsabile che richiede la pubblicazione, con l'indicazione della qualifica o carica sociale. Il costo della pubblicazione è a carico della Regione quando la pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti regionali - Alle richieste di pubblicazione onerosa deve essere allegata la ricevuta del versamento sul c/c postale dell'importo dovuto, secondo le **TARIFFE vigenti**: diritto fisso di intestazione E. 2,58 - Testo E. 1,03 per ciascuna linea di scrittura (massimo 65 battute) o frazione, compresa la firma dattiloscritta. Sconto del 10% sui testi anticipati per posta elettronica.

TERMINI DI PUBBLICAZIONE: Si pubblica di regola il mercoledì, se coincidente con festività, il primo giorno successivo non festivo. Gli annunci, avvisi e bandi di concorso da pubblicarsi entro i termini stabiliti devono pervenire alla Redazione del B.U.R.L. Via Fieschi 15 - 16121 Genova, entro le ore 12 dei due mercoledì precedenti l'uscita del Bollettino; la scadenza indicata deve essere di almeno 15 giorni dalla data di pubblicazione, pena la mancata pubblicazione.

CONDIZIONI DI PAGAMENTO: Il pagamento degli abbonamenti e delle inserzioni deve avvenire esclusivamente mediante versamento sul c/c postale N. 00459164 intestato al Bollettino Ufficiale Regione Liguria, Via Fieschi, 15 - 16121 Genova indicando a tergo del certificato di allibramento, la causale del versamento. L'Amministrazione non risponde dei ritardi causati dalla omissione di tale indicazione.

Grafica Veneta S.r.l. - Trebaseleghe (PD)

Pubblicazione settimanale - "Spedizione in a.p. Art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di GENOVA"

PARTE SECONDA

AVVISI

Atti di cui all'art. 4 della Legge Regionale 28 dicembre 1988 n. 75

SOMMARIO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 29.04.2002 N. 395

Approvazione procedura e istanza per la richiesta di accreditamento dei presidi sanitari e socio-sanitari pubblici e privati, versione aggiornata del "manuale per l'accreditamento" nonché disposizioni relative all'avvio dello stesso.

pag. 2548

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

29.04.2002

N. 395

Approvazione procedura e istanza per la richiesta di accreditamento dei presidi sanitari e socio-sanitari pubblici e privati, versione aggiornata del "manuale per l'accreditamento" nonché disposizioni relative all'avvio dello stesso.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la L.R. 30.7.1999 n. 20 recante norme in materia di autorizzazione, vigilanza e accreditamento per i presidi sanitari e socio-sanitari, pubblici e privati e di recepimento del D.P.R. 14.1.1997, con la quale la Regione Liguria ha dato applicazione all'art. 8 e seguenti del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, relativi alla definizione dei requisiti minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie e alla disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali fondati sul criterio dell'accreditamento istituzionale;

Visti i precedenti provvedimenti relativi all'attuazione del sistema per l'accreditamento secondo le disposizioni previste dalla succitata L.R. 20/1999 ed in particolare:

- la deliberazione di Giunta Regionale n. 501 del 4.5.2001, con la quale si è provveduto alla nomina dei componenti della Commissione tecnica per la verifica e l'accertamento dei requisiti per l'accreditamento nonché il decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 122 del 31.7.2001 con il quale sono stati designati gli esperti che integrano la Commissione per la valutazione degli aspetti specifici correlati alle diverse funzioni e tipologie dei presidi da accreditare;
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 1335 del 16.11.2001 che approva il "Manuale per l'accreditamento istituzionale delle attività sanitarie" di definizione dei requisiti ulteriori (strutturali, tecnologici e organizzativi) richiesti per l'accreditamento (pubblicata sul supplemento Ordinario del BUR n. 51 del 19.12.2001) e indica quale data di inizio per

l'attivazione del sistema per l'accreditamento, il 30.4.2002;

- la deliberazione di Giunta Regionale n. 75 del 1.2.2002 con la quale si approva il regolamento interno della suddetta Commissione Tecnica e si dispone che la stessa si avvalga, per le verifiche da effettuare presso i presidi da accreditare, di personale tecnico delle Aziende ASL;

Atteso che in attuazione di quanto disposto dalla predetta deliberazione di Giunta Regionale n. 1335/2001 si ritiene opportuno approvare, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- la procedura per presentare l'istanza di accreditamento da parte dei presidi che ai sensi di legge operano o intendono operare per conto del Servizio Sanitario Regionale (allegato A) e il relativo modello di domanda (allegato B);
- la versione aggiornata del citato "Manuale per l'Accreditamento" (allegato C);

Ritenuto inoltre di disporre che:

- il Dipartimento Sanità assume tutte le ulteriori determinazioni organizzative necessarie alla piena attuazione del presente provvedimento, con particolare riguardo alla messa in opera della strumentazione informatica e delle modalità per il suo corretto utilizzo ai fini della presentazione delle istanze nonché per tutti gli aspetti riguardanti il funzionamento della Commissione Tecnica per la verifica dei requisiti per l'Accreditamento;
- entro il 31 dicembre 2002 i presidi pubblici e quelli privati provvisoriamente accreditati o che al momento hanno in corso rapporti contrattuali relativi all'erogazione di prestazioni sanitarie con le Aziende Sanitarie Locali se interessati alla prosecuzione del rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale, sono tenuti a presentare l'istanza per l'accreditamento istituzionale;
- in via transitoria, tenendo conto del carattere sperimentale connesso con l'avvio del sistema di accreditamento e comunque fino al 31.12.2002, i termini relativi al procedimento di accreditamento previsti nella procedura al-

legata sono aumentati da novanta a centoventi giorni;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità

DELIBERA

- Sono approvate, come riportate in allegato e da considerare parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:
 - la procedura per presentare l'istanza di accreditamento da parte dei presidi che, ai sensi di legge, operano o intendono operare per conto del Servizio Sanitario Regionale (allegato A) e il relativo modello di domanda (allegato B);
 - la versione aggiornata del citato "Manuale per l'Accreditamento" (allegato C);
- il Dipartimento Sanità assume tutte le ulteriori determinazioni organizzative necessarie alla piena attuazione del presente provvedimento, con particolare riguardo alla messa in opera della strumentazione informatica e delle modalità per il suo corretto utilizzo ai fini

della presentazione delle istanze nonché per tutti gli aspetti riguardanti il funzionamento della Commissione Tecnica per la verifica dei requisiti per l'Accreditamento;

- entro il 31 dicembre 2002 i presidi pubblici e quelli privati provvisoriamente accreditati o che al momento hanno in corso rapporti contrattuali relativi all'erogazione di prestazioni sanitarie con le Aziende Sanitarie Locali se interessati alla prosecuzione del rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale, sono tenuti a presentare l'istanza per l'accREDITamento istituzionale;
- in via transitoria e comunque fino al 31.12.2002, i termini relativi al procedimento di accreditamento previsti nella procedura allegata sono aumentati da novanta a centoventi giorni, tenendo conto del carattere sperimentale connesso con l'avvio del sistema di accreditamento.

IL SEGRETARIO
Franco Rizzo

(Segue allegato)

All.to A)

REGIONE LIGURIA DIPARTIMENTO SANITA'

ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

Procedura concernente l'accREDITAMENTO istituzionale ai sensi dell'articolo 11 e seguenti della Legge Regionale 30 luglio 1999, n. 20

1. Oggetto della procedura.

1.1. La presente procedura disciplina le modalità per richiedere l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e quelle private che, ai sensi di legge, operano o intendono operare per conto del Servizio Sanitario Regionale.

2. Istanza di accREDITAMENTO istituzionale.

2.1. L'istanza di accREDITAMENTO, sottoscritta dal legale rappresentante del presidio da accREDITARE, deve essere presentata in triplice copia alla Regione Liguria, Commissione Tecnica per l'AccREDITAMENTO, utilizzando esclusivamente il software fornito, direttamente o tramite il sito Internet regionale, dal Dipartimento Sanità della Regione Liguria. Il software consente una redazione completa della istanza e la predisposizione della stessa mediante stampa avente valore di autocertificazione; il supporto magnetico va allegato alla suddetta stampa. La mancata corrispondenza tra i dati inseriti nel software e i dati stampati, causa l'immediato rigetto della istanza.

Il presidio invia contestualmente al Servizio AccREDITAMENTO delle strutture sanitarie e socio-sanitarie del Dipartimento Sanità la comunicazione di aver presentato l'istanza di accREDITAMENTO.

2.2. L'istanza di accREDITAMENTO deve riguardare l'intero presidio che si intende accREDITARE; non sono ammessi accREDITAMENTI parziali o per singole attività.

2.3. Alla istanza deve essere allegato:

- autorizzazione al funzionamento;
- esclusivamente per i presidi sanitari e socio-sanitari già autorizzati al funzionamento alla data di entrata in vigore della L.R. 20/1999 è richiesta la attestazione o dichiarazione avente valore di autocertificazione di aver presentato al comune di ubicazione del presidio, entro i termini previsti dalla L.R. 20/1999 e successive modificazioni (30 aprile 2002):
 - I) la certificazione relativa al possesso dei requisiti minimi previsti dal D.P.R. 14 -1-1997;
 - II) nel caso di carenza di detti requisiti, il programma di adeguamento, contenente l'indicazione degli interventi da realizzare, correlati ai rispettivi tempi; in tal caso vanno allegate, se ricevute, le eventuali comunicazioni del comune stesso in ordine all'approvazione di detto programma ovvero degli eventuali rilievi;
- dichiarazione attestante:
 - la rispondenza funzionale al fabbisogno di assistenza definito per la materia sanitaria e socio-sanitaria dalla programmazione regionale in quanto le prestazioni

erogate dal presidio interessato sono ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al D.P.C.M. del 29-11-2001;

- la adozione, da parte del presidio, di sistemi di miglioramento continuo e la accettazione di sottoporre a verifica la qualità dell'attività svolta e i risultati raggiunti;
- la accettazione della modalità di pagamento individuata da specifica normativa;
- la garanzia del rispetto delle norme sull'incompatibilità da parte del personale sanitario operante nel presidio stesso;

2.4. Il termine massimo del procedimento di accreditamento è fissato in novanta giorni: il termine decorre dalla data di ricezione della istanza presso la Commissione Tecnica per l'Accreditamento.

2.4. La Commissione provvede preliminarmente a controllare:

- a) la correttezza della richiesta di accreditamento (corretta compilazione della istanza su supporto informatico, presenza dei dati richiesti, identità tra quanto contenuto nella stampa e nel supporto informatico);
- b) la presenza degli allegati richiesti.

2.5 La Commissione può richiedere eventuali correzioni o integrazioni entro 20 giorni dall'avvio del procedimento. La richiesta sospende i termini del procedimento che riprenderanno a decorrere dal ricevimento, con le modalità concordate, della correzione o integrazione inviata.

3. Accertamento della sussistenza dei requisiti di accreditamento.

3.1. Con riferimento a ciascuna istanza di accreditamento, la Commissione tecnica accerta la sussistenza dei requisiti per l'accreditamento come previsti dal "Manuale per l'Accreditamento" e in presenza di eventuali carenze, nei casi specificamente previsti, valuta la appropriatezza e l'efficacia dei sistemi organizzativi attivati per ovviare alle stesse.

3.2. La Commissione si avvale, per i sopralluoghi da effettuarsi nelle sedi dei presidi che richiedono l'accreditamento, di personale tecnico delle Aziende USL previamente individuato con specifica comunicazione dal Direttore del Dipartimento Sanità.

3.3. La Commissione, oltre ai sopralluoghi di cui al punto precedente, può richiedere al presidio interessato, tramite audizione diretta, informazioni e chiarimenti, nel qual caso i termini del procedimento sono sospesi.

3.4. La Commissione esprime la risultanza positiva o negativa alla verifica effettuata che viene trasmessa al Dipartimento Sanità per il provvedimento di competenza.

4. Rilascio accreditamento istituzionale.

4.1. La Regione, a seguito della risultanza positiva della verifica di cui al punto 3.4., provvede all'accreditamento, mediante provvedimento di Giunta regionale, entro venti giorni dal ricevimento della verifica stessa.

4.2. In caso di provvedimento negativo di accreditamento, il legale rappresentante della struttura interessata può richiedere il riesame dell'istanza nei trenta giorni successivi all'adozione del provvedimento negativo.

4.3. L'accreditamento ha validità triennale dalla data di adozione del relativo provvedimento ed è rinnovabile su istanza, da presentarsi entro centoventi giorni dalla scadenza, con allegata una scheda di autovalutazione specificamente predisposta dalla Regione.

4.4. La Regione pubblica annualmente sul BUR l'elenco dei soggetti accreditati per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie suddivisi in strutture pubbliche ed equiparate e strutture private non lucrative e private commerciali.

All.to B)



Regione Liguria - Assessorato Sanità
Commissione Tecnica per la verifica dei requisiti per l'accreditamento
Via Dassori, 29/7 - 16131 Genova

Oggetto: Istanza di accreditamento e di iscrizione nell'elenco regionale dei soggetti accreditati per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto del S.S.N. di cui all'art. 14 della L.R. 20/1999.

Il sottoscritto Direttore Generale/Legale Rappresentante dell'Ente:

<Denominazione dell'Ente>

<Indirizzo>

<CAP> <Città>

Codice Fiscale: <Codice Fiscale>

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 12 della L.R. 30 luglio n. 20, l'accreditamento della/delle seguente/i struttura/e che eroga/erogano le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie specificate nell'istanza di accreditamento e contestuale iscrizione della/e stessa/e nell'elenco regionale di cui all'oggetto:

<Denominazione della Struttura>

<Indirizzo>

<CAP> <Città>

Codice Identificativo regionale: <Codice Identificativo regionale>

In allegato alla presente si producono i seguenti documenti:

- Autorizzazione all'esercizio.
- Per le strutture di cui all'art. 6 della L.R. 20/1999, provvedimenti comunali di approvazione del o dei piani di adeguamento ovvero Autocertificazione della presentazione al comune del possesso dei requisiti e/o dei piani di adeguamento.
- Elenco dei requisiti cui si è data una risposta positiva non applicabile e relativa motivazione.
- Assetto organizzativo e funzionale.
- Dichiarazione attestante:
 - la rispondenza funzionale al fabbisogno di assistenza definito per la materia sanitaria e socio-sanitaria dalla programmazione regionale in quanto le prestazioni erogate dal presidio interessato sono ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al D.P.C.M. del 29-11-2001;
 - l'adozione, da parte del Presidio, di sistemi di miglioramento continuo e accettazione di sottoporre a verifica la qualità dell'attività svolta e i risultati raggiunti;
 - l'accettazione della modalità di pagamento individuata dalla specifica normativa;
 - la garanzia del rispetto delle norme sull'incompatibilità da parte del personale sanitario operante nel presidio stesso;

La presente istanza viene trasmessa alla competente Commissione tecnica su floppy disk, unitamente a supporto cartaceo in triplice copia. Si dichiara che le copie consegnate costituiscono stampa integrale e fedele del contenuto del dischetto.

Si dichiara inoltre che contestualmente è stata data comunicazione della presentazione della predetta istanza alla Regione Liguria, Dipartimento Sanità, Servizio Accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, Via Fieschi, 15 - 16121 Genova.

Data,

Il Direttore Generale/Il Legale Rappresentante

All.to C)

Manuale per l'Accreditamento Istituzionale delle Attività Sanitarie

**REQUISTI E INDICATORI PER
L'ACCREDITAMENTO DELLE ATTIVITA'
SANITARIE
DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE
DELLA REGIONE LIGURIA**

(Ai sensi del DPR 14 Gennaio 1997 e della LR 30 Luglio 1999 n°20)

Premessa

L'Accreditamento in sanità nasce nel 1912, fondamentalmente come sistema per garantire il pubblico della qualità delle prestazioni erogate dalle varie strutture sanitarie. Il termine Accreditamento è stato inserito nella normativa italiana con il D.L.vo 502/92. Questo ha introdotto, assieme al concetto della necessità per tutte le strutture pubbliche e private del possesso di una serie minima di requisiti considerati indispensabili per esercitare l'attività sanitaria, anche quello della necessità, per esercitare nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), del possesso di ulteriori requisiti essenziali per assicurare un più elevato standard nella erogazione dei servizi sanitari.

Nasce da questo criterio il concetto di Accreditamento Istituzionale che rappresenta in questa definizione il provvedimento con cui la Regione riconosce alle strutture pubbliche o private, già autorizzate, che ne facciano richiesta e ne posseggano le caratteristiche, lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del SSN, in quanto in possesso di più adeguate capacità per poter erogare prestazioni di Qualità.

Da quanto sopra è possibile individuare quali devono essere le basi dei requisiti ulteriori necessari per l'accreditamento e di conseguenza le caratteristiche che requisiti ed indicatori devono possedere:

- salvaguardare i diritti dei cittadini.

- essere focalizzati sul cliente/cittadino.

- promuovere un sistema di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e del servizio erogato.

- tutelare e promuovere insieme all'accessibilità ed alla continuità assistenziale, l'efficienza, l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni.

- favorire una organizzazione orientata ai processi (organizzative ed assistenziali)

- attivare i processi di Continuous Quality Improvement.

- incentivare l'autovalutazione dei soggetti che richiedono l'accreditamento, per formare una "cultura" della valutazione nell'organizzazione.

- poter essere applicati in modo omogeneo alle strutture pubbliche e private.

- essere univocamente definiti e oggettivamente verificabili.

Il sistema di accreditamento è per sua natura un processo in continua evoluzione, avviarlo significa attivare un processo di miglioramento continuo della qualità del Sistema Sanitario. Obiettivo dell'Accreditamento non è quindi individuare le Aziende e/o i Presidi che hanno raggiunto un livello di eccellenza, ma fornire un percorso che porti, gradualmente, tutte le Aziende che desiderano partecipare a questo processo, a livelli sempre più elevati di qualità dei servizi erogati.

Obiettivo dell'Accreditamento non è quindi un mero aspetto burocratico di certificazione del livello della qualità raggiunta, ma come in tutti i Paesi ove questo sistema è presente, quello di fornire un indirizzo a cui tendere, e di essere una guida per raggiungere quei livelli di qualità che volta per volta la Struttura di Indirizzo individua e persegue.

L'accreditamento è nel nostro Paese un processo obbligatorio solo per le Aziende pubbliche, perché il Legislatore ha ritenuto opportuno che le Aziende che erogano servizi sanitari con denaro pubblico debbano poter offrire ai cittadini servizi con un livello di qualità minimo garantito superiore ai semplici standard autorizzativi.

In questo concetto il processo di Accreditamento è la garanzia che in una data Azienda

e/o Presidio sono presenti quei livelli organizzativi che consentono di erogare con sicurezza e qualità i servizi sanitari.

Sulla base di questi principi è stato impostato il Manuale di Accredimento.

E' stato progettato un sistema che, partendo da criteri generali validi a livello internazionale, quali le norme ISO 2000 (*UNI EN ISO 9001:2000*), fosse in grado di individuare i requisiti necessari e soprattutto un sistema di indicatori in grado di consentire una valutazione il più possibile precisa ed oggettiva delle caratteristiche organizzative presenti.

Si è cercato di realizzare uno strumento oggettivo, posto a tutela della sicurezza e della qualità dei servizi sanitari erogati ai cittadini e quindi necessariamente rigido, ma contemporaneamente sufficientemente flessibile per permettere l'avvio, da parte delle stesse strutture, di un processo di miglioramento continuo della qualità e di valorizzazione delle risorse umane. Si è cercato di predisporre un sistema che consentisse di favorire l'inserimento delle Aziende nel processo di Accredimento indirizzandole di conseguenza verso situazioni organizzative più rispondenti ad obiettivi di qualità nella erogazione delle prestazioni.

Il Manuale di Accredimento è articolato in 5 sezioni:

- **SEZIONE A**

Individua i requisiti generali che tutti le Aziende devono possedere per l'esercizio delle attività sanitarie, siano esse di tipo ambulatoriale, che di ricovero a ciclo continuativo per acuti e non acuti.

- **SEZIONE B**

Individua i requisiti specifici richiesti per l'esercizio di qualsiasi tipologia di attività sanitaria erogata a livello ambulatoriale. Sono tenuti al rispetto di questi requisiti tutte le strutture organizzative e funzionali che erogano prestazioni ambulatoriali, anche se operanti all'interno di presidi che erogano prestazioni di ricovero sia in fase acuta che subacuta.

- **SEZIONE C**

Individua i requisiti specifici richiesti per l'erogazione di attività sanitarie in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti.

- **SEZIONE D**

Individua i requisiti specifici richiesti per l'esercizio di attività sanitarie a ciclo continuativo e/o diurno in fase post-acuta.

Il Manuale di Accredimento deve comunque essere visto come uno strumento, ovviamente perfezionabile ed in continua evoluzione, che rappresenta il primo momento, l'inizio, di un processo continuo, per migliorare, quasi giorno per giorno, i processi di erogazione dei servizi sanitari, la Sanità, della nostra Regione.

Indice

GLOSSARIO

A) REQUISITI ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI GENERALI

- A.1 Politiche aziendali
- A.2 Organizzazione interna
- A.3 Procedure organizzative
- A.4 Formazione e aggiornamento del personale
- A.5 Attrezzature e risorse tecnologiche
- A.6 Verifica e miglioramento della qualità
- A.7 Comunicazione e tutela dell'utente
- A.8 Sicurezza
- A.9 Sistema informativo
- A.10 Controllo di gestione
- A.11 Requisiti autorizzativi

REQUISITI ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI SPECIFICI

B) STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE

- B.1 Requisiti organizzativi generali
- B.2 Servizi di medicina di laboratorio
- B.3 Attività di diagnostica per immagini
- B.4 Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale
- B.5 Centri ambulatoriali di riabilitazione
- B.6 Centri di salute mentale
- B.7 Consultori familiari
- B.8 Centri ambulatoriali per il trattamento dei tossicodipendenti
- B.9 Ambulatori odontoiatrici
 - B.9.1 Ambulatori odontoiatrici di primo livello
 - B.9.2 Ambulatori odontoiatrici di secondo livello
- B.10 Attività di Sterilizzazione e Disinfezione
- B.11 Assistenza specialistica ambulatoriale
- B.12 Chirurgia ambulatoriale

C) STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI

Come definite all'art.2 L.R. 20\99 comma 1a e 2a, b, c.

- C.A Requisiti organizzativi generali
- C.1 Direzione medica di presidio
- C.2 Sistema di emergenza-urgenza
 - C.2.A. – Punti di primo intervento
 - C.2.B - Accettazione urgente e Pronto Soccorso delle Strutture di ricovero
 - C.2.C – DEA di Primo Livello
 - C.2.D – DEA di Secondo Livello
- C.3 Reparti clinici ed Area di degenza
- C.4 Reparto operatorio
- C.5 Punto nascita e blocco parto
- C.6 Rianimazione e terapia intensiva
- C.7 Medicina nucleare
- C.8 Attività di radioterapia
- C.9 Day hospital
- C.10 Day surgery
- C.11 Gestione farmaci e materiale sanitario
- C.12 Attività di sterilizzazione e disinfezione (attività di degenza per acuti)

D) STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO

- D.1 Requisiti organizzativi generali
- D.2 Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali
- D.3 Presidi di tutela della salute mentale:
 - D.3.1 Centro diurno psichiatrico
 - D.3.2 Day hospital psichiatrico
- D.4 Presidi di tutela della salute mentale: Strutture residenziali psichiatriche
 - D.4.1 - Comunità terapeutiche riabilitative di tipo intensivo
 - D.4.2 - Comunità terapeutiche riabilitative di tipo estensivo (CAUP)
- D.5 Strutture di riabilitazione e strutture educativo-assistenziali per i tossicodipendenti
- D.6 Residenze sanitarie assistenziali (RSA)

Glossario

AMBULATORIO: Struttura o luogo fisico, intra od extraospedaliero, preposto alla erogazione di prestazione sanitarie, di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

AZIENDA: il soggetto giuridico, pubblico o privato che offre attività o prestazioni sanitarie.

DIREZIONE : Il soggetto responsabile della gestione dell'azienda.

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO (DMP): La DMP cura l'organizzazione tecnico sanitaria del Presidio sotto il profilo igienico ed organizzativo e ne è responsabile nei confronti della titolarità e dell'Autorità sanitaria competente.

MANUTENZIONE : L'insieme delle operazioni necessarie alla conservazione ed al mantenimento dell'efficienza di impianti ed apparecchiature, si divide in:

Ordinaria: uso, gestione ordinaria e quotidiana, regole di base di sicurezza, pulizia, conservazione in efficienza, revisione periodica e programmata, sostituzione periodica e prevista di dispositivi o di parti di essi;

Straordinaria: gestione di situazioni imprevedibili o non programmabili, al fine di rendere nuovamente operativo in modo rapido e sicuro il servizio.

PRESIDIO: la struttura fisica (ospedale, poliambulatorio, ambulatorio, ecc.) dove si effettuano le prestazioni e/o le attività sanitarie.

PROCEDURE: insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo.

PROCEDURE INVASIVE: Introduzione di strumenti od attrezzature attraverso orifici naturali o superfici corporee.

PROTOCOLLI E LINEE GUIDA: insieme di indicazioni procedurali organizzative e/o gestionali, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze.

REGOLAMENTI INTERNI: definiscono le modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa, che devono essere sistematicamente ottemperate.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: la dimensione organizzativa complessiva della funzione svolta.

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA': Tali attività hanno lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni od i servizi ricevuti siano di buona qualità. Per iniziative di valutazione e miglioramento della qualità si intendono progetti che prevedono:

- 1) l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento);
- 2) la determinazione delle cause possibili;
- 3) la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità;
- 4) la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza;
- 5) la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo;
- 6) la valutazione dell'impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
- 7) la diffusione dei risultati a tutti gli interessati.

Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzativi, amministrative, etc.).

A) REQUISITI ORGANIZZATIVI E
FUNZIONALI GENERALI

A.1 - POLITICHE AZIENDALI**Criterio A.1**

L'organizzazione pianifica e sviluppa i processi richiesti per la realizzazione dei servizi. La pianificazione e la realizzazione dei servizi deve essere coerente con i requisiti degli altri processi del sistema di gestione per la qualità.

(UNI EN ISO 9001:2000 p.7.1)

NR	Requisiti	Indicatori
1	La missione, la visione ed i valori dell'azienda sono definiti	Documenti che individuano la missione, la visione ed i valori dell'azienda.
2	Gli obiettivi da raggiungere, sia quelli generali che quelli specifici sono definiti sia per tipologia che per volumi.	Documenti che individuano gli obiettivi da raggiungere; li articolano nel tempo e li quantificano. Gli obiettivi specifici contengono le indicazioni del responsabile; sono misurabili ed hanno una temporizzazione; sono periodicamente valutati.
3	Le politiche aziendali sono periodicamente aggiornate.	Documenti di aggiornamento della politica aziendale
4	La Direzione esplicita ai presidi, alle unità operative ed alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi.	Documenti che lo comprovano sia per il ruolo; che per gli obiettivi; e le funzioni
5	Le informazioni relative alla politica aziendale sono diffuse dall'azienda	Documenti che comprovano la diffusione dei documenti di politica aziendale al personale ed alle associazioni di tutela degli utenti

A.2 - ORGANIZZAZIONE INTERNA**Criterio A.2**

L'alta direzione deve assicurare che le responsabilità e le autorità siano definite e rese note nell'ambito dell'organizzazione

(ISO 9001:2000 p.5.5.1 – UNI EN ISO 9004 :2000 p.5.5.1)

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'organigramma dell'azienda è definito	Documento che definisce le articolazioni operative i loro responsabili.
2	Il personale di ogni presidio è adeguato all'attività svolta per numero, formazione professionale e qualifica	Il fabbisogno di personale per ciascun presidio è stato numericamente definito per ciascuna professione, qualifica e posizione funzionale
3	E' presente un funzionigramma dell'Azienda che individua e definisce i livelli di responsabilità e le funzioni dei vari responsabili	Documento che definisce nominativamente i responsabili, i livelli di responsabilità e le funzioni.
4	E' garantita la continuità dell'assistenza all'utente in caso di urgenze o eventi imprevisti	Evidenza di protocolli organizzativi concordati con i responsabili di tutte le U.O. e con la DMP e/o la Direzione sanitaria
5	Sono presenti procedure per ordinare i beni di consumo	Evidenza di protocolli organizzativi inviati ai responsabili dei centri di responsabilità
6	L'Azienda mantiene inalterate o migliora le caratteristiche organizzative e funzionali	Documento organizzativo che evidenzi il mantenimento o miglioramento delle caratteristiche organizzative in rapporto all'organigramma ed al funzionigramma

A.3 - PROCEDURE ORGANIZZATIVE**Criterio A.3.1**

La direzione promuove l'adozione di un approccio per processi nello sviluppo, attuazione, miglioramento dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità al fine di accrescere la soddisfazione del cliente mediante l'osservanza dei requisiti del cliente stesso.

(UNI EN ISO 9001:2000 p.0.2)

NR	Requisiti	Indicatori
1	In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo di linee guida e regolamenti interni	Documento in cui è indicato come obiettivo aziendale la realizzazione nelle singole articolazioni organizzativo-funzionali di linee guida e regolamenti interni scritti per lo svolgimento delle principali attività organizzative e la relativa tempistica.
2	Linee guida e regolamenti interni sono periodicamente aggiornati	Documento aziendale in cui è indicata la necessità di aggiornare o confermare periodicamente le linee guida ed i regolamenti interni almeno ogni tre anni e le modalità di verifica.
3	Il personale è informato sull'esistenza di tali documenti	Documenti sull'attivazione di un sistema di verifica della conoscenza da parte del personale di tali documenti e che comprovano nel personale il livello di conoscenza raggiunto.

Criterio A.3.2

La direzione dell'organizzazione definisce la documentazione, registrazioni incluse, necessarie per stabilire, attuare e tenere aggiornato il sistema di gestione della qualità e sostenere un'efficace ed efficiente operatività dei processi dell'organizzazione.

(UNI EN ISO 9001:2000 p.4.2)

NR	Requisiti	Indicatori
1	Esistenza di procedure per l'accesso ed il flusso dell'utente	Sono presenti in ogni U.O. e disponibili a tutti gli operatori protocolli per: Accettazione e Registrazione, Dimissioni, Passaggio in cura.
2	Sono presenti procedure codificate per la gestione delle liste di attesa	Evidenza di un sistema di prenotazione e revisione periodica delle liste di attesa e di protocolli organizzativi e gestionali specifici
3	Esistenza di procedure per l'igiene ospedaliera e ambientale	Sono presenti in ogni U.O. e disponibili a tutti gli operatori, protocolli per <ul style="list-style-type: none"> • Pulizia e sanificazione degli ambienti • Lavaggio disinfezione e sanificazione di tutti gli strumenti ed accessori • Smaltimento rifiuti
4	Esistenza di procedure per lo svolgimento di attività critiche	Sono presenti in ogni U.O. e disponibili a tutti gli operatori, protocolli per la gestione dell'emergenza e delle evenienze cliniche più frequenti e più gravi
5	Esistenza di procedure per l'erogazione e gestione dell'assistenza farmaceutica e dei Dispositivi medici	Sono presenti in ogni U.O. che li utilizzi e disponibili a tutti gli operatori, protocolli per Conservazione e gestione dei farmaci e dei dispositivi medici, Richiamo dei farmaci e dei Dispositivi medici
6	Esistenza di procedure codificate per la gestione dei documenti comprovanti l'attività sanitaria	Sono presenti in ogni U.O. che li utilizzi e disponibili a tutti gli operatori, protocolli per la compilazione, archiviazione, conservazione e rilascio della cartella clinica
7	Esistenza di procedure per la sicurezza del personale degli utenti e dei visitatori.	Evidenza di documenti sull'informazione e formazione del personale, sui rischi e sulle misure di prevenzione per personale, utenti e visitatori.
8	Esistenza di procedure per la valutazione permanente della qualità delle prestazioni del personale	Evidenza di documenti organizzativi; presenza di un sistema di valutazione della qualità delle prestazioni del personale e documentazione dei dati rilevati.

A.4 - FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE**Criterio A.4**

Il personale che esegue attività che influenzano la qualità del servizio deve essere competente sulla base di un adeguato grado di istruzione addestramento abilità ed esperienza.

(UNI EN ISO 9001:2000 p.6.2.1)

NR	Requisiti	Indicatori
1	Esistenza di procedure per l'inserimento di nuovi operatori (UNI EN ISO 9004:2000 p. 6.2.2.2)	Evidenza di un programma per agevolare l'inserimento di tutti i nuovi operatori
2	Esistenza di un piano per la formazione e aggiornamento del personale (UNI EN ISO 9001:2000 p.6.2.2)	Documento del piano di formazione-aggiornamento annuale con indicati gli interventi formativi, gli obiettivi formativi, il sistema di valutazione del livello raggiunto. Evidenza di un budget specifico per il piano annuale di formazione-aggiornamento. Documentazione della percentuale di operatori che hanno frequentato i corsi.

A.5 - ATTREZZATURE E RISORSE TECNOLOGICHE**Criterio A.5**

L'organizzazione deve definire, predisporre e mantenere le infrastrutture necessarie per ottenere la conformità ai requisiti dei servizi. Le infrastrutture comprendono secondo i casi:

- a) edifici, spazi di lavoro e servizi connessi
- b) attrezzature ed apparecchiature di processo (sia software che hardware)
- c) servizi di supporto (quali trasporto e comunicazione)

(UNI EN ISO 9001:2000 p. 6.3)

NR	Requisiti	Indicatori
1	Esiste un inventario aggiornato che permette di gestire il patrimonio tecnologico dell'Azienda	Inventario aggregato per tutte le attrezzature e disaggregato per tipologia, centro di costo, età, produttore, etc.
2	Esiste un piano strategico di ammortamento delle attrezzature	Piano di ammortamento per le attrezzature di maggior valore economico
3	Esiste un responsabile/i delle risorse tecnologiche cui compete il controllo, installazione, gestione, manutenzione di strutture, impianti e attrezzature	Il responsabile/i delle risorse tecnologiche è nominativamente individuato e sono stati assegnati compiti e livelli di responsabilità. Vi è evidenza che al personale è stato indicato il/i responsabile/i della gestione delle risorse tecnologiche ed i compiti a lui assegnati.
4	Gli interventi di manutenzione eseguiti vengono registrati	Registro aggiornato degli interventi di manutenzione con schede di intervento
5	Sono sviluppati ed attuati metodi di manutenzione che assicurino che l'infrastruttura continui a soddisfare le esigenze dell'organizzazione (UNI EN ISO 9004:2000 p.6.3.b)	Documenti sul tipo e frequenza della manutenzione; della verifica del funzionamento di ogni elemento dell'infrastruttura in relazione alla sua criticità ed alla sua utilizzazione.

A.6 - VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ**Criterio A.6**

L'organizzazione stabilisce, documenta, attua e tiene aggiornato il sistema di gestione per la qualità e ne migliora con continuità l'efficacia

(UNI EN ISO 9001:2000 p.4.1)

NR	Requisiti	Indicatori
1	Esiste un responsabile delle attività per il miglioramento della qualità (UNI EN ISO 9001:2000 p.5.5.2)	Il responsabile delle attività per il miglioramento della qualità è individuato nominativamente e sono stati assegnati compiti e livelli di responsabilità.
2	Sono presenti ed attivi gruppi per il miglioramento della qualità	Vi è evidenza di gruppi per il miglioramento della qualità e ne è documentata l'attività ed i risultati
3	Sono in atto programmi per il monitoraggio e misurazione delle prestazioni del sistema (UNI EN ISO 9001:2000 p.8.2)	Nella struttura sono effettuati annualmente programmi per il miglioramento della qualità riguardanti: a) laboratori analisi; servizi di anatomia, istologia, citologia patologica; centri trasfusionali b) la soddisfazione degli operatori e utenti c) qualità della documentazione sanitaria d) Per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti di cui alla Sezione C) in almeno una delle aree: - Controllo infezioni ospedaliere - Appropriatelyzza dei ricoveri - Utilizzo razionale dei farmaci - Appropriatelyzza indagini diagnostiche ad alto costo
4	I risultati raggiunti sono comunicati all'esterno ed all'interno dell'azienda (UNI EN ISO 9001:2000 p.5.5.3)	Evidenza della comunicazione esterna ed interna dei risultati raggiunti e delle riunioni in cui i dati sono stati discussi.
5	Le azioni legali contro la struttura per responsabilità professionale sono annualmente riepilogate	Registro ed elenco riepilogativo annuale delle azioni legali subite, diviso per settore.

A.7 - COMUNICAZIONE E TUTELA DELL'UTENTE**Criterio A.7**

L'alta direzione assicura che siano attivati adeguati processi di comunicazione all'interno dell'organizzazione.

(UNI EN ISO 9004:2000 p.5.5.3)

L'organizzazione stabilisce ed attiva modalità efficaci per comunicare con il cliente.

(UNI EN ISO 9001:2000 p.7.2.3)

L'azienda tutela la privacy ed i diritti degli utenti.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Esiste un referente per la comunicazione	Il responsabile delle attività per la comunicazione è individuato nominativamente e sono stati assegnati compiti e livelli di responsabilità
2	L'azienda assicura la piena informazione circa le modalità di erogazione dei servizi	E' disponibile un documento che indica le prestazioni erogabili con gli orari e le modalità di accesso
3	E' stata redatta la carta dei servizi	Vi è evidenza che la carta dei servizi è stata redatta, è in conformità alle indicazioni regionali e distribuita sul territorio.
4	I diritti e la privacy degli utenti sono garantiti	Evidenza di documenti che garantiscono i diritti e la privacy degli utenti tra cui: a) tutta la comunicazione che riguarda la cura degli utenti è trattata come strettamente confidenziale; b) il diritto ad ottenere dal medico responsabile delle cure una completa e corrente informazione sulla diagnosi, prognosi, trattamento e rischi associati; c) l'ottenimento del consenso sulla base di adeguate informazioni; d) il diritto ad essere informati sui meccanismi dell'azienda circa l'avvio, il controllo e la soluzione dei loro reclami.
5	Tutela dei diritti dei pazienti in fase terminale	Evidenza che le particolari necessità fisiche, emotive, spirituali e sociali dei pazienti terminali e dei loro familiari sono riconosciute e vi è organizzazione per risolverle

A.8 - SICUREZZA**Criterio A.8**

L'organizzazione definisce e gestisce le condizioni dell'ambiente di lavoro necessarie per assicurare la conformità ai requisiti dei servizi.

(UNI EN ISO 9001:2000 p.6.4)

La direzione assicura regole e guide per la sicurezza dell'ambiente di lavoro.

(UNI EN ISO 9004:2000 p.6.4)

NR	Requisiti	Indicatori
1	E' presente il Servizio Prevenzione e Protezione e vi è un responsabile	Evidenza di costituzione del Servizio e individuazione nominativa del responsabile con assegnazione dei compiti e livelli di responsabilità
2	La valutazione dei rischi è stata eseguita ed è aggiornata	Il documento è presente ed aggiornato annualmente
3	Sono stati nominati il medico competente, il medico autorizzato, gli incaricati per la prevenzione incendi, la lotta antincendio, l'evacuazione ed i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza	Atti di nomina degli incaricati in numero adeguato alle caratteristiche dell'azienda
4	Il personale è istruito ed addestrato alla sicurezza.	Evidenza di programmi di formazione e di addestramento svolti
5	E'attivo un sistema di prevenzione e controllo dei rischi biologici.	Evidenza di procedure che indichino le precauzioni da adottare per evitare, la possibile esposizione ad agenti biologici
6	I lavoratori sono edotti su come e dove notificare qualsiasi infortunio o incidente con possibile contaminazione con agenti biologici.	Documenti che comprovano nel personale la conoscenza di tali procedure
7	Esistono linee guida o protocolli per l'utilizzo di impianti o attrezzature che comportino un rischio in base al d.lgs. 626/94 e successive integrazioni o modifiche	Evidenza di linee guida o protocolli

A.9 - SISTEMA INFORMATIVO**Criterio A.9**

L'organizzazione ha predisposto un sistema informativo per la raccolta elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura processo ed esito necessari per la gestione delle attività e della loro qualità
(UNI EN ISO 9001:2000 p.8.1)

NR	Requisiti	Indicatori
1	Sono stati individuati i bisogni informativi della organizzazione	Documento con aggiornamento annuale con le dotazioni di hardware e software e della programmazione relativa al loro aggiornamento
2	E' implementato un sistema informativo	Documento di costituzione del sistema e sua descrizione
3	Il sistema è compatibile ed omogeneo col sistema informativo regionale	Documento di attestazione che i dati sono registrati (o sono comunque riconducibili) agli standard di codifica previsti a livello nazionale e regionale e sono rilevati al livello di dettaglio sufficiente per soddisfare il debito informativo nei confronti del Sistema Informativo Regionale secondo le regole e le modalità tecnico operative vigenti, con impegnativa ad adeguare i propri sistemi a fronte di modificazioni della normativa
4	La qualità dei dati viene valutata	Documenti aggiornati sulla verifica della validità dei dati
5	Le informazione generate dall'elaborazione dei dati sono diffuse alle unità operative interessate	Documenti sulla diffusione alle varie U.O. dei dati prodotti
6	Esiste un responsabile del sistema informativo	Individuazione nominativa del responsabile con assegnazione dei compiti e livelli di responsabilità
7	I dati prodotti sono utilizzabili	Evidenza di procedure per la raccolta, registrazione, archiviazione dei dati; i dati prodotti sono accessibili, ordinati, organizzati, leggibili ed interpretabili con facilità.
8	La privacy degli utenti è tutelata	Evidenza di procedure di accesso ai dati

A.10 - CONTROLLO DI GESTIONE**Criterio A.10**

L'azienda verifica l'attività mediante un sistema di Controllo di Gestione (CdG) di tipo budgetario.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Sono stati individuati i centri di responsabilità e di costo	Documento aggiornato con la individuazione dei centri di responsabilità e di costo
2	E' attivo un sistema di controllo di gestione	Documento che definisce il modello del sistema di controllo di gestione
3	Il sistema di controllo è omogeneo a quello regionale	Produzione di reports con almeno le informazioni necessarie a livello regionale
4	Esiste un responsabile del sistema di CdG	Il responsabile del sistema di CdG è nominativamente individuato e sono stati assegnanti compiti e responsabilità
5	E' attivo un sistema di budgeting e reporting	Documento redatto annualmente con gli obiettivi di budget di ogni centro di responsabilità in termini quali-quantitativi ed economici
6	La qualità dei dati viene valutata	Documenti aggiornati sulla verifica della validità dei dati
7	I dati prodotti sono utilizzabili e sono analizzati periodicamente con i responsabili	Evidenza di procedure per la raccolta, registrazione, archiviazione dei dati; i dati prodotti sono accessibili, ordinati, organizzati, leggibili ed interpretabili con facilità. Esistenza di documenti sull'analisi dei reports.
8	Viene controllata la coerenza tra obiettivi e risultati	E' attivo un sistema di reports periodici per ogni centro di responsabilità e di costo

A.11 – REQUISITI AUTORIZZATIVI**Criterio A.11.1**

Il presidio per cui viene richiesto l'accreditamento è in regola con i requisiti necessari al funzionamento

NR	Requisiti	Indicatori
1	Il Presidio è in possesso dei documenti autorizzativi	Evidenza dei documenti autorizzativi e/o dell'approvazione del Piano di adeguamento

REQUISITI ORGANIZZATIVI E
FUNZIONALI SPECIFICI

B) STRUTTURE CHE EROGANO
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA
IN REGIME AMBULATORIALE

Come definite all'art.2 L.R. 20\99 comma 1b e 3a, b, c, d, e, f, g, h.

B.1 REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Tutti gli ambulatori specialistici per cui è richiesto l'accreditamento devono essere conformi ai requisiti autorizzativi individuati dalla normativa nazionale e regionale. I criteri ed i requisiti previsti per l'accreditamento sotto riportati si riferiscono a tutte le tipologie di ambulatorio specialistico pubblico e privato, intra ed extraospedaliero. Ove si eseguano attività invasive e/o cruenta, devono essere soddisfatti, per la parte di competenza, anche i requisiti previsti nella sezione **B.10 "Attività di Sterilizzazione e Disinfezione"**.

Critério B.1.1.

I requisiti relativi alla politica, struttura organizzativa, gestione delle risorse umane e tecnologiche, gestione e miglioramento della qualità e sistema informativo sono presenti.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Sono soddisfatti i requisiti indicati nel capitolo A) "Requisiti organizzativi e funzionali generali" del presente manuale	Evidenza e documenti richiesti nel capitolo A) "Requisiti organizzativi e funzionali generali" del presente Manuale

Critério B.1.2. – Organizzazione generale

L'azienda è organizzata in modo che il personale sia in grado di garantire una adeguata assistenza e che possenga le necessarie specifiche competenze professionali

NR	Requisiti	Indicatori
1	E' definito l'organigramma del personale con la relativa matrice delle responsabilità e attività	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi con l'organigramma e la matrice di attività e responsabilità
2	L'organigramma è affisso e visibile agli utenti	Evidenza di visibilità agli utenti anche negli spazi di attesa
3	Sono previste ed individuate le modalità di sostituzione in caso di assenza dei responsabili	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi
4	I responsabili delle attività inerenti i singoli protocolli e della loro attivazione sono individuati	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi
5	Durante l'attività dell'ambulatorio la presenza di personale tecnico, infermieristico e medico è adeguata	Evidenza di documenti o protocolli organizzativi che garantiscono, durante le attività erogate, la presenza di una unità infermieristica o tecnica, di un laureato specialista nella branca di riferimento dell'attività praticata e di un medico quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio
6	E' presente un documento con l'elenco di tutte le prestazioni erogate nell'ambulatorio e dell'orario di accesso alle prestazioni e dei tempi di consegna dei referti.	Evidenza di documenti organizzativi negli spazi per l'accettazione e/o per l'attesa

7	L'elenco delle prestazioni erogate nell'ambulatorio, almeno in forma sintetica o per gruppi di prestazioni, è a conoscenza degli utenti	Evidenza di: foglio informativo e di visibilità agli utenti.
8	Sono indicati e visibili agli utenti i responsabili delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio.	Evidenza di documenti e di visibilità agli utenti
9	E' presente una pianificazione temporale delle visite, al fine di ridurre al minimo tempo di attesa ed il disagio per l'utente.	Evidenza dei dati relativi alle proprie liste d'attesa.
10	La dotazione organica del personale è in grado di garantire una adeguata assistenza ed è rapportata al volume ed al tipo di attività erogata.	Evidenza di documenti organizzativi che definiscono il fabbisogno di personale: a) in termini numerici per ciascuna professione o qualifica professionale; b) per posizione funzionale; c) in rapporto ai volumi ed alla tipologia dell'attività svolta. d) la dotazione organica di personale è valutata in base alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia di determinazione delle dotazioni organiche, ruoli, qualifiche funzionali e profili professionali.
11	Il personale possiede le necessarie specifiche competenze professionali	Per le Aziende Sanitarie pubbliche e quelle equiparate, si applicano le norme del contratto nazionale di lavoro in materia di personale e le relative disposizioni di attuazione. Nelle strutture private devono essere adottati uno o più documenti che attestino: a) che per la costituzione del rapporto di lavoro sono richiesti gli stessi requisiti previsti dalla normativa vigente per l'accesso ai corrispondenti ruoli professionali, posizioni funzionali e qualifiche del S.S.N.; b) che ciascuna unità di personale risulta in possesso dei titoli professionali richiesti dalla normativa vigente.
12	Le attività dell'ambulatorio sono periodicamente sottoposte a programmi di controllo interno di qualità.	Evidenza di documenti, protocolli organizzativi e dei dati relativi.

Criterio B.1.3 - Direzione Medica di Presidio (DMP)

Le attività della Direzione Medica di Presidio (DMP) riguardano il coordinamento operativo dei processi e dei fattori produttivi per il raggiungimento degli obiettivi sanitari prefissati; il coordinamento degli obiettivi e delle politiche tra le eventuali diverse U.O., la gestione dei possibili conflitti, la creazione ed il mantenimento delle condizioni necessarie allo svolgimento delle attività; la verifica delle attività in base alla loro efficacia ed all'uso efficiente delle risorse; la organizzazione e la guida del Presidio nel suo complesso affinché esso pervenga ai risultati attesi; l'organizzazione dei servizi sanitari ai fini igienico-sanitari.

Criterio – B.1.3.1

Il personale della Direzione Medica di Presidio (DMP) è adeguato ai compiti ed al carico di lavoro.

NR	Requisiti	Indicatori
1	E' presente una Direzione medica di presidio (DMP) con il compito di garantire l'organizzazione igienico-sanitaria, l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura	Evidenza e documento organizzativo della Direzione Aziendale
2	Il responsabile della DMP è in possesso delle necessarie specifiche competenze professionali particolarmente nel campo igienico ed organizzativo	Il responsabile della DMP è in possesso di specializzazione in Igiene e medicina preventiva e dei requisiti specifici richiesti dal SSN per la dirigenza di struttura (DM 483/97; 484/97 e 484/98). Nei presidi ambulatoriali monospecialistici le funzioni di DMP possono essere svolte anche da un medico in possesso della specializzazione nella disciplina cui afferiscono le prestazioni svolte o da personale laureato in possesso dei requisiti di cui ai DM 483/97; 484/97 e 484/98. Negli ambulatori che svolgono attività di medicina di laboratorio, le funzioni del DMP possono essere svolte anche da un Biologo o Chimico con specializzazione attinente l'attività svolta ed in possesso dei requisiti di cui ai DM 483/97; 484/97 e 484/98.
3	La DMP è in grado di garantire una adeguata attività in rapporto al volume ed al tipo di attività erogata dal Presidio	Il DMP deve garantire la propria presenza per almeno il 25% delle ore di attività del Presidio
4	Esiste un programma di aggiornamento particolarmente in ambito igienico ed organizzativo.	Esistenza di un piano per la formazione e aggiornamento particolarmente in ambito igienico ed organizzativo

Criterio B.1.3.2.

La DMP coordina gli aspetti organizzativi-gestionali generali del Presidio e ne verifica il mantenimento della qualità igienica

NR	Requisiti	Indicatori
1	La DMP cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la continuità assistenziale	Evidenza di procedure per garantire la continuità assistenziale.
2	La DMP cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la gestione dell'igiene ambientale.	Evidenza di documenti, protocolli organizzativi
3	La DMP verifica la qualità delle cartelle cliniche la loro tenuta, aggiornamento e conservazione e rilascio di copie delle stesse entro un termine determinato e garantito.	Evidenza di documenti organizzativi e dati relativi ai risultati delle verifiche effettuate
4	La DMP cura che le attività dell'ambulatorio siano periodicamente sottoposte a programmi di controllo interno di qualità.	Evidenza di protocolli organizzativi specifici e dei risultati dei controlli interni sulla qualità delle attività erogate.
5	La DMP cura l'organizzazione tecnico-sanitaria della struttura in accordo con gli altri operatori professionali.	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi specifici
6	La DMP controlla la tenuta dei farmaci e la compilazione del registro di carico e scarico degli stupefacenti ai sensi di legge	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi specifici
7	La DMP controlla la tenuta del registro delle presenze e dei trattamenti effettuati in collaborazione con gli altri operatori professionali e li trasmette alle ASL competenti	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi
8	La DMP esprime valutazione tecnico-sanitaria e organizzativa e sul rapporto costo/beneficio per l'acquisto di nuove tecnologie	Evidenza dell'attività svolta
9	La DMP cura che il materiale disinfettato o sterile venga idoneamente conservato	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi
10	La DMP cura che esistano e siano seguite le procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a utente e da utente a utente durante le attività ambulatoriali	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi
11	La DMP cura che esistano e siano seguite le procedure relative alla corretta conservazione, gestione ed utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi

12	La DMP cura che esistano e siano seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività ambulatoriali	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi
13	La DMP cura che i presidi ambulatoriali che usufruiscono di strutture esterne per le attività di disinfezione e sterilizzazione adottino protocolli operativi per: a) procedure di lavaggio, raccolta, invio del materiale b) procedure di ricevimento ed immagazzinamento del materiale c) acquisire e conservare i protocolli operativi utilizzati dalla struttura esterna (centrale di sterilizzazione) per le procedure di sterilizzazione e disinfezione) d) acquisire e conservare la documentazione del rispetto da parte della Centrale di sterilizzazione esterna dei requisiti minimi di cui al DPR 14/1/97 relativi al Capitolo "Servizio di sterilizzazione"	Evidenza dei vari documenti e/o protocolli organizzativi e della documentazione raccolta
14	La DMP cura che esistano e siano seguite le procedure e i regolamenti per la gestione dell'emergenza nel Presidio	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi per la gestione delle emergenze in tutto il Presidio
15	La DMP cura che ove si eseguano procedure invasive e/o cruento, siano presenti le dotazioni per fronteggiare eventuali emergenze, in particolare la rianimazione cardio-polmonare di base (cannule di Mayo o Guedel, pocket-mask o pallone autogonfiante, ossigeno).	Evidenza di protocolli organizzativi della formazione specifica del personale e della dotazione necessaria.

B.2 - SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO**Criterio B.2.**

I locali, gli spazi, gli impianti, sono definiti in apposito documento identificativo (planimetria) la tecnologia e la struttura organizzativa sono adeguati al tipo ed al volume dell'attività svolta.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'organigramma del laboratorio è definito	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
2	Sono individuati nominativamente i responsabili per i vari protocolli organizzativi	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi.
3	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la DMP
4	Il personale sanitario laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.	L'organico minimo deve garantire a) un direttore medico di presidio (DMP) od un biologo o chimico con specializzazione attinente l'attività svolta, responsabile degli aspetti igienico-organizzativi. b) un tecnico sanitario di laboratorio biomedico per tutto l'orario di apertura, c) un'unità infermieristica o figura professionale superiore presente durante l'attività di prelievo, d) un laureato per le attività professionali di specifica competenza, se non già ricompreso in a). e) un medico quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio ove presenti
5	Per ogni settore specializzato è garantito un responsabile in possesso dei requisiti previsti	Evidenza di documenti o protocolli organizzativi e della relativa documentazione.
6	Sono individuate e documentate le modalità e le responsabilità di validazione del referto	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi.
7	I servizi/prestazioni eseguiti direttamente dal laboratorio e quelli che vengono inviati ad altre strutture sono esplicitati.	Evidenza di documenti o protocolli organizzativi resi chiaramente disponibili e visibili anche agli utenti.
8	I laboratori operanti in strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti devono assicurare l'attività analitica e di consulenza diagnostico-specialistica per 24h/24.	Evidenza di documenti o protocolli organizzativi.

9	Nelle strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti di cui alla Sezione C) Il laboratorio promuove, in accordo con i clinici, iniziative per la definizione di profili di esami per le specifiche esigenze cliniche ed epidemiologiche, individuando percorsi diagnostici e di monitoraggio.	Evidenza di documenti o protocolli organizzativi e di accordi con le varie U.O. e dei protocolli o linee guida prodotte.
10	E' predisposto un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale specifico per il laboratorio	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi e documentazione dei processi formativi seguiti dal personale.
11	Il laboratorio svolge periodici controlli di qualità interna	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi; e documentazione dei controlli svolti.
12	Il laboratorio partecipa a controlli esterni di qualità	Evidenza della attività svolta.
13	Il laboratorio ha in atto un sistema di identificazione dei campioni biologici, di tracciamento del materiale biologico al suo interno e di archiviazione dei dati.	Evidenza del sistema di identificazione e di tracciamento del materiale biologico; della sua applicazione nel laboratorio e della archiviazione dei dati.
14	Il laboratorio ha predisposto le modalità di conservazione e trasporto dei materiali biologici (anche in relazione alle misure di sicurezza) con indicazione specifica della facoltà di rifiuto dei campioni non idonei	Evidenza di protocolli organizzativi e del materiale prodotto.
15	Il laboratorio ha predisposto istruzioni scritte relative alla preparazione del paziente ed alle modalità di prelievo	Evidenza di protocolli organizzativi e del materiale prodotto

B.3 - ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**Criterio B.3.1.**

I locali, gli spazi, gli impianti, la tecnologia e la struttura organizzativa sono adeguati al tipo ed al volume dell'attività svolta.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'organigramma dell'ambulatorio è definito	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
2	Sono individuati nominativamente i responsabili per i vari protocolli organizzativi	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi.
3	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la DMP
4	Il personale sanitario laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.	L'organico minimo deve garantire almeno: <ul style="list-style-type: none"> • un direttore medico di presidio (DMP) responsabile degli aspetti igienico-organizzativi. • la presenza di almeno un tecnico di radiologia, in possesso dei titoli di studio previsti per legge, per tutto l'orario dell'attività diagnostica ad esclusione dell'attività di ecografia che può essere assicurata dal solo medico • durante lo svolgimento delle indagini radiologiche la pronta disponibilità di personale medico; • prima dello svolgimento delle indagini radiologiche che prevedono l'uso di mezzi di contrasto organo-iodati idrosolubili o paramagnetici deve esservi la consultazione preventiva di un anestesista e la sua disponibilità in caso di paziente a rischio.
5	Gli ambulatori operanti in strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti devono assicurare l'attività analitica e di consulenza diagnostico-specialistica per 24h/24.	Evidenza di documenti o protocolli organizzativi.
6	E' predisposto un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale specifico per l'ambulatorio di diagnostica per immagini.	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi e documentazione dei processi formativi seguiti dal personale.
7	Tutto il personale del servizio partecipa entro il periodo di accreditamento ad un corso di formazione sulla gestione delle emergenze, rianimazione cardiopolmonare di base e con defibrillatori.	Evidenza e documentazione del personale che ha seguiti i Corsi a riguardo.

8	E' presente un sistema qualità per le prestazioni erogate	Evidenza di un documento che delinea il piano di verifica e miglioramento della qualità delle prestazioni erogate dalle singole unità operative; tale piano deve prevedere l'attivazione di un sistema di controllo della qualità, sia da un punto di vista fisico-tecnologico che del personale impiegato,
9	Gli ambulatori che svolgono attività di Radiologia Interventistica, di tipo diagnostico o terapeutico devono garantire la gestione dell'emergenza	Evidenza di documenti e protocolli organizzative e gestionali concordati con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero (DMPO) di riferimento. Devono comunque disporre nel presidio di un apposito locale dotato di: a) lampada scialitica; b) impianto gas medicali c) con pareti lisce lavabili e disinfettabili, raccordate al pavimento d) protocolli per approvvigionamento, disinfezione e/o sterilizzazione di materiali e strumenti impiegati, approvate dalla DMPO. e) impianto elettrogeno e di illuminazione di emergenza. f) carrello dell'emergenza g) possibilità di eseguire un intervento chirurgico d'urgenza in caso di necessità. Deve essere presente e attivo nel presidio un Reparto operatorio dotato dei requisiti richiesti per l'accreditamento, deve essere presente un medico anestesista rianimatore. h) deve essere inoltre rispettato, per la parte di competenza, quanto previsto nel capitolo "Attività di sterilizzazione e disinfezione".
10	E' presente una procedura informativa per le utenti sul rischio dell'esposizioni a radiazioni ionizzanti in gravidanza	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi e della formazione specifica del personale

B.4 - PRESIDI AMBULATORIALI DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

Il presidio provvede ad erogare gli interventi di riabilitazione estensiva come definiti dal D.M. 22/7/1996 e successive modifiche ed integrazioni e dalle Linee guida per la riabilitazione (G.U. n. 124 del 30/5/1998).

Criterio B.4.

I locali, gli spazi, gli impianti, la tecnologia e la struttura organizzativa sono adeguati al tipo ed al volume dell'attività svolta.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'organigramma del presidio è definito	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
2	Sono individuati nominativamente i responsabili per i vari protocolli organizzativi	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi.
3	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la DMP
4	Il personale sanitario laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.	L'organico minimo deve garantire almeno: a) un medico specialista in relazione alla attività riabilitativa svolta nel presidio. b) un tecnico della riabilitazione in possesso dei requisiti richiesti per la branca specialistica trattata nel presidio per l'intero orario di apertura. c) un logopedista, in presenza di trattamento dei disturbi comunicativi/integrativi d) l'assistenza infermieristica e tecnico assistenziale in relazione alle necessità del paziente.
5	Per ogni settore specializzato è garantito un responsabile in possesso dei requisiti previsti	Evidenza di documenti o protocolli organizzativi e della relativa documentazione.
6	Sono disponibili e vengono applicati protocolli diagnostico-terapeutici per le principali patologie trattate	Evidenza di protocolli e linee guida specifiche e della loro applicazione agli utenti.
7	L'ambulatorio garantisce interventi che comprendono la visita fisiatrica per diagnosi, prognosi e terapia del caso trattato ed un intervento completo riabilitativo, sia in termini di tipologia di prestazioni sia in termini di presa in carico complessiva per tutto l'iter terapeutico previsto	Evidenza e documenti o protocolli organizzativi che evidenziano la capacità completa di diagnosi e cura e l'elenco delle tipologie riabilitative attuabili.
8	Le attività sono periodicamente sottoposte a programmi di controllo interno di qualità	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi e dei dati ottenuti.
9	E' predisposto un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale.	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi e documentazione dei processi formativi seguiti dal personale.

B.5. - CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE

Il Centro svolge attività di riabilitazione di tipo estensivo, prende in carico il soggetto disabile in modo multidisciplinare mediante un progetto riabilitativo individuale.

Criterio B.5.

I locali, gli spazi, gli impianti, la tecnologia e la struttura organizzativa sono adeguati al tipo ed al volume dell'attività svolta.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'organigramma del centro è definito	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
2	Sono individuati nominativamente i responsabili per i vari protocolli organizzativi	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi.
3	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la DMP
4	Il personale sanitario laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.	L'organico minimo viene valutato in funzione della normativa vigente e deve garantire almeno <ul style="list-style-type: none"> a. un medico specialista in relazione all'attività riabilitativa svolta nel presidio. b. presenza settimanale programmata di personale dell'area medica, psicologica, pedagogica di assistenza sociale per consulenze specialistiche, e di tecnici della riabilitazione in relazione al tipo di disabilità trattate. c. Le attività terapeutiche erogate sono comprese tra una e tre ore giornaliere in base al grado di non autosufficienza ed alle necessità di interventi assistenziali. d. Le attività terapeutiche erogate sono comprese tra una e tre ore giornaliere in base al grado di non autosufficienza ed alle necessità di interventi assistenziali degli utenti.
5	Il lavoro degli operatori si svolge secondo le modalità e le logiche dell'equipe multidisciplinare.	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi delle attività di recupero e rieducazione funzionale con un trattamento globale della condizione di menomazione e/o disabilità su base multidisciplinare
6	Sono disponibili e vengono applicati protocolli diagnostico-terapeutici per le principali patologie trattate	Evidenza di protocolli e linee guida specifiche e della loro applicazione agli utenti.

7	E' formalizzata la procedura che consente all'utente o ai familiari aventi diritto di ottenere informazioni sulle sue condizioni	Evidenza di documento i protocolli organizzativi
8	E' effettuata all'ingresso, alla dimissione e periodicamente, in caso di presa in carico prolungata, la valutazione funzionale con strumenti validati.	Evidenza di documenti, protocolli organizzativi, della metodologia impiegata e dei dati ottenuti.
9	E' presente una procedura per garantire la continuit� assistenziale alla in itinere ed alla conclusione del progetto riabilitativo.	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi con le modalit� della comunicazione al medico curante ed agli altri servizi territoriali e, se necessario, dell'addestramento dei familiari e dell'acquisizione dei materiali per il proseguimento delle cure a domicilio
10	Le attivit� sono periodicamente sottoposte a programmi di controllo interno di qualit�	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi e dei dati ottenuti.
11	E' predisposto un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi e documentazione dei processi formativi seguiti dal personale.

B.6 - CENTRI DI SALUTE MENTALE

Sono centri di coordinamento delle attività sul territorio; dove si attua il primo contatto tra il malato mentale e il servizio psichiatrico evidenziandone così i bisogni.

Le risposte previste sono di tipo ambulatoriale, domiciliare, formazione professionale, inserimento lavorativo attraverso anche la collaborazione con strutture esterne quali le cooperative, gli enti non-profit,

Criterio B.6.

I locali, gli spazi, gli impianti, la tecnologia e la struttura organizzativa sono adeguati al tipo ed al volume dell'attività svolta.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'organigramma del Centro è definito	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
2	Sono individuati nominativamente i responsabili per i vari protocolli organizzativi	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi.
3	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la direzione del dipartimento di salute mentale e del Distretto
4	Il personale sanitario laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.	L'organico minimo è valutato sulla base del carico di lavoro e della normativa specifica e deve garantire a) presenza di personale medico ed infermieristico per tutto l'orario di apertura; b) presenza programmata di psicologi-psicoterapeuti e delle altre figure professionali di cui al DPR 10/1199, in relazione alla attività e/o alla popolazione del territorio servito.
5	Per ciascun utente é sviluppato un progetto terapeutico individuale in base ad una valutazione globale della patologia e dei bisogni.	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi a riguardo sono definite le modalità di rapporto con i familiari e con il medico di base.
6	Il Centro è collegato con il PS/DEA di riferimento e le altre strutture per la tutela della salute mentale, in particolare il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) di riferimento territoriale.	Evidenza di protocolli organizzativi e di accordi per il collegamento con il PS/DEA e con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 10/11/99 e successive integrazioni e/o modifiche.

B.7 - CONSULTORI FAMILIARI**Criterio B.6.**

I locali, gli spazi, gli impianti, la tecnologia e la struttura organizzativa sono adeguati al tipo ed al volume dell'attività svolta.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'organigramma del Consultorio è definito	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
2	Sono individuati nominativamente i responsabili per i vari protocolli organizzativi	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi.
3	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la DMP
4	Il personale sanitario laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.	L'organico minimo deve garantire la presenza programmata di personale medico, infermieristico e di assistenza sociale di cui alla L. n° 405/75 art.3 e successive integrazioni e di altro personale laureato in relazione alla attività ed alla popolazione servita.
5	Le attività e le prestazioni consultoriali in ambito sociale e sanitario sono caratterizzate da unitarietà ed integrazione funzionale.	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi a riguardo.
6	Sono promosse iniziative finalizzate all'informazione e all'educazione sanitaria per la procreazione responsabile.	Evidenza di protocolli organizzativi e del materiale ad attività prodotta.
7	Sono disponibili profili di assistenza specifici.	Evidenza di protocolli o linee guida almeno per gravidanza; IVG e puerperio.

B.8 - CENTRI AMBULATORIALI PER IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIPENDENTI

Criterio B.8.

I locali, gli spazi, gli impianti, la tecnologia e la struttura organizzativa sono adeguati al tipo ed al volume dell'attività svolta.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'organigramma del Presidio è definito	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
2	Sono individuati nominativamente i responsabili per i vari protocolli organizzativi	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi.
3	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la DMP
4	Il personale sanitario laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.	L'organico minimo deve garantire la presenza programmata di personale medico, infermieristico e di assistenza sociale di cui alla L. 62/90, DM 444/90 e DM 19/2/92 in relazione alla attività e alla popolazione servita.
5	Sono disponibili procedure per la gestione dei casi in carico degli utenti	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi a riguardo le fasi di diagnosi, cura ed interventi psicologici e sociali.
6	Sono disponibili procedure per l'invio dell'utente in comunità terapeutiche	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi e di accordi con le altre strutture a riguardo
7	Sono disponibili procedure per il monitoraggio delle condizioni dell'utente inviato in comunità, la collaborazione con quest'ultima per garantire la continuità assistenziale durante il reinserimento o in caso di dimissione.	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi a riguardo
8	Sono disponibili procedure per la rapida risposta alle emergenze	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi in accordo con il PS/DEA di riferimento e le altre U.O.
9	E' presente un sistema di valutazione e verifica degli interventi	Evidenza di un sistema di valutazione e verifica degli interventi, delle modalità di attuazione e dei risultati ottenuti

B.9 - AMBULATORI ODONTOIATRICI

Sono ambulatori di Primo Livello quelli eroganti prestazioni odontoiatriche di base, e di Secondo Livello quelli eroganti prestazioni odontoiatriche di maggiore complessità o di chirurgia maxillo-facciale.

B.9.1 - AMBULATORI ODONTOIATRICI DI PRIMO LIVELLO**Requisiti tecnologici – B.9.1.1**

NR	Requisiti	Indicatori
1	La strumentazione e la tecnologia presente é adeguata alla tipologia ed al volume delle attività erogate	<p>Evidenza di presenza e funzionalità di</p> <ul style="list-style-type: none"> • apparecchio radiologico a norma e grembiule di gomma piombifera; • poltrona-riunito con turbina, micromotore, siringa aria-acqua, cannule di aspirazione chirurgica, lampada alogena; <p>Evidenza di dotazione adeguata di</p> <ul style="list-style-type: none"> • manipoli per turbina e micromotore • strumenti per visita • materiale generico e chirurgico monouso • frese e materiale chirurgico • contenitori per taglienti, rifiuti speciali e biologici • protezioni di barriera
2	E' assicurata entro l'ambulatorio la risposta immediata all'emergenza	Presenza di attrezzature per la rianimazione cardiopolmonare di base

Requisiti organizzativi – B.9.1.2

NR	Requisito	Indicatore
1	Lo smaltimento dei rifiuti è adeguato	Evidenza di procedure per lo smaltimento dei rifiuti
2	Il materiale disinfettato/sterile è adeguatamente stoccato	Evidenza di protocolli per lo stoccaggio del materiale disinfettato/sterile
3	Esistono procedure per ridurre il rischio di infezione utente-operatore e utente-utente nelle attività ambulatoriali	Evidenza di protocolli organizzativi e gestionali rivolti al contenimento del rischio infettivo utente-operatore e utente-utente
4	Ogni utente utilizza set sterili	Evidenza di protocolli organizzativi e gestionali e adeguata quantità di materiale
5	La gestione dei dispositivi medici è adeguata	Evidenza di protocolli organizzativi e gestionali rivolti alla gestione, utilizzo, e conservazione dei dispositivi medici
6	Le attività di disinfezione e sterilizzazione sono adeguatamente gestite	Evidenza di protocolli per le procedure di lavaggio, sterilizzazione e stoccaggio del materiale Per i presidi che utilizzano di organismi esterni: evidenza di protocolli per le procedure di lavaggio, raccolta ed invio del materiale; ricevimento e stoccaggio; acquisizione e conservazione dei protocolli operativi utilizzati.
7	E' assicurata entro l'ambulatorio la risposta immediata all'emergenza	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi sull'addestramento del personale ad intervenire nelle emergenze. Evidenza di partecipazione del personale medico ed infermieristico a corsi di rianimazione cardiopolmonare di base

B.9.2 - AMBULATORI ODONTOIATRICI DI SECONDO LIVELLO**Requisiti tecnologici – B.9.2.1**

NR	Requisiti	Indicatori
1	La strumentazione e la tecnologia presente é adeguata alla tipologia ed al volume delle attività erogate	Oltre a quanto previsto per gli ambulatori di primo livello Evidenza di presenza e funzionalità di: • materiale per diagnostica microbiologica istologica e citologica • almeno due tipologie di manipoli e micromotore a velocità regolabile con irrigatore sterile • ferule juxta-dentarie sterili

Requisiti organizzativi – B.9.2.2

NR	Requisiti	Indicatori
1	I requisiti richiesti per l'ambulatorio del primo livello sono presenti	Evidenza della presenza dei requisiti richiesti
2	L'organigramma dell'ambulatorio è definito	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità
3	Le prestazioni erogabili dall'ambulatorio sono note	Evidenza di cartellonistica e di protocolli organizzativi e gestionali circa le prestazioni erogabili, l'orario, le modalità di accesso ed il sistema di prenotazione
4	Il personale medico è aggiornato	Evidenza di un protocollo organizzativo sulla formazione e aggiornamento del personale medico concordato con la DMP e dati sull'attività svolta
5	E' assicurata entro l'ambulatorio la risposta immediata all'emergenza	• Evidenza di documenti e protocolli organizzativi sull'addestramento del personale ad intervenire nelle emergenze. • Evidenza di partecipazione del personale medico ed infermieristico a corsi di rianimazione cardiopolmonare di base

B.10 - ATTIVITÀ DI STERILIZZAZIONE E DISINFEZIONE (ambienti ambulatoriali)**Criterio B.10.**

I locali, gli spazi, gli impianti, la tecnologia e la struttura organizzativa sono adeguati al tipo ed al volume dell'attività svolta.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'azienda garantisce, tutte le attività di sterilizzazione e disinfezione necessarie per le specifiche attività svolte.	Le attività di sterilizzazione e di disinfezione possono essere gestite direttamente o tramite convenzione. Nel caso di convenzione, il soggetto convenzionato dovrà essere a sua volta accreditato.
2	E' presente un locale separato per la sterilizzazione dotato di bancone ed apparecchiatura per il lavaggio del materiale da sottoporre a sterilizzazione, di apparecchiatura per la sterilizzazione, spazio per la preparazione del materiale, il pavimento è antiscivolo con adeguate pendenze e scarichi.	Evidenza del soddisfacimento dei requisiti richiesti e della conformità delle attrezzature anche alla tipologia ed al carico di attività
3	L'organigramma per questa attività è definito	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
4	Sono individuati nominativamente i responsabili per i vari protocolli organizzativi	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi.
5	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la DMP
6	Il personale sanitario laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.	L'organico minimo deve garantire almeno un infermiere professionale addestrato specificamente.
7	Il processo di sterilizzazione avviene in base a protocolli e/o linee guida approvate	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi a riguardo
8	Il processo di sterilizzazione viene controllato.	Evidenza della documentazione relativa ai controlli di processo e di sterilità
9	Sono presenti procedure per il confezionamento del materiale	Evidenza di protocolli organizzativi
10	Sono disponibili procedure per la rapida risposta alle emergenze richieste dal presidio	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi in accordo con il PS/DEA di riferimento e le altre U.O.

B.11 - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**Criterio B.11**

Nelle strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, sia all'interno di strutture di ricovero e cura che in strutture esclusivamente ambulatoriali, i locali, gli spazi, gli impianti, la tecnologia e la struttura organizzativa sono adeguati al tipo ed al volume dell'attività svolta.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'organigramma del centro è definito	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
2	Se presenti differenti settori specialistici, per ognuno è garantito un medico quale responsabile clinico in possesso dei requisiti specifici previsti per la disciplina.	Evidenza di documenti o protocolli organizzativi e della relativa documentazione.
3	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la DMP
4	Sono individuati nominativamente i responsabili per i vari protocolli organizzativi	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi.
5	Il personale sanitario laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.	L'organico minimo è valutato sulla base del carico di lavoro e della normativa specifica e deve garantire la presenza di personale medico ed infermieristico nello svolgimento della attività ambulatoriale
6	Deve essere reso noto all'utenza l'orario di accesso alle prestazioni, l'elenco delle specialità disponibili con le indicazioni delle modalità di prenotazione e dei tempi di consegna dei referti	Evidenza di apposita segnaletica per l'utenza
7	Le attività di disinfezione e sterilizzazione, per gli ambulatori che le utilizzano, sono adeguatamente gestite	Evidenza di protocolli per le procedure di lavaggio, sterilizzazione e stoccaggio del materiale. Per i presidi che utilizzano organismi esterni: evidenza di protocolli per le procedure di lavaggio, raccolta ed invio del materiale; ricevimento, stoccaggio; acquisizione, conservazione dei protocolli operativi utilizzati.
8	E' assicurata entro l'ambulatorio la risposta immediata all'emergenza	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi sull'addestramento del personale ad intervenire nelle emergenze.
9	Tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, devono portare in evidenza la data della scadenza stessa e deve essere predisposto il loro ritiro entro la scadenza	Evidenza di protocolli linee guida specifiche
10	Le prestazioni eseguite sono corredate dalle generalità dell'utente	Evidenza di protocolli e linee guida specifiche

11	Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate secondo modalità e tempi sanciti dalla normativa vigente	Evidenza di protocolli, linee guida specifiche e dei dati relativi
12	Per le attività specifiche dell'ambulatorio e per le principali patologie/attività trattate sono presenti e utilizzati protocolli diagnostici e terapeutici basati su linee guida che identificano il miglior percorso assistenziale per il singolo paziente.	Evidenza di protocolli e linee guida specifiche

B.12 - CHIRURGIA AMBULATORIALE

Per chirurgia ambulatoriale si intendono gli interventi chirurgici e le procedure diagnostiche e terapeutiche invasive e seminvasive che non comportano la perdita di conoscenza o di mobilità di segmenti scheletrici e che, pertanto, possono essere eseguiti in regime ambulatoriale.

La chirurgia ambulatoriale non è compatibile con l'uso dell'anestesia generale o della sedazione per via endovenosa, nonché dell'anestesia loco-regionale, fatta eccezione per l'anestesia tronculare.

Le attività di Chirurgia ambulatoriale sono svolte sia all'interno di strutture di ricovero e cura che in strutture esclusivamente ambulatoriali.

Requisiti strutturali – B. 12.1**Criterio B.12.1**

I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'ambulatorio consente un facile accesso ai pazienti ed ai mezzi di soccorso per eventuali complicanze	Evidenza di assenze di barriere architettoniche e di facile accessibilità ai mezzi di soccorso
2	La dotazione minima di ambienti è la seguente: a) area di attesa con posti a sedere; b) spazi per le attività amministrative, di accettazione e di archivio; c) servizi igienici distinti per gli operatori e per gli utenti; d) locale spogliatoio per il personale sanitario; e) locale/spazio filtro per la preparazione del personale contiguo al locale chirurgico; f) locale chirurgico ad uso esclusivo; g) locale/spazio per la preparazione del paziente contiguo al locale chirurgico; h) locale/spazio per la sosta, il controllo e il recupero fisico dei pazienti trattati; i) locale per visita e medicazioni; j) deposito presidi e strumentario chirurgico; k) deposito materiale pulito; l) deposito materiale sterile; m) deposito materiale sporco; n) locale per il lavaggio e la sterilizzazione del materiale chirurgico.	La dimensione dei locali e degli spazi è adeguata rispetto agli accessi ed alla attività che vi viene svolta. Il locale chirurgico deve avere una superficie superiore a 16 mc e non può essere utilizzato per altri scopi. Se vengono utilizzate radiazioni ionizzanti deve essere garantita l'uniformità delle prescrizioni previste dalla normativa vigente. (DL 230/95 e successive modifiche e decreti attuativi) Le superfici del locale chirurgico devono risultare ignifughe, resistenti al lavaggio ed alla disinfezione, lisce e con raccordo arrotondato al pavimento. Quest'ultimo deve essere resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antisdrucchiolo.

3	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali indicate ai punti precedenti l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi ed i rischi per il personale e gli utenti	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per controllare e ridurre al minimo i disagi ed il rischio per il personale e gli utenti.
4	Il locale per il lavaggio-sterilizzazione possiede le caratteristiche richieste per l'autorizzazione e l'accreditamento	Il locale per il lavaggio e sterilizzazione se non è gestito tramite convenzione all'esterno è conforme a quanto richiesto in C.12.

Requisiti impiantistici B. 12.2

Criterio B. 12.2

L'impianto di condizionamento ha la funzione di determinare un lavaggio continuo dell'aria ambiente della sala operatoria consentendo di mantenere idonee caratteristiche igienico-ambientali sia per gli aspetti microbiologici che chimici e microclimatici.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Il locale chirurgico deve essere dotato di un sistema di condizionamento ambientale che assicuri: a) una temperatura invernale ed estiva compresa tra i 20 e i 24° C b) un'umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60 % c) un numero di ricambi efficaci di aria/ora (con aria esterna senza ricircolo) non minore di 6 v/h. d) una filtrazione dell'aria con efficienza • 99,97%	L'impianto è verificato almeno una volta l'anno per le caratteristiche microclimatiche interne, la qualità microbiologica dell'aria immessa (1 CFU/mc a 37°C) la reale capacità di lavaggio dell'aria ambiente (6 ricambi/ora).

Requisiti tecnologici – B. 12.3

Criterio B.12.3

Le caratteristiche tecnologiche presenti nell'ambulatorio chirurgico consentono di svolgere in sicurezza l'attività in rapporto al volume ed alla tipologia degli interventi chirurgici.

NR	Requisiti	Indicatori
1	La strumentazione e la tecnologia presente nel locale chirurgico è adeguata é adeguata alla tipologia ed al volume delle attività erogate	Ogni locale chirurgico deve disporre di: a) tavolo operatorio; b) elettrobisturi; c) aspiratore chirurgico con relativi sondini; d) lampada scialitica;

2	La strumentazione e la tecnologia presente nell'ambulatorio è adeguata alla tipologia ed al volume delle attività erogate	Ogni ambulatorio dispone di: a) armadio farmaci – medicazioni b) deposito strumentario c) unità di ventilazione manuale d) maschere facciali e cannule di Guedel
3	Il lavaggio dei ferri chirurgici e la sterilizzazione è adeguata alla tipologia ed al volume delle attività erogate	Ogni ambulatorio chirurgico deve disporre: a) di attrezzature per il lavaggio dei ferri b) di apparecchiature per sterilizzazione, nel caso di mancanza di un servizio di sterilizzazione centralizzato o esterno
4	Ogni ambulatorio chirurgico deve garantire la gestione dell'emergenza	Deve essere disponibile nell'ambulatorio chirurgico il carrello dell'emergenza ed un defibrillatore semiautomatico
5	Il controllo e la manutenzione delle attrezzature sono eseguite periodicamente	Evidenza della verifica della funzionalità delle attrezzature e della loro manutenzione periodica
6	In ogni sala operatoria e per il tipo di interventi che vengono fatti la dotazione strumentale è adeguata	Documenti ed evidenza di presenza e funzionalità della strumentazione necessaria per l'attività chirurgica che viene svolta.

Requisiti organizzativi – B. 12.4

Critério B. 12.4

La complessità delle attività svolte comporta la necessità di una attenta opera di organizzazione in modo che possa avvenire con la massima efficienza ed efficacia e con il minimo rischio per il personale e gli operandi.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'organigramma dell'ambulatorio è definito	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
2	Sono individuati nominativamente i responsabili per i vari protocolli organizzativi	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi.
3	E' individuato un responsabile medico ed uno infermieristico con compiti organizzativo - gestionali.	Documento che nominativamente definisce il responsabile, i livelli di responsabilità e le funzioni.
4	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la DMP
5	La dotazione quali/quantitativa di personale laureato e/o tecnico e infermieristico è adeguata alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.	Evidenza di documenti organizzativi. E' garantita per tutto l'orario di attività chirurgica, la presenza di: a) un medico specialista nella branca relativa alle prestazioni erogate; b) un'unità infermieristica
6	L'attivazione del locale chirurgico deve comunque prevedere la presenza di almeno un chirurgo ed un infermiere	Documento concordato con la DMP in particolare per la tipologia degli interventi che possono essere svolti e la presenza

	professionale e di un anestesista ove la tipologia dell'intervento o del paziente lo rendano necessario.	dell'anestesista.
7	L'attività chirurgica viene documentata analiticamente su apposito registro	Il registro contiene: gli elementi identificativi del paziente; la diagnosi; i nominativi e ruoli degli operatori; la procedura seguita; la data, ora inizio e fine intervento; le eventuali tecniche sedative utilizzate; le eventuali complicanze immediate.
8	E' presente un documento che descrive: l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione, tutte le prestazioni offerte, le modalità assistenziali, i diritti dei pazienti. Queste informazioni sono note all'utenza	Evidenza di documento e protocolli organizzativi a riguardo. Evidenza di apposita segnaletica per l'utenza.
9	E' presente nel presidio una lista delle procedure eseguibili nell'ambulatorio.	Documento organizzativo concordato con la DMP
10	Sono presenti specifici protocolli di selezione; cura; dimissione dei pazienti; comprese le istruzioni dopo le dimissioni; il follow up del paziente; la relazione al medico curante.	Evidenza di singoli documenti e protocolli organizzativi.
11	Il paziente è correttamente informato del percorso assistenziale cui verrà sottoposto con informazioni scritte che gli vengono ulteriormente spiegate	Copia sottoscritta dal paziente dell'informazione ricevuta è conservata nell'archivio dell'ambulatorio
12	E' assicurata entro l'ambulatorio la risposta immediata all'emergenza	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi concordati con la DMP e sull'addestramento del personale ad intervenire nelle emergenze.
13	Le attività di disinfezione e sterilizzazione sono adeguatamente gestite	Evidenza di protocolli per le procedure di lavaggio, sterilizzazione e stoccaggio del materiale. Per i presidi che utilizzano organismi esterni: evidenza di protocolli per le procedure di lavaggio, raccolta ed invio del materiale; ricevimento, stoccaggio; acquisizione e conservazione dei protocolli operativi utilizzati.
14	Per le attività specifiche dell'ambulatorio e per le principali patologie/attività trattate sono presenti e utilizzati protocolli diagnostici e terapeutici basati su linee guida che identificano il miglior percorso assistenziale per il singolo paziente.	Evidenza di protocolli e linee guida specifiche

C) STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI
IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A
CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER
ACUTI

Come definite all'art.2 L.R. 20\99, comma 1a e 2a, b, c.

C.A - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Sono presenti i seguenti spazi funzionali, dimensionati in relazione alla complessità della struttura:

- ingresso, informazioni-accoglienza
- attesa-soggiorno con servizi igienici
- bar o macchine erogatrici di bevande calde o fredde
- box vendita di generi vari

Criterio - C.A.1

L'organizzazione del Presidio è definito.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'organigramma e l'articolazione in dipartimenti e/o in U.O. è pubblica e accessibile agli utenti	L'organigramma è affisso ed è facilmente visibile dagli utenti
2	Sono indicati e visibili agli utenti i responsabili delle attività cliniche svolte	Evidenza di documenti e/o visibilità agli utenti
3	Per ogni dipartimento ed U.O. i livelli di responsabilità e le funzioni dei vari responsabili sono definiti	Documento che definisce nominativamente i responsabili, i livelli di responsabilità e le funzioni

Criterio - C.A.2

L'azienda è organizzata in modo da garantire che il personale possieda le necessarie specifiche competenze professionali

NR	Requisiti	Indicatori
1	Il responsabile di dipartimento e/o di U.O. è in possesso delle necessarie specifiche competenze professionali	Il responsabile di Dipartimento e/o di U.O. è in possesso dei requisiti specifici richiesti dal SSN per la dirigenza di struttura complessa.
2	Il personale sanitario possiede specifiche competenze professionali	Il personale sanitario ha i requisiti richiesti per l'assunzione nel SSN. Sono fatte salve le posizioni acquisite antecedentemente alla pubblicazione del presente provvedimento
3	Sono stabilite le linee di responsabilità e di autorità entro il servizio e con i servizi connessi	Evidenza di accordi con le altre U.O. e con la Direzione Sanitaria e/o la Direzione medica del presidio

Criterio – C.A.3

L'azienda è organizzata in modo da garantire la continuità dell'assistenza

NR	Requisiti	Indicatori
1	La continuità dell'assistenza è garantita 24 ore su 24	Documento sulla organizzazione della continuità dell'assistenza, 24h/24, almeno attraverso la presenza continuativa di personale medico e infermieristico, in funzione della tipologia e della complessità dell'attività svolta, con elenco nominativo del personale che deve essere presente
2	Deve essere prevista un'adeguata presenza di unità infermieristiche con funzioni di coordinamento	Deve essere garantito almeno un dirigente infermieristico responsabile per l'area medica e uno per l'area chirurgica, fatto salvo quanto indicato per il Blocco Operatorio

Criterio – C.A.4

L'azienda è organizzata in modo da garantire la sicurezza del personale e degli utenti

NR	Requisiti	Indicatori
1	In ogni Presidio sono attivi i servizi di Laboratorio di analisi cliniche anche non a gestione diretta e di Diagnostica per immagini	Evidenza di costituzione del servizio e individuazione nominativa del responsabile con assegnazione dei compiti e livelli di responsabilità. E' comunque garantita l'attività di prelievo; la copertura del servizio 24h/24 e la gestione dell'emergenza e dell'urgenza. Nel caso in cui il servizio non sia a gestione diretta, i rapporti tra le due aziende devono essere opportunamente documentati e la documentazione deve essere resa disponibile.
2	E' costituita ed attiva la commissione per il controllo delle infezioni ospedaliere e la commissione per il controllo del rischio biologico	Documento che definisce la struttura organizzativa delle due commissioni indicandone nominativamente i responsabili, ed i componenti
3	L'attività prodotta dalle due commissioni sono rese disponibili all'interno del presidio	Documenti comprovanti l'attività delle due commissioni, del rilievo periodico dei dati e della loro diffusione al personale.
4	Sono presenti procedure per garantire una adeguata prevenzione delle infezioni ospedaliere	Evidenza della presenza di procedure scritte e del loro utilizzo (dati periodicamente aggiornati sulle infezioni ospedaliere in ogni U.O.).
5	L'identificazione dei campioni biologici ed il loro tracciamento entro il presidio è assicurato	Evidenza dei protocolli organizzativi concordati con le U.O. interessate e con la DMPO.

C.1 - DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO

Le attività della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero riguardano il coordinamento operativo dei processi e dei fattori produttivi per il raggiungimento degli obiettivi prefissati; il coordinamento degli obiettivi e delle politiche tra le diverse U.O., la gestione dei possibili conflitti, la creazione ed il mantenimento delle condizioni necessarie allo svolgimento delle attività; la verifica delle attività in base alla loro efficacia ed all'uso efficiente delle risorse; la organizzazione e la guida del Presidio nel suo complesso affinché esso pervenga agli obiettivi aziendali.

Criterio – C.1.1.

Il personale della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero (DMPO) è adeguato ai compiti ed al carico di lavoro

NR	Requisiti	Indicatori
1	E' definito l'organigramma del personale della DMPO	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità
2	La dotazione organica del personale medico della DMPO è rapportata al volume delle attività ed alle specifiche attività	Ogni struttura sanitaria erogante prestazioni sanitarie in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti è dotata di un dirigente medico di presidio ospedaliero, i medici assegnati alla DMPO sono almeno 1 ogni 120 PL o frazione superiore alla metà
3	Sono stabilite le linee di responsabilità e di autorità entro il servizio e con i servizi connessi	Esiste evidenza scritta di accordi con le altre U.O. e con la Direzione Sanitaria se presente
4	Il responsabile della DMPO e il personale sanitario sono in possesso delle necessarie specifiche competenze professionali	Il responsabile della DMPO è in possesso della specialità in Igiene e medicina preventiva e dei requisiti specifici richiesti dal SSN (D.M. 483/97, 484/97 e 484/98 e successive integrazioni e modifiche) per la dirigenza di struttura complessa per la DMPO e tutto il personale sanitario della DMPO ha i requisiti richiesti per l'assunzione nel SSN.

Criterio - C.1.2.

La DMPO coordina gli aspetti organizzativi-gestionali generali del Presidio e verifica il mantenimento della qualità igienica

NR	Requisiti	Indicatori
1	La DMPO cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la continuità assistenziale	Evidenza di procedure per garantire la continuità assistenziale attraverso la predisposizione dei turni di servizio, di guardia e di pronta disponibilità del personale sanitario, tecnico, amministrativo e professionale addetto ai servizi sanitari
2	La DMPO concorre con la Direzione generale alla stesura degli obiettivi di ciascuna U.O.	Evidenza dei documenti relativi alla impostazione degli obiettivi
3	La DMPO collabora con le U.O. alla elaborazione dei percorsi per il raggiungimento degli obiettivi concordati con la Direzione Generale	Evidenza dei documenti relativi alla elaborazione dei percorsi
4	La DMPO monitorizza l'attività delle varie U.O. in funzione degli obiettivi e dei percorsi definiti.	Evidenza di report periodici relativi ai dati di attività.
5	La DMPO cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la gestione dell'igiene ambientale nei reparti di degenza	Evidenza di documenti, protocolli organizzativi e dei dati relativi
6	La DMPO cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la gestione igienica della ristorazione collettiva	Evidenza di documenti, protocolli organizzativi e dei dati relativi alle verifiche
7	La DMPO contribuisce affinché le infezioni ospedaliere siano prevenute con efficacia	Evidenza dell'attività svolta, dei dati rilevati e dei conseguenti protocolli specifici. E' presente in staff un infermiere addetto a compiti epidemiologici almeno ogni 250 PL.
8	La DMPO verifica la qualità delle cartelle cliniche, la loro conservazione e il rilascio delle stesse entro un termine determinato e garantito.	Evidenza di documenti organizzativi e dati relativi ai risultati delle verifiche effettuate.
9	La DMPO verifica la qualità della classificazione dei ricoveri.	Evidenza di protocolli specifici e dei risultati relativi alla SDO
10	La DMPO verifica che i rifiuti ospedalieri siano correttamente separati e stoccati	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi specifici
11	La DMPO esprime valutazione tecnico-sanitaria e organizzativa e sul rapporto costo/beneficio per l'acquisto di nuove tecnologie	Evidenza dell'attività svolta

12	La DMPO cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la gestione dell'emergenza nel Presidio e delle maxiemergenze, in accordo col 118.	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi per la gestione delle emergenze in tutto il Presidio
13	L'attività della DMPO viene rendicontata	Evidenza di documenti e dei dati sull'attività della DMPO

C.2 - SISTEMA DI EMERGENZA - URGENZA

La disciplina dell'organizzazione delle modalità di risposta all'emergenza urgenza è stabilita secondo quanto previsto dal DPR 27/3/92; Decreto 15/5/92; dalle linee guida sull'emergenza urgenza approvate dalla Conferenza Stato - Regioni nella seduta dell'11 Aprile 1996 e dal DPR 13/5/2001 sulle maxiemergenze.

Per quanto non riportato nel presente documento, valgono i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalle "Linee guida per l'emergenza - urgenza" approvate dalla Conferenza Stato Regioni nel mese di Aprile 1996 e nel DCR 40/6/97.

Le modalità di risposta all'emergenza-urgenza si articolano su quattro livelli:

- Punti di primo intervento;
- Pronto soccorso delle strutture di ricovero;
- Dipartimento di Emergenza - Urgenza ed accettazione di I livello;
- Dipartimento di Emergenza - Urgenza ed accettazione di II livello

C.2.A - PUNTI DI PRIMO INTERVENTO

Criterio – C.2.A

I punti di primo intervento effettuano il primo intervento medico in caso di problemi minori, presentati come urgenti, stabilizzano il paziente in fase critica e/o attivano il trasporto protetto presso l'ospedale più idoneo

Si distinguono in:

- punti di primo intervento presso presidi della Aziende Sanitarie Locali
- punti di primo intervento fissi, mobili o occasionali

Requisiti strutturali ed impiantistici – C.2.A.1

NR	Requisiti	Indicatori
1	I Punti di primo intervento presso i presidi della Aziende Sanitarie Locali devono avere la almeno la seguente dotazione di locali: <ul style="list-style-type: none"> • un ambulatorio per visita di dimensioni adeguate • un ambiente per l'attesa • un locale per lavoro infermieri • un locale ad uso deposito • servizi igienici distinti per utenti e personale. 	Evidenza di disponibilità ed adeguatezza dei locali
2	Devono disporre della seguente dotazione impiantistica <ul style="list-style-type: none"> • impianto elettrogeno e di illuminazione di emergenza • impianto gas medicali 	Evidenza di adeguatezza e funzionalità degli impianti

3	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali ed impiantistiche minime l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti	Evidenza di documenti per ogni dipartimento ed U.O. con l'analisi della dotazione strutturale impiantistica e tecnologica. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi per il personale e gli utenti.
----------	---	---

Requisiti tecnologici – C.2.A.2

NR	Requisiti	Indicatori
1	La strumentazione, gli impianti e la tecnologia presente è adeguata alla tipologia ed al volume delle attività erogate	<p>Evidenza di presenza e funzionalità di</p> <ul style="list-style-type: none"> • erogazione di O2 • elettrocardiografo • aspiratore • monitor – defibrillatore con pacing e saturimetro • set per sostegno alle funzioni vitali e materiali per effettuare la rianimazione cardiopolmonare • frigorifero per conservazione farmaci • collegamento telefonico diretto, o tramite “passante”, con la Centrale Operativa e il PS/DEA di riferimento. • Presenza di punto radio della Centrale Operativa 1-1-8 • Presenza di un’ambulanza tipo “A” ex DM 553/87 o A1 ex DM 487/97 in postazione nell’area territoriale di competenza • Fax per trasferimento testi e grafici
2	E' presente un sistema di refertazione computerizzata con possibilità di gestione elettronica dei dati archiviati anche in rete	Evidenza di documenti che predispongono il sistema e di computer e programma di refertazione e archiviazione

Requisiti organizzativi – C.2.A.3

NR	Requisiti	Indicatori
1	E' definito l'organigramma della U.O. con relativa matrice delle responsabilità e attività in funzione del volume di attività previsto e dell'orario di apertura del servizio.	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità e gli orari di apertura del servizio
2	La dotazione organica del personale è rapportata al volume delle attività ed alle specifiche attività della U.O.	La dotazione di personale minima è di un medico ed un infermiere professionale presenti per tutto il tempo di apertura del servizio
3	Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la Direzione medica di presidio e/o la Direzione sanitaria.
4	Il personale medico dei punti di primo intervento c/o i presidi delle Aziende USL è in possesso di comprovata esperienza nel settore dell'emergenza-urgenza.	Il personale sanitario è in possesso dei requisiti richiesti per l'assunzione presso il SSN, fatte salve le posizioni acquisite precedentemente al presente provvedimento, e segue un programma di formazione e aggiornamento nel settore dell'emergenza-urgenza.
5	Sono presenti protocolli per il collegamento operativo con la Centrale Operativa e il PS/DEA di riferimento.	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi concordati con la Centrale Operativa ed il PS/DEA di riferimento
6	E' definito l'orario di attività, in genere articolato nelle 12/24 ore giornaliere, secondo le specifiche esigenze territoriali	Documento concordato con la DMPO e/o la Direzione sanitaria

C.2.B – ACCETTAZIONE URGENTE E PRONTO SOCCORSO DELLE STRUTTURE DI RICOVERO

Nel caso l'UO disponga di posti letto propri, deve essere valutata anche la parte contenente i requisiti per l'area di degenza in generale.

Criteria – C.2.B

L'unità organizzativa deputata all'emergenza deve assicurare l'accettazione urgente e gli interventi diagnostico-terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotata la struttura, deve poter eseguire un primo accertamento diagnostico strumentale e di laboratorio e gli interventi necessari alla stabilizzazione dell'utente. Deve garantire il trasporto protetto.

NR	Requisiti	Indicatori
1	<p>La struttura organizzativa e funzionale deputata all'accettazione e al pronto soccorso deve assicurare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'attività di accettazione urgente per i soggetti in condizioni di urgenza ed emergenza • gli interventi diagnostico terapeutici di urgenza compatibili con le specialità di cui è dotata la struttura • un primo accertamento diagnostico clinico strumentale e di laboratorio • gli interventi necessari alla stabilizzazione dell'utente ed alla osservazione, di norma limitata alle 24 ore • il trasporto protetto • L'assistenza medica e infermieristica 24 ore su 24 • La continuità diagnostica assistenziale dell'utente dalla chiamata all'assistenza extra ed intra ospedaliera 	<p>Evidenza di specifici protocolli organizzativi concordati con le U.O. interessate e con la Direzione medica di presidio ospedaliero e/o la Direzione sanitaria.</p>

Requisiti strutturali**Criterio C.2.B.2**

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'U.O., oltre a quanto previsto per i punti di primo intervento, dispone degli ulteriori locali necessari al buon funzionamento della sua attività.	<p>Sono presenti, oltre a quanto previsto per i punti di primo intervento, almeno i seguenti locali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un secondo locale per la visita • camera calda (area coperta e riscaldata di accesso diretto per mezzi e pedoni) • locale per la gestione dell'emergenza • locale osservazione • locale attesa utenti barellati • deposito pulito • deposito sporco • spazio registrazione/segreteria/archivio • sede, possibilmente attigua, per accettazione • studio medico • deposito presidi, materiale sanitario e strumentazione • locale lavoro infermieri • spazio/locale per il triage
3	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali minime l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	<p>Evidenza di documenti per ogni dipartimento ed U.O. con l'analisi della dotazione strutturale impiantistica. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi per il personale e gli utenti.</p>

Requisiti Impiantistici e tecnologici

Critero – C.2.B.3

Le strutture deputate all'emergenza-urgenza si articolano su più livelli operativi legati alla complessità delle prestazioni erogate e devono possedere requisiti tecnologici adeguati alla complessità di tali prestazioni

Ogni unità deputata al pronto soccorso possiede, oltre a quanto previsto per i punti di primo intervento, almeno dei seguenti requisiti

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'U.O., oltre a quanto previsto per i punti di primo intervento, dispone degli ulteriori impianti e tecnologie necessarie alla sicurezza ed buon funzionamento della sua attività.	Sono presenti, oltre a quanto previsto per i punti di primo intervento, almeno i seguenti impianti e tecnologie: <ul style="list-style-type: none"> • Impianto di gas medicali e vuoto • Impianto di rilevazione incendi (B) • Impianto elettrogeno e di illuminazione di emergenza • apparecchiatura per emogas analisi • diatermo coagulatore • ventilatore polmonare • lampada scialitica • collegamenti telefonici dedicati con il DEA di riferimento • collegamento telefonico sia diretto che dedicato con la Centrale Operativa • disponibilità, in postazione nell'area territoriale di competenza Ambulanze tipo A ex DM 533/87, ed A1 ex DM 487/97 coordinate dalla centrale operativa 1-1-8 • monitor multiparametrico portatile per trasporti intra ed inter ospedaliero • disponibilità Ambulanze tipo B ex DM 533/87, coordinate dalla centrale operativa 1-1-8

Criterio C.2.B.4. - Requisiti organizzativi

NR	Requisiti	Indicatori
1	E' definito l'organigramma della U.O. Questo è ispirato ai principi: a) presenza di personale proprio, b) il personale è specialista in medicina e chirurgia d'urgenza.	Evidenza di documento con l'organigramma della U.O.; l'attribuzione della responsabilità delle attività di Pronto Soccorso e la contestuale definizione delle specifiche competenze e delle relative responsabilità.
2	la dotazione organica del personale medico e infermieristico deve essere rapportata alla tipologia della struttura e al volume delle prestazioni e comunque, sull'arco delle 24 ore	L'articolazione dei turni del personale medico e infermieristico deve garantire la presenza continuativa del personale 24h/24 secondo quanto stabilito dagli standard nazionali e dalla Direzione Sanitaria e/o DMPO.
3	Sono stati predisposti specifici protocolli o linee guida per la gestione operativa dei casi in urgenza ed emergenza, riguardanti in particolare i rapporti con le differenti unità operative della struttura, le camere operatorie, il DEA di riferimento, la Centrale Operativa.	Evidenza di specifici documenti e protocolli organizzativi concordati con la centrale operativa, il DEA di riferimento, le varie U.O. interessate e con la DMPO e/o la Direzione Sanitaria
4	Sono definiti protocolli o linee guida operative, al fine di diversificare le attività di accettazione dei ricoveri programmati, dalle attività di pronto soccorso.	Evidenza di specifici documenti e protocolli organizzativi concordati con la Direzione Sanitaria
5	L'U.O. è attrezzata per affrontare eventi calamitosi (maxiemergenze)	Evidenza di protocolli organizzativi concordati con la DMPO e/o la Direzione sanitaria
6	L'accesso alla visita è organizzato mediante triade infermieristico	Evidenza di protocolli organizzativi e gestionali
7	Il personale infermieristico è formato ed aggiornato per il triage	Evidenza di un programma di formazione ed aggiornamento del personale concordato con la DMPO e/o la Direzione sanitaria
8	Gli utenti sono informati delle procedure di visita ed attesa	Presenza di segnalazioni visibili agli utenti e di materiale illustrativo che spiegano il sistema di triage
9	Il personale è supportato per la sindrome da burn out	Evidenza di documento o protocolli organizzativi che garantiscono il supporto psicologico al personale e dati sul numero dei soggetti contattati dal Servizio

C.2.C. - DEA DI PRIMO LIVELLO

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione rappresenta l'aggregazione funzionale di più unità operative che, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità clinico assistenziale, riconoscono la reciproca interdipendenza adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare una risposta rapida, completa e, ove occorre, sequenziale, in collegamento con le strutture operanti sul territorio.

Per le caratteristiche dei posti letto, deve essere valutata anche la parte contenente i requisiti per l'area di degenza in generale.

Requisiti strutturali impiantistici e tecnologici**Criterio - C.2.C.1**

Per quanto riguarda i requisiti strutturali impiantistici e tecnologici oltre a quanto richiesto per il pronto soccorso, si rinvia a quanto indicato per le singole Unità Operative e Servizi che compongono il DEA.

NR	Requisiti	Indicatori
1	In aggiunta ai requisiti richiesti per il pronto soccorso il DEA dispone degli ulteriori locali necessari per le attività dipartimentali	Sono presenti/disponibili, oltre a quanto previsto per il Pronto Soccorso, almeno i seguenti locali: <ul style="list-style-type: none"> • Aule e/o locali per riunioni, incontri, ecc. • Locali per l'attività direzionale • Segreteria • Archivio per la documentazione • Locali per la degenza breve (max 72h).
2	In aggiunta ai requisiti richiesti per il pronto soccorso il DEA dispone degli ulteriori requisiti impiantistici-tecnologici necessari per le attività dipartimentali	Il DEA deve essere provvisto: <ul style="list-style-type: none"> • di una linea telefonica dedicata per il collegamento con la Centrale Operativa, • di un collegamento radio,
3	Gli utenti in condizioni critiche che non necessitano il ricovero in un reparto di terapia intensiva usufruiscono di un ricovero temporaneo in una struttura di terapia sub intensiva	La terapia sub intensiva è organizzata in modo che <ul style="list-style-type: none"> • l'assistenza medica ed infermieristica sia continua 24h/24 • i parametri vitali siano costantemente monitorati con un sistema centralizzato
4	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali impiantistiche e tecnologiche minime l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	Evidenza di documenti per ogni dipartimento ed U.O. con l'analisi della dotazione strutturale impiantistica e tecnologica. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi per il personale e gli utenti.

Requisiti organizzativi
Criterio - C.2.C.2

NR	Requisiti	Indicatori
1	Il DEA assicura una risposta rapida, completa e sequenziale, in collegamento con le strutture operanti sul territorio	Evidenza di documenti organizzativi per la risposta e la continuità assistenziale degli utenti, dalla chiamata all'assistenza extra ed intra ospedaliera, e dei dati di attività.
2	Il DEA garantisce le funzioni specialistiche di Rianimazione, Cardiologia con UTIC, Medicina di urgenza, Chirurgia d'urgenza, Ginecologia/ostetricia	Evidenza di documenti organizzativi e protocolli specifici concordati con le varie U.O. e con la DMPO e/o la Direzione Sanitaria per l'attivazione di guardie attive 24h/24 del personale medico delle varie U.O. interessate
3	Sono in guardia attiva i Servizi e le Strutture di supporto	Sono garantiti 24h/24 i Servizi di: <ul style="list-style-type: none"> • Analisi chimico cliniche microbiologiche • Diagnostica per immagini • Reparto operatorio • Anestesia • Rianimazione • Ginecologia/ostetricia • UTIC • Immunotrasfusionale (12h/24) con reperibilità 12h/24
4	E' attivo il triage inteso come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti secondo protocolli prestabiliti che consentano di definire priorità di intervento	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi e dei dati di attività
5	La funzione di triage è svolta da personale infermieristico dedicato e adeguatamente formato.	Evidenza di protocolli per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto al triage e della didattica seguita dal personale
6	Sono presenti protocolli per la gestione delle principali patologie e relative problematiche	Evidenza di protocolli e linee guida specifiche
7	Sono presenti protocolli per la gestione di situazioni di emergenza-urgenza pediatrica	Evidenza di protocolli e linee guida specifiche
8	Sono presenti protocolli per la gestione delle principali patologie psichiatriche, ortopediche-traumatologiche, neurologiche	Evidenza di protocolli e linee guida specifiche
8	Sono presenti protocolli operativi per le maxiemergenze	Evidenza di protocolli organizzativi concordati con la Direzione Sanitaria
9	L'impostazione diagnostico/terapeutica è impostata sulla Medicina Basata sull'Evidenza (EBM).	Ogni U.O. afferente al DEA produce annualmente almeno una linea guida/percorso diagnostico terapeutico contestualizzato basato sulla EBM

10	Viene valutata la qualità del processo nell'ambito del Servizio	Evidenza almeno annuale di valutazione di qualità su almeno una delle seguenti attività: a) qualità percepita dall'utente b) rispetto dei tempi di attesa dei codici gialli c) appropriatezza del triage di accettazione verso dimissioni/ricovero d) appropriatezza clinica
-----------	---	--

C.2.D. - DEA DI SECONDO LIVELLO

Per le caratteristiche dei posti letto propri, deve essere valutata anche la parte contenente i requisiti per l'area di degenza in generale

Requisiti Strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi

Per quanto riguarda i requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi, oltre a quanto richiesto per il DEA di I livello, si rinvia a quanto indicato per le singole Unità Operative e Servizi che compongono il DEA di II livello.

Criterio C.2.D.1

Sono sedi di DEA di II livello gli ospedali in grado di assicurare, oltre alle prestazioni fornite nel DEA di I livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza quali la Cardiocirurgia, la Neurochirurgia, la Neonatologia, la Chirurgia Vascolare, la Chirurgia Toracica, le Unità per Grandi Ustionati, le Unità Spinali, secondo le indicazioni stabilite dal Piano Sanitario Regionale.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Il Responsabile del DEA II livello individua in accordo con i responsabili delle singole U.O. le necessità formative del personale ed organizza e coordina i programmi di formazione e aggiornamento.	Evidenza di documenti organizzativi concordati con le altre U.O. e con la DMPO e/o la Direzione sanitaria
2	Tutte le equipè sanitarie sono in grado di gestire tutte le patologie afferenti al DEA II livello	Evidenza di documenti organizzativi per la formazione permanente onde portare allo stesso standard qualitativo i sanitari afferenti al DEA Evidenza dell'attività svolta e dei sanitari che hanno seguito l'aggiornamento
3	Tutti i pazienti ed in particolare i politraumatizzati vengono gestiti in modo globale ed interdisciplinare	Evidenza di documenti organizzativi e gestionali che garantiscono la globalità e la interdisciplinarietà del trattamento. E' garantita la diagnostica adeguata in base alla EBM 24h/24
4	Sono presenti in numero adeguato posti letto di medicina-chirurgia-traumatologia d'urgenza.	I posti letto d'urgenza, con assistenza medica continua, sono collocati nell'ambito di aree dedicate del DEA II livello

C.3 - REPARTI CLINICI ED AREA DI DEGENZA**Requisiti strutturali C.3.1****Degenze in generale C.3.1.1****Criterio C.3.1.1**

Oltre ai livelli di qualità indicati dai requisiti minimi previsti dal DPR 14 gennaio 1997 sono presenti anche i seguenti requisiti

NR	Requisito	Indicatore
1	La dotazione di spazi – ambienti per i degenti è idonea	<ul style="list-style-type: none"> • Le camera di degenza hanno una superficie minima di 9 mq per posto letto • non vi sono più di quattro posti letto per camera • vi è almeno un servizio igienico ogni quattro posti letto. • Almeno il 10% delle camere di degenza ospita un solo letto • Per le strutture esistenti, per le stanze a più letti, i 9 mq per posto letto si intendono comprensivi del servizio igienico se in collegamento diretto con la stanza
2	La dotazione di spazio/ambienti per l'attività del personale è idonea	<ul style="list-style-type: none"> • In ogni piano destinato a degenza vi è almeno • un locale di lavoro per il personale di assistenza diretta • un locale per il materiale sporco dotato di vuotatoio e lavapadelle
3	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali minime richieste l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi per gli utenti e per il personale	<p>Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali di ogni dipartimento ed U.O.</p> <p>Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi per gli utenti e il personale.</p>

Degenze pediatriche e psichiatriche – C.3.1.2**Criterio - C.3.1.2**

Le particolari necessità strutturali delle degenze psichiatriche e pediatriche sono state considerate

NR	Requisito	Indicatore
1	La dotazione di spazi – ambienti per le particolari necessità delle degenze psichiatriche è idonea	Oltre ai locali/spazi previsti dai requisiti minimi per tutte le degenze, sono presenti e disponibili: <ul style="list-style-type: none"> • un locale specifico per colloqui/visite specialistiche • un locale soggiorno dimensionato in relazione al numero dei posti letto • è presente e disponibile un locale distinto da quello di soggiorno per la consumazione dei pasti e per le attività terapeutiche di gruppo
2	Le particolari necessità strutturali delle degenze pediatriche sono state considerate	Oltre ai locali/spazi previsti dai requisiti minimi per tutte le degenze, sono presenti e disponibili <ul style="list-style-type: none"> • spazi di soggiorno e svago ad uso esclusivo dei bambini, dimensionati in rapporto al numero. • spazio per l'accompagnatore
3	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali minime richieste, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi per il personale e gli utenti	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali di ogni dipartimento ed U.O. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi per il personale e gli utenti.

Requisiti impiantistici e tecnologici C.3.2**Criterio C.3.2**

I requisiti minimi impiantistici e tecnologici sono già presenti e attivi

NR	Requisiti	Indicatori
1	La dotazione minima tecnologica è presente almeno ad ogni piano ove vi siano delle degenze.	Evidenza della presenza e disponibilità almeno ad ogni piano ove sono presenti delle degenze della dotazione minima tecnologia
2	Se non è ancora presente e disponibile la dotazione impiantistica e tecnologica minima richiesta, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo il rischio ed i disagi per il personale e gli utenti	Evidenza di documenti per ogni dipartimento ed U.O. con l'analisi della dotazione impiantistica e di quella tecnologica. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema di monitoraggio e controllo del rischio per il personale e gli utenti.
3	E' presente e attivo in ogni U.O. l'impianto antincendio	Evidenza della presenza e funzionalità dell'impianto
4	E' presente almeno ad ogni piano di degenze un carrello per la gestione dell'emergenza completa di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale per piano	Evidenza della presenza e funzionalità

Requisiti organizzativi – C.3.3**Criterio – C.3.3.1**

La dotazione organica del personale medico e infermieristico è in grado di garantire una adeguata assistenza

NR	Requisito	Indicatore
1	E' definito l'organigramma del personale del dipartimento e delle U.O. con relativa matrice delle responsabilità e attività	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità
2	L'organigramma è affisso e visibile agli utenti	Evidenza di visibilità agli utenti
3	Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la DMPO e/o la Direzione Sanitaria se presente
4	La dotazione organica del personale medico é rapportata al volume delle attività ed alle specifiche attività di ogni U.O.	In ogni U.O. è garantita la presenza di un medico nell'orario 8-18 nei giorni feriali. Organico minimo: in linea generale: in ogni U.O. sono presenti; un dirigente medico di struttura complessa; calcolati sul valore medio dei ricoverati di 90 giorni nelle specialità mediche e riabilitative vi è almeno un dirigente medico/10 ricoverati; nelle specialità chirurgiche vi sono almeno due dirigenti medici/15 ricoverati.
5	La dotazione organica del personale infermieristico é rapportata al volume delle attività	La dotazione organica minima di base deve prevedere la presenza di 1 infermiere/15 PL calcolati sul valore medio di 90 giorni. Deve essere inoltre previsto, in accordo con la DMPO e la Direzione Infermieristica, in base alle caratteristiche organizzative ed alla complessità assistenziale, un organico integrativo di U.O. e di Dipartimento o Azienda
6	Per ogni dipartimento e/o U.O. sono individuati uno o più medici responsabili delle attività inerenti i singoli protocolli	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità

Criterio C.3.3.2

Ogni Dipartimento ed U.O. utilizza regolarmente linee guida e regolamenti interni

NR	Requisito	Indicatore
1	La privacy e la dignità del paziente sono protette	Evidenza di accordi con le varie UO e con la DMPO e/o la Direzione sanitaria Presenza di protocolli con le indicazioni comportamentali per il personale
2	Gli orari in cui i medici del dipartimento e/o della U.O. sono a disposizione dei parenti per colloqui ed informazioni sono indicati e sono chiaramente visibili al pubblico	Evidenza di accordi con la DMPO e/o la Direzione sanitaria ed evidenza di visibilità
3	Esistono protocolli operativi che regolano le procedure di dimissione, la compilazione della scheda di dimissioni con la sintesi delle attività svolte durante il ricovero, la comunicazione al medico curante e le informazioni necessarie al paziente	Esiste evidenza di accordi tra le varie UO e con la DMPO e/o la Direzione sanitaria Evidenza della documentazione
4	E' presente un piano specifico di formazione ed aggiornamento continuo per tutto il personale del dipartimento e/o della U.O.	Evidenza della documentazione relativa alla formazione, alle riunioni dedicate, agli incontri di gruppo ed alle sessioni di "peer review" ed ai corsi di aggiornamento seguiti.
5	Esistono protocolli operativi che regolano per il dipartimento e/o le U.O. : a) I criteri di accesso e trasferimento del paziente (programmazione liste di attesa, accoglienza e registrazione, informazioni generali sul funzionamento della struttura) b) Le modalità di compilazione della cartella clinica c) Le modalità di compilazione della documentazione infermieristica d) La degenza dei pazienti pediatrici nelle U.O. non pediatriche e) La gestione igienico-sanitaria degli ambienti e degli strumenti f) Collegamenti funzionali con le altre U.O.	Evidenza di documenti e della loro conoscenza da parte del personale Evidenza di presenza ed aggiornamento dei vari protocolli
6	Ciascuna U.O. predispone annualmente almeno un protocollo diagnostico basato su linee guida che identificano il miglior percorso assistenziale per il singolo paziente	Documenti ed evidenza del loro aggiornamento

C.4 - REPARTO OPERATORIO

Il reparto operatorio è costituito dall'insieme dei gruppi operatori presenti nel presidio.

Criterio C.4.1. - Requisiti strutturali.

Oltre ai livelli di qualità indicati dai requisiti minimi previsti dal DPR 14 gennaio 1997 sono presenti anche i seguenti requisiti

NR	Requisito	Indicatore
1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.	Il reparto operatorio è una struttura articolata in zone progressivamente meno contaminate dall'ingresso fino alle sale chirurgiche. Devono essere garantiti percorsi interni differenziati per sporco e pulito mediante interventi organizzativi e/o strutturali. Ogni reparto operatorio deve contenere due sale operatorie fino a 50 posti letto chirurgici
2	Pareti e pavimenti devono essere lisci, impermeabili, lavabili e raccordati tra loro	Evidenza della presenza di queste caratteristiche almeno per la sala operatoria e le zone per il pre e post intervento.
3	In Sala operatoria il pavimento deve essere antistatico ed antiscivolo collegato a sguscio con le pareti	Documentazione ed evidenza della presenza di queste caratteristiche in ogni sala operatoria

Requisiti impiantistici C.4.2**Criterio C.4.2**

L'impianto di condizionamento ha la funzione di determinare un lavaggio continuo dell'aria ambiente della sala operatoria consentendo di mantenere idonee caratteristiche igienico-ambientali sia per gli aspetti microbiologici che chimici e microclimatici.

NR	Requisiti	Indicatori
1	In ogni sala operatoria è presente e funzionante un impianto di condizionamento che assicura un lavaggio dell'aria pari ad almeno 15 ricambi d'aria efficaci/ora.	Documento con i dati per ogni sala operatoria sulla reale capacità di lavaggio dell'aria ambiente (15 ricambi/ora) rilevati almeno 1 volta l'anno In sala operatoria è ammesso un ricircolo dell'aria interna fino ad un massimo del 50% del totale se sono utilizzati strumenti anestesiológicos unicamente a circuito chiuso e se l'impianto e le caratteristiche ambientali sono verificate periodicamente (almeno 2 volte l'anno) per le caratteristiche microbiologiche, fisiche e della capacità di "lavaggio" dell'aria ambiente.
2	In ogni sala operatoria è presente e funzionante un impianto di condizionamento che assicura un filtraggio dell'aria con efficienza del 99.97%	Documento con i dati di verifica delle caratteristiche microbiologiche dell'aria emessa dall'impianto (1 CFU/mc) rilevati almeno 2 volte l'anno per ogni sala operatoria.
3	In ogni sala operatoria è presente e funzionante un impianto di condizionamento che assicura le caratteristiche termoigrometriche minime	Documento con i dati termoigrometrici ambientali rilevati in ogni sala operatoria almeno 2 volte l'anno
4	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche impiantistiche minime richieste l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi ed i rischi per il personale e gli utenti	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche impiantistiche di ogni reparto operatorio ed ambientali di ogni sala operatoria. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per controllare e ridurre al minimo i disagi ed il rischio per il personale e gli utenti.
5	Sono verificate le possibili perdite di gas anestetico nell'ambiente ed il rischio di esposizione del personale	Documento per ogni sala operatoria con i dati: della manutenzione degli apparecchi, delle verifiche per le perdite dagli strumenti e dagli impianti, della esposizione del personale ai gas anestetici (dati ambientali e/o biologici in funzione delle caratteristiche tecnologiche ed impiantistiche).
6	Impianto elettrogeno di continuità elettrica e di alimentazione dei servizi di sicurezza	Documenti ed evidenza della presenza ed attività degli impianti

Requisiti tecnologici C.4.3**Criterio C.4.3.**

I requisiti tecnologici consentono di svolgere con garanzia di qualità e sicurezza l'attività chirurgica

NR	Requisiti	Indicatori
1	Se non è ancora presente e disponibile la dotazione tecnologica minima richiesta, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo il rischio ed i disagi per il personale e gli utenti	Evidenza di documenti per ogni dipartimento ed U.O. con l'analisi della dotazione tecnologica. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema di monitoraggio e controllo del rischio per il personale e gli utenti. Evidenza di documenti con un programma di adeguamento per la dotazione tecnologica, la relativa tempistica ed impegno finanziario.
2	Il controllo e la manutenzione delle attrezzature sono eseguite periodicamente	Evidenza della verifica della funzionalità delle attrezzature e della loro manutenzione periodica
3	In ogni sala operatoria e per il tipo di interventi che vengono fatti la dotazione strumentale è adeguata	Documenti ed evidenza di presenza e funzionalità della strumentazione necessaria per l'attività chirurgica che viene svolta in ciascuna sala operatoria

Requisiti organizzativi – C.4.4**Criterio – C.4.4.1**

La complessità del reparto operatorio e delle sue attività comporta la necessità di una attenta opera di organizzazione in modo che l'attività del reparto possa avvenire con la massima efficienza ed efficacia e con il minimo rischio per il personale e gli operandi

NR	Requisiti	Indicatori
1	Per ogni reparto operatorio é individuato un responsabile medico ed uno infermieristico con compiti organizzativo - gestionali.	Documento che definisce nominativamente il responsabile, i livelli di responsabilità e le funzioni
2	E' definito l'organigramma del reparto operatorio	Documento che definisce le articolazioni operative, i livelli di responsabilità e le funzioni.
3	L'attivazione di una sala operatoria deve comunque prevedere almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri professionali.	Documento concordato con la DMPO e/o la Direzione sanitaria
4	E' presente un piano specifico di formazione ed aggiornamento continuo per tutto il personale del reparto operatorio	Evidenza della documentazione relativa alla formazione, alle riunioni dedicate, agli incontri di gruppo ed alle sessioni di "peer review" ed ai corsi di aggiornamento seguiti
5	Il numero complessivo di sale operatorie attive ed il relativo orario di apertura deve essere definito, per ogni singola struttura, in funzione della tipologia e complessità delle prestazioni, per specialità che vengono erogate, ed in particolare in relazione alla presenza del Dipartimento di Emergenza e all'attivazione della Day Surgery.	Documento concordato con la DMPO e/o la Direzione sanitaria esplicitante le sale operatorie attive ed il loro orario di apertura

Criterio C.4.4.2

Il Reparto Operatorio utilizza regolarmente linee guida e regolamenti interni

NR	Requisito	Indicatore
1	Sono presenti protocolli per: a) documentare analiticamente l'attività chirurgica b) compilazione della lista operatoria su criteri esplicitati, con definizione della tipologia degli interventi, della durata prevista, e del tipo di anestesia c) gestione della lista operatoria in casi di urgenza d) sanificazione ambientale, disinfezione e sterilizzazione e) gestione ed uso dei dispositivi di sicurezza f) gestione ed uso delle apparecchiature e dei presidi g) impostare programmi di verifica dei risultati e miglioramento della qualità h) conoscere e contenere il rischio derivante da carenze riguardo ai requisiti minimi strutturali, impiantistici o tecnologici	Documenti specifici eventualmente concordati con la DMPO e/o la Direzione sanitaria

C.5 - PUNTO NASCITA – BLOCCO PARTO**Criterio - C.5**

Il travaglio, il parto e la nascita devono realizzarsi assicurando sia le esigenze igienico sanitarie che le necessità psicologiche della madre e del nascituro

NR	Requisiti	Indicatori
1	E' presente l'impianto elettrogeno di alimentazione dei servizi di sicurezza e di continuità elettrica	Documenti ed evidenza della presenza e funzionalità degli impianti
2	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali, impiantistiche e tecnologiche minime richieste l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche impiantistiche ed ambientali. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi ed il rischio per il personale e gli utenti. Evidenza di documenti con un programma di adeguamento degli impianti, la relativa tempistica ed impegno finanziario.
3	E' definito l'organigramma del personale della U.O.	Documento che definisce nominativamente i responsabili, i livelli di responsabilità e le funzioni
4	La continuità dell'assistenza è garantita	E' garantita la presenza nelle 24h di un medico specialista in ostetricia e di un'ostetrica. Durante il parto è garantita la presenza di un medico specialista in pediatria.
5	Sono definiti i collegamenti con le altre U.O. ed il trasporto protetto del nascituro	Documento concordato le altre U.O. e con la DMPO e/o la Direzione sanitaria
6	Sono presenti protocolli per: a) documentare analiticamente l'attività b) sanificazione ambientale, disinfezione e sterilizzazione c) gestione ed uso dei dispositivi di sicurezza d) gestione ed uso delle apparecchiature e dei presidi e) impostare programmi di verifica dei risultati e miglioramento della qualità f) conoscere e contenere il rischio derivante da carenze riguardo ai requisiti minimi strutturali, impiantistici o tecnologici	Documenti specifici eventualmente concordati con la DMPO e/o la Direzione sanitaria

C.6 - RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

Per questa sezione deve essere valutata anche la parte contenente i requisiti per l'area di degenza in generale.

Criterio – C.6.1

Le caratteristiche strutturali impiantistiche e tecnologiche sono correlate alla tipologia ed al volume delle attività erogate

NR	Requisiti	Indicatori
1	Le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche ed organizzative sono correlate alla tipologia ed al volume delle attività erogate come indicato nei requisiti minimi.	Documenti ed evidenza di presenza e funzionalità dei requisiti minimi.
2	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche ed organizzative minime richieste, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali, impiantistiche e tecnologiche ed organizzative. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi e l'eventuale rischio per il personale e gli utenti.
3	In ogni U.O. di Rianimazione e Terapia intensiva è presente e funzionante un impianto di condizionamento che assicura le caratteristiche termoigrometriche minime	Documento con i dati termoigrometrici ambientali rilevati almeno 2 volte l'anno
4	In ogni U.O. di Rianimazione e Terapia intensiva l'impianto di condizionamento della zona destinata a degenza utilizza solo aria esterna	Documento sulle caratteristiche dell'impianto
5	L'impianto di condizionamento presente assicura un lavaggio dell'aria pari ad almeno 6 ricambi d'aria efficaci/ora	Documento con i dati sulla reale capacità di lavaggio dell'aria ambiente (6 ricambi/ora) rilevati almeno 1 volta l'anno
6	L'impianto assicura un filtraggio dell'aria con efficienza del 99.97%	Documento con i dati di verifica delle caratteristiche microbiologiche dell'aria immessa dall'impianto (1 CFU/mc) rilevati almeno 2 volte l'anno
7	E' presente un impianto elettrogeno di continuità elettrica e di illuminazione di emergenza.	Documenti ed evidenza della presenza ed attività degli impianti.

Criterio – C.6.2

La dotazione organica del personale medico ed infermieristico è rapportata alla tipologia dell'attività svolta ed al volume complessivo degli interventi chirurgici effettuati.

NR	Requisiti	Indicatori
1	E' definito l'organigramma del personale della/e U.O. con relativa matrice delle responsabilità e attività	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità
2	Sono definiti i collegamenti funzionali con le altre U.O.	Documento concordato con la DMPO e/o la Direzione Sanitaria
3	Sono presenti protocolli scritti per le principali attività di gestione concordati con i servizi competenti	Documenti inerenti le attività gestionali concordate con gli altri servizi
4	E' assicurata la possibilità di "assistenza affettiva" al letto del paziente, al di fuori dei momenti terapeutici critici	Documento eventualmente concordato con la DMPO e/o la Direzione Sanitaria
5	Sono definite le procedure per le risposte alle richieste routinarie e a quelle in emergenza-urgenza	Documento e/o protocolli organizzativi eventualmente concordati con la DMPO e/o la Direzione Sanitaria
6	Sono disponibili le procedure per : l'accesso dei pazienti, l'accesso del personale e l'accesso dei visitatori	Documento e/o protocolli organizzativi
7	Sono presenti procedure per il controllo delle caratteristiche igienico-ambientali	Documento e dati relativi alle caratteristiche igienico-ambientali
8	E' presente un piano specifico di formazione ed aggiornamento continuo per tutto il personale della U.O.	Evidenza della documentazione relativa alla formazione, alle riunioni dedicate, agli incontri di gruppo ed alle sessioni di "peer review" ed ai corsi di aggiornamento seguiti.
9	E' presente un protocollo per l'approccio ai parenti per la donazione/espianto degli organi	Evidenza di documenti o protocolli organizzativi e della formazione del personale
10	Il personale è supportato per la sindrome da burn out	Evidenza di documento o protocolli organizzativi che garantiscono il supporto psicologico al personale e dati sul numero dei soggetti contattati dal Servizio

C.7 – MEDICINA NUCLEARE

Nel caso l'UO disponga di posti letto propri, deve essere valutata anche la parte contenente i requisiti per l'area di degenza in generale.

Criterio – C.7

Le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche ed organizzative sono adeguate alla tipologia ed al volume delle attività erogate.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche minime richieste, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali, impiantistiche e tecnologiche. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi e l'eventuale rischio per il personale e gli utenti.
2	E' definito l'organigramma del personale della/e U.O. con relativa matrice delle responsabilità e attività.	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
3	Sono presenti procedure relative alle principali attività cliniche svolte	Evidenza di protocolli e /o linee guida specifiche
4	Sono presenti procedure specifiche per la conservazione e manipolazione delle sostanze radioattive, la minimizzazione del rischio biologico e la gestione dei rifiuti radioattivi	Evidenza di protocolli specifici
5	Sono presenti procedure per la gestione dell'attività informativa sulle eventuali complicanze da trattamento	Evidenza di protocolli specifici

C.8 - ATTIVITÀ DI RADIOTERAPIA

Nel caso l'UO disponga di posti letto propri, deve essere valutata anche la parte contenente i requisiti per l'area di degenza in generale

Criterio – C.8

L'attività di radioterapia è svolta in un contesto clinico che consente di assistere in modo adeguato tutte le fasi della malattia, sia in regime ambulatoriale che di ricovero. Il suo svolgimento deve prevedere il rispetto della normativa di radioprotezione (DL.230/95)

NR	Requisiti	Indicatori
1	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche minime richieste, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi e l'eventuale rischio per il personale e gli utenti.
2	E' definito l'organigramma del personale della/e U.O. con relativa matrice delle responsabilità e attività.	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
3	La dotazione organica del personale è rapportato al volume ed alle attività della U.O.	Documento della DMPO e/o della Direzione sanitaria; é garantita la presenza per l'intero orario di apertura della struttura di almeno 1 medico specialista in radioterapia, 1 tecnico di radiologia ed 1 infermiere professionale.
4	E' garantito il ricovero d'urgenza per i pazienti che durante il trattamento evidenziano necessità cliniche di assistenza ospedaliera	Evidenza di protocolli specifici con U.O. di degenza concordati con la DMPO e/o la Direzione sanitaria
5	Sono presenti procedure specifiche per la conservazione e manipolazione delle sostanze radioattive	Evidenza di protocolli specifici
6	Sono presenti procedure per la gestione dell'attività informativa sulle eventuali complicanze da trattamento	Evidenza di protocolli specifici

C.9 DAY HOSPITAL

Per questa sezione deve essere valutata anche la parte contenente i requisiti per l'area di degenza in generale.

Criterio – C.9

I locali, gli spazi e gli impianti sono correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche minime richieste, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali, impiantistiche e tecnologiche. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi e l'eventuale rischio per il personale e gli utenti.
2	Il personale che svolge attività di assistenza ospedaliera diurna deve essere individuato a priori; qualora detto personale sia destinato allo svolgimento di altre attività, gli orari dedicati all'assistenza ospedaliera diurna devono essere definiti.	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità e relativo protocollo organizzativo
3	Al fine della determinazione delle strutture, dei posti letto e del personale, l'attivazione del day hospital è subordinata alla preventiva individuazione delle patologie trattabili, dei relativi protocolli diagnostico-terapeutici del numero dei casi annui attesi.	Evidenza dei protocolli e dei dati relativi
4	Ciascun ricovero, caratterizzato da un unico accesso giornaliero o da un ciclo programmato di accessi giornalieri, necessita della accettazione amministrativa, comporta l'apertura di una cartella clinica e della compilazione della relativa scheda di dimissione ospedaliera. Ogni singolo accesso deve essere registrato su apposita scheda clinica di diario giornaliero redatta a cura del medico curante, corredata dalla relativa documentazione sanitaria che sarà conservata in ordine cronologico all'interno della cartella clinica.	Documenti e protocolli organizzativi, evidenza delle attività richieste
5	E' presente un regolamento sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni	Documenti e protocolli organizzativi
6	Sono definiti i numeri di posti letto equivalenti assegnati a ciascun Day Hospital e delle modalità operative	Evidenza di documenti dell'alta direzione

7	Sono presenti protocolli per i raccordi funzionali con i servizi diagnostici, per garantire l'esecuzione delle indagini programmate durante l'attività del Day Hospital.	Evidenza di documenti e protocolli concordati con le altre U.O. e con la DMPO e/o la Direzione sanitaria
8	E' presente un sistema di verifica e valutazione dell'attività svolta nel corso dell'anno da ciascun Day Hospital.	Evidenza di documenti e dati sulla verifica e valutazione dell'attività svolta da ciascun Day Hospital.

C.10 – DAY SURGERY

Per questa sezione deve essere valutata anche la parte contenente i requisiti per l'area di degenza in generale e per il reparto operatorio.

Requisiti strutturali

I locali e gli spazi del dedicati alla day surgery sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.

Criterio – C.10.1.

I requisiti strutturali del Reparto operatorio (R.O.) sono idonei all'attività ed al carico di lavoro

NR	Requisiti	Indicatori
1	I locali e gli spazi del R.O. sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.	Il reparto operatorio è una struttura articolata in zone progressivamente meno contaminate dall'ingresso fino alle sale chirurgiche. Devono essere garantiti percorsi interni differenziati per sporco e pulito mediante interventi organizzativi e/o strutturali.
2	Sono presenti i requisiti minimi individuati dal DPR 14/1/1997 per il reparto operatorio e dal Gruppo di lavoro regionale per la day surgery.	<ul style="list-style-type: none"> • Oltre a quanto indicato nei requisiti minimi ricordati, deve essere presente in ogni reparto operatorio: • un deposito per il materiale pulito • un deposito per il materiale sporco • una zona per il lavaggio e un sistema di sterilizzazione locale; ovvero della sola zona per il lavaggio e preparazione per la sterilizzazione, se la struttura dispone di un servizio centralizzato di sterilizzazione esterno al complesso operatorio • ambienti preparazione operandi e risveglio operati • Tutti i locali ed i corridoi devono avere pavimenti e rivestimenti con superficie lisce e non scanalate, impermeabile lavabile e disinfettabile; le pareti devono essere raccordate al pavimento.
3	In Sala operatoria il pavimento è antistatico ed antiscivolo, collegato a sguscio con le pareti	Documentazione ed evidenza della presenza di queste caratteristiche in ogni sala operatoria
4	Il filtro di entrata degli operandi è idoneo al mantenimento delle caratteristiche igieniche nel reparto operatorio (R.O.)	Presenza di barriere all'accesso nel R.O. con carrelli esterni, calzature personali, ecc.
5	Il filtro di entrata del personale è idoneo al mantenimento delle caratteristiche igieniche nel reparto operatorio (R.O.)	Presenza di locale filtro/spogliatoio del personale addetto con lavabo, doccia e servizi igienici

Requisiti strutturali**Criterio – C.10.2.**

I requisiti strutturali degli altri locali della day surgery sono idonei all'attività ed al carico di lavoro

NR	Requisiti	Indicatori
1	I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate.	Sono presenti i locali e gli spazi indicati dal DPR 14/1/97 e dal Gruppo di lavoro regionale per la day surgery

Requisiti impiantistici**Criterio C.10.3**

L'impianto di condizionamento ha la funzione di determinare un lavaggio continuo dell'aria ambiente della sala operatoria consentendo di mantenere idonee caratteristiche igienico-ambientali sia per gli aspetti microbiologici che chimici e microclimatici.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Oltre ai requisiti richiesti dal DPR 14/1/199 sui requisiti minimi per il Reparto operatorio e la Day surgery sono presenti anche i requisiti richiesti per il loro accreditamento.	Evidenza e documenti progettuali e gestionali In sala operatoria è ammesso un ricircolo dell'aria interna fino ad un massimo del 50% del totale se sono utilizzati strumenti anestesiológicos unicamente a circuito chiuso
2	Le caratteristiche funzionali dell'impianto/i sono periodicamente verificati	Documento con i dati per le sale operatorie e i locali pre-post intervento: <ul style="list-style-type: none"> • sulla reale capacità di lavaggio dell'aria ambiente (rispettivamente 15 ricambia orari) rilevati almeno 1 volta l'anno • dati termoigrometrici ambientali rilevati almeno 2 volte l'anno • dati di verifica delle caratteristiche microbiologiche dell'aria immessa dall'impianto (1 CFU/mc) rilevati almeno 2 volte l'anno

Requisiti tecnologici**Criterio C.10.4**

Le caratteristiche tecnologiche presenti nel reparto operatorio e nella day surgery consentono di svolgere in sicurezza l'attività in rapporto al volume ed alla tipologia degli interventi chirurgici.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Oltre ai requisiti richiesti dal DPR 14/1/1999 per il reparto operatorio, sono presenti anche i requisiti richiesti per l'accreditamento.	Evidenza e documenti organizzativi e gestionali.
2	La day surgery è in grado di essere autonoma per quanto riguarda la sterilizzazione.	E' presente un'autoclave a vapore per la sterilizzazione di strumentario e teleria, in mancanza di servizio centralizzato e/o esterno di sterilizzazione.

Requisiti organizzativi - C.10.5

NR	Requisiti	Indicatori
1	Deve essere prevista l'attuazione dei requisiti richiesti dal DGR Liguria 1097/01	Evidenza di documenti organizzativi
2	L'attività di day surgery viene svolta a) nei presidi che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo per acuti ove esistono le corrispondenti unità operative di competenza specialistica b) in presidi che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo diurno per acuti se la continuità terapeutica e la gestione dell'emergenza è assicurata.	Evidenza e documenti organizzativi e gestionali per la continuità dell'assistenza Per i presidi del gruppo b) evidenza di accordi/contratti con presidi di cui al punto a) per gli aspetti organizzativi che assicurino la continuità terapeutica e la gestione dell'emergenza.
3	E' assicurata entro la Day surgery la risposta immediata all'emergenza	Documenti e protocolli organizzativi concordati con la DMP; evidenza di accordi/contratti tra la day surgery ed i rispettivi responsabili delle U.O. esterne interessate e DMPO e/o Direzioni sanitarie
4	È garantita l'attività di rianimazione all'interno del Day surgery nelle ore di attività.	Documenti e protocolli organizzativi concordati con la DMP; evidenza di accordi/contratti tra la day surgery ed i rispettivi responsabili delle U.O. esterne interessate e DMPO e/o Direzioni sanitarie
5	E' garantito il trasporto protetto	Documenti e protocolli organizzativi concordati con la DMP; evidenza di accordi/contratti tra la day surgery ed i rispettivi responsabili delle U.O. esterne interessate e DMPO e/o Direzioni sanitarie
6	Per la Day surgery è individuato un responsabile medico ed uno infermieristico con compiti organizzativo - gestionali.	Documento che nominativamente definisce il responsabile, i livelli di responsabilità e le funzioni.

7	E' definito l'organigramma del reparto operatorio	Documento che definisce le articolazioni operative, i livelli di responsabilità e le funzioni.
8	L'attivazione di una sala operatoria deve comunque prevedere nel blocco operatorio la presenza di almeno un chirurgo e due infermieri professionali ed un anestesista.	Documento concordato con la Direzione medica di presidio
9	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche minime richieste, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali, impiantistiche e tecnologiche. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi e l'eventuale rischio per il personale e gli utenti.
10	L'attività chirurgica viene documentata analiticamente	Documenti specifici e dati rilevati
11	E' presente un documento che descrive: <ul style="list-style-type: none"> • tutte le prestazioni offerte dalla U.O., • le modalità assistenziali • i diritti dei pazienti. 	Evidenza di documento e protocolli organizzativi inerenti; presenza nelle ore di attività del D.S. di almeno un medico ed un infermiere anche non dedicati; reperibilità medica nelle 24 ore
12	Sono presenti specifici protocolli di ammissione; cura; dimissione dei pazienti; comprese le istruzioni dopo le dimissioni; il follow up del paziente; la relazione al medico curante.	Evidenza di singoli documenti e protocolli organizzativi.
13	Sono definiti i collegamenti funzionali con le altre U.O. se presenti	Evidenza di documenti e protocolli concordati con le altre U.O. se presenti
14	E' presente un sistema di verifica e valutazione dell'attività svolta nel corso dell'anno da ciascuna attività di Day Surgery	Evidenza di documenti e dati sulla verifica e valutazione dell'attività svolta da ciascuna attività di Day Surgery.

C.11 – GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO

Non è richiesto il possesso dei requisiti non applicabili in relazione alla attività svolta.

Criterio -

Le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche ed organizzative sono adeguate alla tipologia ed al volume delle attività erogate.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche minime richieste, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali, impiantistiche e tecnologiche. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi e l'eventuale rischio per il personale e gli utenti.
2	E' definito l'organigramma del personale della/e U.O. con relativa matrice delle responsabilità e attività.	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
3	Sono presenti protocolli e linee guida per l'approvvigionamento; la preparazione e conservazione di farmaci; dei materiali sterili; delle mescolanze infusionali; della preparazione e conservazione dei nutrienti per la nutrizione artificiale.	Evidenza di protocolli e linee guida specifiche.
4	Sono presenti procedure per il trasporto, lo stoccaggio e la movimentazione dei farmaci e del materiale sanitario, sterile e non sterile	Evidenza di protocolli e linee guida specifiche
5	Vi sono procedure per la valutazione statistica dei consumi dei farmaci e reports mensili per centro di costo.	Evidenza di protocolli specifici e dei dati ottenuti.
6	Sono presenti procedure per la valutazione dell'intervallo di tempo tra l'inoltro della richiesta e l'erogazione della prestazioni	Evidenza di protocolli specifici e dei dati relativi
7	Sono definiti i protocolli di controllo dei locali adibiti a laboratorio o all'allestimento di terapie antitumorali	Protocolli per controllo qualità periodico delle camere bianche e delle cappe aspiranti e dei filtri e dati relativi.

C. 12 - ATTIVITA' DI STERILIZZAZIONE E DISINFEZIONE

Non è richiesto il possesso dei requisiti non applicabili in relazione alla attività svolta.

Criterio C.12

I locali, gli spazi, gli impianti, la tecnologia e la struttura organizzativa sono adeguati al tipo ed al volume dell'attività svolta.

NR	Requisiti	Indicatori
1	L'azienda garantisce, tutte le attività di sterilizzazione e disinfezione necessarie per le specifiche attività svolte.	Le attività di sterilizzazione e di disinfezione possono essere gestite direttamente o tramite convenzione. Nel caso di convenzione, il soggetto convenzionato dovrà essere a sua volta accreditato.
2	In ciascuna struttura di ricovero è garantito il trattamento degli effetti personali, letteracci, della biancheria, ed in genere dei materiali infetti.	Evidenza del soddisfacimento dei requisiti richiesti e della conformità delle attrezzature anche alla tipologia ed al carico di attività
3	Sono soddisfatti i requisiti minimi di cui al DPR 14/1/97 per i requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi.	Evidenza di autorizzazione
4	L'organigramma per questa attività è definito	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
5	Sono individuati nominativamente i responsabili per i vari protocolli organizzativi	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi.
6	Sono previste le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Documento concordato con la DMP
7	Il personale sanitario laureato e/o tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.	L'organico minimo deve garantire almeno un infermiere professionale addestrato specificamente.
8	Il processo di sterilizzazione avviene in base a protocolli e/o linee guida approvate	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi a riguardo
9	Il processo di sterilizzazione viene controllato.	Evidenza della documentazione relativa ai controlli di processo e di sterilità
10	Sono presenti procedure per il confezionamento del materiale	Evidenza di protocolli organizzativi
11	Sono disponibili procedure per la rapida risposta alle emergenze richieste dal presidio	Evidenza di documenti e/o protocolli organizzativi in accordo con il PS/DEA di riferimento e le altre U.O.

D) STRUTTURE CHE EROGANO
PRESTAZIONI IN REGIME
RESIDENZIALE A CICLO
CONTINUATIVO E/O DIURNO

Come definite all'art.2 L.R. 20\99, comma 1c e 4a, b, c, d, f.

D.1 - REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

Criterio – D.1.1 requisiti organizzativi e funzionali generali

I requisiti relativi alla politica, struttura organizzativa, gestione delle risorse umane e tecnologiche, gestione e miglioramento della qualità e sistema informativo sono presenti.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Sono soddisfatti i requisiti indicati nel capitolo A) "Requisiti organizzativi e funzionali generali" del presente manuale.	Evidenza e documenti richiesti nel capitolo A) "Requisiti organizzativi e funzionali generali" del presente Manuale.

Criterio D.1.2. – Organizzazione generale

L'azienda è organizzata in modo da garantire che il personale possieda le necessarie specifiche competenze professionali

NR	Requisiti	Indicatori
1	Il responsabile di dipartimento e/o di U.O. è in possesso delle necessarie specifiche competenze professionali	Il responsabile di Dipartimento e/o di U.O. è in possesso dei requisiti specifici richiesti dal SSN per la dirigenza di struttura complessa
2	Il personale sanitario possiede specifiche competenze professionali	Il personale sanitario ha i requisiti richiesti per l'assunzione nel SSN. Sono fatte salve le posizioni acquisite antecedentemente alla pubblicazione del presente provvedimento
3	Sono stabilite le linee di responsabilità e di autorità entro il servizio e con i servizi connessi	Evidenza di accordi con le altre U.O. e con la Direzione Sanitaria e/o la Direzione medica di presidio

Criterio D.1.3. - Direzione Medica di Presidio (DMP)

Le attività della Direzione Medica di Presidio (DMP) riguardano il coordinamento operativo dei processi e dei fattori produttivi per il raggiungimento degli obiettivi sanitari prefissati; il coordinamento degli obiettivi e delle politiche tra le eventuali diverse U.O., la gestione dei conflitti, la creazione ed mantenimento delle condizioni necessarie allo svolgimento delle attività; la verifica delle attività in base alla loro efficacia ed all'uso efficiente delle risorse; la organizzazione e la guida del Presidio nel suo complesso affinché esso pervenga ai risultati attesi; l'organizzazione dei servizi sanitari ai fini igienico-sanitari.

Criterio – D.1.3.1

Il personale della Direzione Medica di Presidio (DMP) è adeguato ai compiti ed al carico di lavoro

NR	Requisiti	Indicatori
1	E' presente una Direzione medica di presidio (DMP)	Evidenza e documento organizzativo della Direzione Aziendale
2	Il responsabile della DMP è in possesso delle necessarie specifiche competenze professionali particolarmente nel campo igienico ed organizzativo	Il responsabile della DMP è in possesso della specializzazione in Igiene e medicina preventiva e dei requisiti specifici richiesti dal SSN per la dirigenza di struttura (DM 483/97; 484/97; 484/98) e successive integrazioni e modifiche
3	Esiste un programma di aggiornamento particolarmente in ambito igienico ed organizzativo.	Esistenza di un piano per la formazione e aggiornamento particolarmente in ambito igienico ed organizzativo

Criterio D.1.3.2.

La DMP coordina gli aspetti organizzativi-gestionali generali del Presidio e ne verifica il mantenimento della qualità igienica

NR	Requisiti	Indicatori
1	La DMP cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la continuità assistenziale	Evidenza di procedure per garantire la continuità assistenziale .
2	La DMP cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la gestione dell'igiene ambientale.	Evidenza di documenti, protocolli organizzativi
3	La DMP cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la gestione igienica della ristorazione collettiva	Evidenza di documenti, protocolli organizzativi e dei dati relativi alle verifiche
4	La DMP verifica la qualità delle cartelle cliniche la loro tenuta, aggiornamento e conservazione.	Evidenza di documenti organizzativi e dati relativi ai risultati delle verifiche effettuate
5	La DMP cura l'organizzazione tecnico-sanitaria della struttura in accordo con gli altri operatori professionali.	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi specifici
6	La DMP controlla la tenuta dei farmaci e cura la compilazione del registro di carico e scarico degli stupefacenti ai sensi di legge	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi specifici
7	La DMP controlla la tenuta del registro delle presenze e dei trattamenti effettuati in collaborazione con gli altri operatori professionali e li trasmette alle ASL competenti	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi
8	La DMP esprime valutazione tecnico-sanitaria e organizzativa e sul rapporto costo/beneficio per l'acquisto di nuove tecnologie	Evidenza dell'attività svolta
9	La DMP cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la gestione dell'emergenza nel Presidio	Evidenza di documenti e protocolli organizzativi per la gestione delle emergenze in tutto il Presidio
10	La DMPO concorre con la Direzione generale alla stesura degli obiettivi di ciascuna U.O.	Evidenza dei documenti relativi alla impostazione degli obiettivi
11	La DMPO collabora con le U.O. alla elaborazione dei percorsi per il raggiungimento degli obiettivi concordati con la Direzione Generale	Evidenza dei documenti relativi alla elaborazione dei percorsi
12	La DMPO monitorizza l'attività delle varie U.O. in funzione degli obiettivi e dei percorsi definiti.	Evidenza di report periodici relativi ai dati di attività.

D.2 PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI SOGGETTI PORTATORI DI DISABILITÀ FISICHE , PSICHICHE E SENSORIALI

Il presidio provvede ad erogare gli interventi di riabilitazione intensiva ed estensiva come definiti dalle Linee guida per la riabilitazione (G.U. n°124 del 30/5/1998)

Il presidio provvede ad eseguire le visite specialistiche per la presa in carico del paziente e garantisce le procedure per definire il profilo funzionale, la predisposizione del piano di intervento ed il progetto riabilitativo del soggetto.

Nel caso il Presidio disponga di posti letto propri, deve essere valutata anche la parte contenente i requisiti per l'area di degenza in generale.

Criteria - D.2

Le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche, la dotazione organica del personale e la sua qualificazione professionale sono adeguate al volume ed alla tipologia di prestazioni erogate dal Presidio

NR	Requisiti	Indicatori
1	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche minime richieste, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali, impiantistiche e tecnologiche. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi e l'eventuale rischio per il personale e gli utenti.
2	E' definito l'organigramma del Presidio	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità
3	Per ciascun soggetto viene redatto il progetto riabilitativo ed il programma di riabilitazione	Evidenza dei progetti riabilitativi formulati e dei rispettivi programmi
4	Per gli interventi di tipo intensivo il presidio garantisce gli interventi riabilitativi indifferibili di tipo valutativo e terapeutico intensivo, di tutela medica e di nursing dedicata.	Vengono svolti trattamenti riabilitativi specifici per almeno tre ore al giorno in base al grado di non autosufficienza e della necessità di interventi assistenziali di base degli utenti.
5	I presidi che erogano attività intensiva svolgono funzioni di supporto e consulenza alle attività dei servizi di riabilitazione estensiva	Evidenza di protocolli organizzativi concordati con i servizi che erogano attività riabilitativa estensiva e dell'attività svolta.
6	I presidi che svolgono funzioni di tipo estensivo	Vengono svolti trattamenti da una a tre ore giornaliere in base al grado di non autosufficienza e della necessità di interventi assistenziali degli utenti.
7	Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Evidenza di protocolli organizzativi concordati con la DMP
8	Le modalità di somministrazione dei farmaci sono adeguate	La distribuzione e somministrazione dei farmaci è fatta da un infermiere professionale o sotto la sua diretta responsabilità
9	I familiari possono accedere alla struttura durante il giorno e la notte in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.	Evidenza di documenti organizzativi concordati con la Direzione medica di presidio
10	Sono presenti procedure per garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente	Evidenza di protocolli specifici

11	Sono presenti procedure per garantire all'utente (o ai familiari aventi diritto) la informazioni sulle sue condizioni di salute.	Evidenza di protocolli specifici
12	Sono presenti procedure per garantire la continuità assistenziale alla conclusione del progetto riabilitativo	Evidenza di protocollo specifici
13	E' prevista la comunicazione al medico curante ed ai servizi territoriali durante ed al termine del trattamento della riabilitazione	Evidenza di protocolli specifici
14	E' previsto, se necessario, l'addestramento dei familiari e l'acquisizione dei materiali per il proseguimento delle cure a domicilio	Evidenza di protocolli specifici
15	E' organizzato l'aggiornamento e la formazione degli operatori.	Evidenza e documento organizzativo sulla formazione continua del personale.
16	Il presidio garantisce la compilazione e la conservazione della cartella clinica secondo quanto disposto dalle linee guida per le attività di riabilitazione (G.U. n° 124 del 30/5/1998)	Evidenza della cartella clinica con indicate diagnosi clinica e disabilità rilevate, progetto riabilitativo, tipologia e frequenza degli interventi riabilitativi e specialistici, le valutazioni psicologiche, pedagogiche e sociali, le valutazioni finali degli esiti.
17	Le attività di riabilitazione rivolte a soggetti in età evolutiva e/o giovane adulta sono integrate con interventi pedagogici didattici e di formazione o riqualificazione professionale	Evidenza dei protocolli organizzativi e della specifica attività svolta

D.3 - PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: CENTRO DIURNO PSICHIATRICO E DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

D.3.1 - CENTRO DIURNO PSICHIATRICO

Il Centro diurno è una struttura destinata a trattare soggetti che pur conservando una propria autonomia residenziale necessitano durante il giorno di interventi terapeutici riabilitativi e di socializzazione (R.R. 4/6/1996 n. 4).

Criterio – D.3.1.

Il Centro diurno assicura in particolare un'organizzazione delle giornate mirate da un lato all'animazione dei singoli o dei gruppi dall'altro ad attività terapeutica più specifica consistente in terapie individuali o di gruppo variamente articolate in interventi di gruppo con le famiglie e in attività occupazionali.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali e tecnologiche minime, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali e tecnologiche. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi e l'eventuale rischio per il personale e gli utenti.
2	E' definito l'organigramma del personale del Centro Diurno.	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
3	L'assistenza psichiatrica psicologica riabilitativa ed infermieristica è garantita	Documento organizzativo concordato con la DMP
4	Il centro garantisce l'erogazione del servizio per almeno 5 giorni/settimana e per un minimo di 6h/die	L'organico minimo viene valutato in funzione del carico di lavoro e della normativa vigente e deve garantire almeno per fasce orarie e programmate la presenza di psicologi-psicoterapeuti, di personale infermieristico e della riabilitazione.
5	E' garantita l'erogazione di prestazioni integrate	Evidenza e documenti organizzativi
6	Le caratteristiche gestionali sono coerenti con le necessità del Centro	Documenti organizzativi ed evidenza della possibilità per gli utenti di fruizione delle attività programmate interne ed esterne al Centro; del loro trasporto.
7	E' garantito il collegamento funzionale con le altre strutture del Dipartimento di Salute Mentale	Evidenza e documento organizzativo concordato con la direzione della U.O. a cui il centro afferisce e con quella del Dipartimento di Salute Mentale.

D.3.2 - DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

Per questa sezione deve essere valutata anche la parte contenente i requisiti per il Day Hospital delle degenze per acuti. Non è richiesto il possesso dei requisiti non applicabili in relazione alle caratteristiche organizzative-gestionali specifiche dell'unità operativa considerata anche in relazione al DPR 10/11/99 e successive integrazioni o modifiche.

Criterio – D.3.2.

La struttura è organizzata per garantire la privacy ed il comfort dei ricoverati anche attraverso il collegamento con le strutture di ricovero, se inserito in ambito ospedaliero.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Gli aspetti strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi sono adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate	Il DH psichiatrico intraospedaliero possiede i requisiti minimi ex DPR 14/1/97 e gli ulteriori requisiti richiesti per l'accreditamento del DH ospedaliero
2	L'organico e la formazione del personale è adeguato alle necessità diagnostiche terapeutiche e riabilitative specifiche.	Organigramma e documento organizzativo in cui sono individuati compiti e responsabilità degli operatori. L'organico minimo viene valutato in funzione del carico di lavoro e della normativa vigente (DPR 10/11/99 e successive integrazioni o modifiche).
3	E' organizzato l'aggiornamento e la formazione degli operatori.	Evidenza e documento organizzativo sulla formazione continua del personale.
4	Per le strutture extraospedaliere é garantito il collegamento funzionale con le altre strutture del Dipartimento della Salute Mentale	Documenti organizzativi concordati con la direzione della U.O. cui il DH fa parte e con la direzione del dipartimento di salute mentale

D.4 - PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

D.4.1 - Comunità terapeutiche riabilitative

Per questa sezione deve essere valutata anche la parte contenente i requisiti per l'area di degenza in generale.

Criterio D.4.1

Obiettivo di tali strutture è quello di restituire e mantenere il maggiore livello di autonomia acquisibile limitando al massimo il rischio di involuzione, attraverso prestazioni di carattere diagnostico e terapeutico-riabilitativo.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche minime richieste, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali, impiantistiche e tecnologiche. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi e l'eventuale rischio per il personale e gli utenti.
2	L'organico medico e tecnico è adeguato al volume ed alla tipologia dell'attività svolta	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità. L'organico minimo viene valutato in funzione del carico di lavoro e della normativa vigente
3	La dotazione organica del personale di assistenza infermieristica é rapportata al volume delle attività	Le dotazioni organiche sono quelle previste dalla normativa vigente.
4	La formazione e l'aggiornamento del personale è adeguata	Evidenza e protocolli organizzativi su training formativo prima dell'immissione in servizio e sui corsi di aggiornamento.
5	E' garantita l'erogazione di prestazioni terapeutico-riabilitative	Presenza di procedure e di verifiche delle prestazioni erogate
6	E' presente un collegamento funzionale con le altre strutture del Dipartimento della Salute Mentale	Evidenza di protocolli organizzativi concordati con le U.O. cui afferisce e la direzione del dipartimento di salute mentale

D.4.2 - Comunità alloggio per utenza psichiatrica (CAUP)

Sono strutture residenziali socioriabilitative a bassa intensità assistenziale. Hanno il compito di realizzare programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, di esclusiva competenza psichiatrica, per pazienti che necessitano di residenzialità per tempi definibili nel corso dei programmi terapeutico-riabilitativi dove sotto la guida di un operatore, gli utenti si gestiscono autonomamente.

Criterio – D.4.2

Queste strutture si rivolgono ad un utenza in fase di avanzato reinserimento sociale e dotata di maggiore autonomia.

NR	Requisiti	Indicatori
1	La struttura è organizzata per interventi su un utenza in possesso di sufficiente autonomia al fine di favorirne il reinserimento sociale	Evidenza di protocolli organizzativi del dipartimento di salute mentale sulle caratteristiche cliniche e sulla tipologia di ospiti che possono essere ammessi
2	Le caratteristiche strutturali sono adeguate	Sono presenti le caratteristiche delle civili abitazioni con un numero di locali ed una loro dimensione tali da garantire gli spazi e i ritmi della vita normale. Sono inoltre presenti locali e spazi per le attività sanitarie, i colloqui, le riunioni e per il personale.
3	Le caratteristiche organizzative sono compatibili con la tipologia di intervento	Le caratteristiche organizzative consentono un numero massimo di ospiti minore di 10
4	La dotazione organica del personale di assistenza è adeguato al volume ad alle caratteristiche del servizio erogato	Il personale è composto da infermieri, educatori professionali, OTA e/o ausiliari socio-sanitari e/o assistenti domiciliari, secondo le indicazioni della normativa vigente ed é presente, in accordo con la DMP per fasce orarie e programmate
5	La formazione e l'aggiornamento del personale è adeguata	Evidenza e protocolli organizzativi su training formativo prima dell'immissione in servizio e sui corsi di aggiornamento
6	E' presente un collegamento funzionale con i centri di salute mentale di riferimento e le altre strutture del Dipartimento della Salute Mentale	Evidenza di protocolli organizzativi concordati con la direzione del dipartimento di salute mentale.

D.5 STRUTTURE DI RIABILITAZIONE E STRUTTURE EDUCATIVO-ASSISTENZIALI PER I TOSSICODIPENDENTI
(ex DPR 9/10/90 n.309 e Provvedimento 5/8/99)

I requisiti per l'accreditamento di queste strutture sono basati sull'atto di intesa Stato-Regioni sui requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso (G.U. n°231 del 1/10/99).

Criterio D.5.1.

I locali e gli spazi sono adeguati alle necessità della struttura

NR	Requisiti	Indicatori
1	La capacità ricettiva è adeguata per la funzione riabilitativa.	La capacità ricettiva è compresa tra un minimo di 8 ed un massimo (di norma) di 30 ospiti tossicodipendenti. Le strutture con capacità ricettiva maggiore di 30 ospiti sono organizzate in moduli non superiori a 30 unità.
2	I locali e gli spazi sono adeguati alle necessità della struttura e correlati alla tipologia ed al volume delle attività erogate	Sono soddisfatti i requisiti strutturali indicati all'art.4 dell'atto di intesa Stato-Regioni sui requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso (G.U. n°231 del 1/10/99) e successive modifiche ed integrazioni

Criterio D.5.2

L'attività educativa-assistenziale è svolta in conformità al processo riabilitativo ed al regolamento interno di ogni sede operativa residenziale o semiresidenziale.

NR	Requisiti	Indicatori
1	E' definito il programma riabilitativo e l'elenco delle prestazioni svolte	Evidenza di documenti organizzativi in cui è definito il programma comprensivo dell'elenco delle prestazioni svolte nelle singole U.O.
2	E' presente un regolamento interno e questo è noto agli utenti	Evidenza di un regolamento interno esplicitante i diritti e gli obblighi dell'utente e le regole di vita comunitaria. Evidenza che del regolamento è data copia agli utenti assieme ad una adeguata informazione
3	Il regolamento interno prevede l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale degli utenti e garantisce la volontarietà dell'accesso e della permanenza	Evidenza del requisito richiesto
4	Sono definite le regole di vita comunitaria, anche al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive	Evidenza e protocolli organizzativi che comprendono anche la prevenzione delle malattie infettive
5	Il Presidio svolge una valutazione diagnostica dell'utente all'atto della ammissione	Evidenza di documenti organizzativi con le capacità terapeutiche del Presidio e di conseguenza sulle tipologie di utenti che possono fruire del programma offerto
6	Per ciascun ospite viene formulato un progetto terapeutico-riabilitativo.	Evidenza e documenti specifici circa la subordinazione di qualunque intervento ad una preliminare valutazione diagnostica multidisciplinare delle condizioni psico-fisiche e dei bisogni della persona.
7	E' presente un sistema di supervisione del gruppo di lavoro	Evidenza di un supervisore esterno e dell'attività svolta
8	E' presente un sistema di valutazione e verifica degli interventi	Evidenza di un sistema di verifica e valutazione degli interventi; delle modalità di attuazione; e dei risultati ottenuti
9	E' definito l'organigramma della struttura	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità
10	La continuità dell'assistenza è garantita nelle ore di apertura o 24h/24 nelle strutture residenziali	Evidenza e documenti organizzativi e gestionali
11	E' prevista la possibilità di consulenza specialistica psichiatrica, psicologica e la disponibilità di attività infermieristica	Evidenza di documenti organizzativi per la consulenza psichiatrica e l'attività infermieristica con presenza per fasce orarie programmate o a ciclo continuativo 24h/24 a seconda della tipologia degli ospiti presenti.
12	Il servizio ha predisposto procedure per la rapida risposta alle emergenze	Evidenza di protocolli organizzativi

13	I servizi riabilitativi sono adeguati alla tipologia e volume delle attività erogate	Evidenza delle professionalità presenti e del numero degli operatori
14	La dotazione organica del personale di assistenza è adeguato al volume ed alle caratteristiche del servizio erogato.	La dotazione organica è valutata in funzione del carico di lavoro e della normativa vigente (art. 6 e 17 dell'atto di intesa Stato-Regioni sui requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento e l'accREDITAMENTO dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso (G.U. n 231 del 1/10/99) e successive modifiche ed integrazioni
15	La formazione degli operatori è adeguata	Sono soddisfatti i requisiti indicati all'art.7 dell'atto di intesa Stato-Regioni sui requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento e l'accREDITAMENTO dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso (G.U. n°231 del 1/10/99) Il responsabile di struttura ed uno dei due operatori è in possesso di qualifica professionale di educatore o assistente sociale o psicologo o sociologo o pedagogista o medico; il secondo operatore ha acquisito una esperienza lavorativa nel settore di almeno 6 mesi. Se un operatore ha effettuato un percorso riabilitativo questo deve essere stato completato da almeno 12 mesi.
16	E' prevista la comunicazione al medico curante ed ai servizi territoriali durante ed al termine del trattamento di riabilitazione	Evidenza di protocolli specifici

D.6 - RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)

Sono strutture ad attività socio-sanitaria integrata, extra-ospedaliere a medio o basso livello di assistenza sanitaria di tipo geriatrico, riabilitativo di tipo estensivo, neurologico o psichiatrico. Sono organizzate secondo le indicazioni del DPCM 22/12/1989 e della L.R. 29/92 e successive integrazioni e del R.R. n. 4/1996.

Criterio D.6.1 - Requisiti strutturali

La struttura è a norma per quanto riguarda i requisiti strutturali

NR	Requisiti	Indicatori
1	Le caratteristiche strutturali sono correlate alla tipologia ed al volume delle attività erogate e sono soddisfatti i requisiti richiesti dal DPCM 22/12/1989 dalla L.R. 29/92 e successive integrazioni e dal DPR 14/1/1997 e del R.R. n. 4/1996.	Evidenza della presenza ed adeguatezza dei requisiti richiesti in base alla tipologia e volume delle attività erogate e dalla normativa indicata.
2	E' garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche per la fruibilità in piena sicurezza delle zone di libero accesso anche per l'utenza a ridotta capacità motoria.	Evidenza di piena fruibilità delle zone di libero accesso per l'utenza

Criterio D.6.2 - Caratteristiche tecnologiche

Le caratteristiche tecnologiche presenti consentono una gestione sicura degli ospiti ed il loro comfort.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Sono presenti in quantità sufficiente in base al volume ed al tipo dei ricoverati attrezzature che consentono: a) di gestire in modo sicuro e con comfort gli ospiti b) di mantenere le autonomie funzionali degli ospiti	Evidenza di presenza, adeguatezza e funzionalità di apparecchi ed attrezzatura in relazione alla tipologia delle prestazioni erogate e dell'utenza servita. Letti dotati di sponde; di testataletto attrezzati; di materassi, cuscini, altro materiale e presidi antidecubito. Apparecchiature per la erogazione di ossigeno, ecc.(no psichiatria) Ausili per la mobilità; attrezzature ad ausili per la palestra; ecc. (no psichiatria)
2	Sono presenti le attrezzature specifiche indicate nella L.R. 29/92 e successive integrazioni.	Evidenza di presenza, adeguatezza e funzionalità di quanto richiesto nella normativa indicata.
3	Nel caso di strutture a più piani sono presenti collegamenti verticali idonei all'uso per disabili ed alle barelle	Evidenza di presenza e funzionalità
4	E' garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza.	Evidenza della presenza e funzionalità di un sistema di avvisi in tutti i locali usufruiti dall'utenza

Criterio D.6.3 - Requisiti organizzativi

La dotazione organica del personale e le caratteristiche organizzative sono adeguate alla tipologia ed al volume dell'attività svolta.

NR	Requisiti	Indicatori
1	Se non sono ancora presenti e disponibili le caratteristiche strutturali, impiantistiche, tecnologiche minime richieste, l'azienda ha comunque attivato un sistema per ridurre al minimo i disagi e gli eventuali rischi per il personale e gli utenti.	Evidenza di documenti con l'analisi delle caratteristiche strutturali, impiantistiche e tecnologiche ed organizzative. Evidenza di documenti per l'attivazione di un sistema organizzativo per ridurre al minimo i disagi e l'eventuale rischio per il personale e gli utenti.
2	E' definito l'organigramma della struttura	Documento con l'organigramma e la matrice delle attività e delle responsabilità.
3	La dotazione organica del personale di assistenza è adeguato al volume ed alle caratteristiche del servizio erogato.	Atteso che gli standard relativi alla residenzialità extraospedaliera sono in corso di revisione il presente indicatore dovrà automaticamente essere aggiornato con i nuovi standard.
4	Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei vari responsabili in caso di assenza	Evidenza di protocolli organizzativi concordati con la DMP o l'U.O. di riferimento e/o la direzione del dipartimento di salute mentale.
5	I familiari possono accedere alla struttura compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti.	Evidenza di documenti organizzativi concordati con la Direzione medica del presidio
6	Sono presenti procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti	Evidenza di documenti organizzativi concordati con la Direzione medica del presidio
7	Sono presenti procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione	Evidenza di protocolli specifici
8	Sono presenti procedure per garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente anche durante le attività di visita e medicazione	Evidenza di protocolli specifici
9	Ciascun ospite ha una cartella clinica individuale su cui ogni operatore annota cure e trattamenti ed un piano assistenziale individuale scritto, riportato su cartella o scheda, periodicamente aggiornata in incontri dell'équipe assistenziale multidisciplinare	Evidenza di protocolli organizzativi concordati con la Direzione medica del presidio e delle cartelle cliniche individuali, aggiornate dei singoli piani assistenziali e dei loro aggiornamenti.
10	E' presente un protocollo per la gestione dell'emergenza e per il trasporto degli ospiti in caso di necessità	Evidenza di protocolli organizzativi concordati con la Direzione medica di presidio

11	All'atto dell'ammissione viene fatta una valutazione sanitaria completa e viene valutata e quantificata l'autonomia del soggetto onde valutarne periodicamente l'evoluzione.	Evidenza di protocolli organizzativi e dei dati riferiti ai singoli ospiti
-----------	--	--

Direttore responsabile: Mario Gonnella

Publicato dalla Presidenza del Consiglio Regionale

Autorizzazione del Tribunale di Genova n. 22 del 16/7/1976

(*Legge regionale 28 dicembre 1988, n. 75*)