



LAZIOSANITÀ
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



REGIONE
LAZIO

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

Attività di ricovero per acuti

- AAC – Area chirurgica
- AAM – Area medica
- AAE – Emergenza

Attività di ricovero ospedaliero in postacuzie

- PLM – Assistenza in postacuzie medica
- PRO – Assistenza in postacuzie riabilitativa

Attività di specialistica ambulatoriale

- ASA – Assistenza specialistica ambulatoriale
- CHA – Chirurgia ambulatoriale
- MLB – Medicina di laboratorio

Attività in regime residenziale e semiresidenziale

- RSS – Assistenza per la senescenza
- RSD – Assistenza per la disabilità
- RSP – Assistenza psichiatrica
- RST – Assistenza per stati di dipendenza

Attività domiciliare

- AAD – Assistenza domiciliare

NPI – Neuropsichiatria Infantile

Vakim

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ DI RICOVERO PER ACUTI AAC – AREA CHIRURGICA

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

AAC.1 Presa in carico

AAC.1.1 Strumenti di riferimento

- AAC.1.1.1 Sono previste modalità codificate relative all'individuazione di un medico referente per ciascun paziente
- AAC.1.1.2 È adottata la cartella clinica informatizzata
- AAC.1.1.3 È adottata la cartella infermieristica
- AAC.1.1.4 Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente chirurgico in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- AAC.1.1.5 Sono definite, disponibili e applicate, sulla base delle linee-guida adottate, procedure operative contestualizzate che definiscano percorsi differenziati dei pazienti chirurgici in elezione/urgenza/day surgery per i trattamenti più frequenti e più complessi
- AAC.1.1.6 Sono definiti e messi in atto protocolli per l'acquisizione in urgenza di prestazioni diagnostiche
 - contenuti**
 - analisi chimico cliniche
 - microbiologia
 - radiologia
 - immunotrasfusionale
- AAC.1.1.7 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la richiesta della consulenza anestesiologicala e di collegamento con i servizi di anatomia patologica
- AAC.1.1.8 Sono adottati sistemi di archiviazione digitale e trasmissione telematica dei risultati diagnostici
- AAC.1.1.9 Esiste evidenza di interventi di miglioramento in merito all'applicazione delle procedure definite
- AAC.1.1.10 Sono attivati protocolli relativi all'identificazione del paziente al fine di evitare scambi di persona ed errori nella somministrazione dei farmaci e nell'esecuzione di prestazioni

AAC.2 Fase preoperatoria

AAC.2.1 Protocolli

- AAC.2.1.1 Le indicazioni contenute nelle linee-guida adottate sono state contestualizzate in protocolli condivisi tra i professionisti interessati relativi alla valutazione preoperatoria del paziente chirurgico, anche in relazione alla stratificazione del rischio generale e specifico
- AAC.2.1.2 Esiste evidenza che i protocolli relativi alla valutazione preoperatoria del paziente chirurgico siano applicati
- AAC.2.1.3 Sono attivati protocolli relativi alla corretta preparazione del paziente chirurgico ai trattamenti

- AAC. 2.1.4** Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati
- AAC. 2.1.5** Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche

AAC.3 Fase perioperatoria

AAC.3.1 Linee guida e protocolli

- AAC.3.1.1** Sono adottate linee-guida, in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze, per la gestione dell'antibioticoprofilassi perioperatoria
- AAC.3.1.2** Esiste evidenza che le linee-guida adottate per la gestione dell'antibioticoprofilassi perioperatoria siano applicate
- AAC.3.1.3** Sono disponibili linee guida e attivati protocolli per la gestione nutrizionale dei pazienti con particolare riferimento alla nutrizione enterale e parenterale

AAC.3.2 Gestione del rischio

- AAC.3.2.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio

contenuti

- registro operatorio
- prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- infezioni del sito chirurgico
- sistema di rintracciabilità della strumentazione chirurgica
- identificazione di lato
- disinfezione e sterilizzazione

- AAC.3.2.2** Esiste evidenza che l'attività relativa alla gestione del rischio sia valutata

- AAC.3.2.3** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione/gestione delle complicanze più frequenti e più gravi nei casi trattati

- AAC.3.2.4** Sono attivati protocolli per l'esecuzione delle principali manovre strumentali

contenuti

- toracentesi
- paracentesi
- posizionamento di sonde naso gastriche
- posizionamento di cateteri vescicali
- manovre rianimatorie di base
- incannulamento venoso
- prelievo di sangue arterioso per emogasanalisi

- AAC.3.2.5** Sono attivati protocolli per la della corretta gestione dei farmaci

- AAC.3.2.6** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica

- AAC.3.2.7** La sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica è effettuata su almeno tre delle procedure chirurgiche più rilevanti rispetto all'attività effettuata
- AAC.3.2.8** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla corretta gestione dei dispositivi medici utilizzati

AAC.4 Dimissione

AAC.4.1 Continuità assistenziale

AAC.4.1.1 Esistono procedure operative relative alle modalità per la dimissione del paziente, che coinvolgano altri servizi ospedalieri, le strutture territoriali ed il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta

AAC.4.1.2 Esiste evidenza che, al momento della dimissione, siano fornite al paziente ed al caregiver specifiche indicazioni in merito al decorso post-dimissione

contenuti

- lettera di dimissione al MMG/PLS
- informazioni su trattamenti, ausili e dispositivi
- modalità dei controlli

AAC.4.1.3 Esiste evidenza che correttezza, completezza e comprensibilità della lettera di dimissione e delle informazioni collegate siano valutate

contenuti

- motivo e data del ricovero
- diagnosi e data di dimissione
- sintesi storia clinica pregressa e terapia farmacologia
- iter clinico diagnostico e terapeutico durante il ricovero
- risultati dei principali esami effettuati
- terapia farmacologia prescritta alla dimissione (principio attivo, posologia, modalità e orario di assunzione, durata del trattamento)
- eventuali controlli

AAC.5 Follow-up

AAC.5.1 Protocolli

AAC.5.1.1 Le indicazioni contenute nelle linee-guida adottate sono state contestualizzate in protocolli condivisi tra i professionisti interessati relativi al follow-up del paziente chirurgico

AAC.5.1.2 Esiste evidenza che i protocolli relativi alla gestione del follow-up siano applicati

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ DI RICOVERO PER ACUTI AAM – AREA MEDICA

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

AAM.1 Presa in carico

AAM.1.1 Strumenti di riferimento

- AAM.1.1.1 Sono previste modalità codificate relative all'individuazione di un medico referente per ciascun paziente
- AAM.1.1.2 È adottata la cartella clinica informatizzata
- AAM.1.1.3 È adottata la cartella infermieristica
- AAM.1.1.4 Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- AAM.1.1.5 Sono definite, disponibili e applicate, sulla base delle linee-guida adottate, procedure operative contestualizzate che definiscano percorsi differenziati dei pazienti in elezione/urgenza/day hospital per le patologie più frequenti e più complesse
- AAM.1.1.6 Sono definiti e messi in atto protocolli per l'acquisizione in urgenza di prestazioni diagnostiche
 - contenuti**
 - analisi chimico cliniche
 - microbiologia
 - radiologia
 - immunotrasfusionale
- AAM.1.1.7 Sono adottati sistemi di archiviazione digitale e trasmissione telematica dei risultati diagnostici
- AAM.1.1.8 Esiste evidenza di interventi di miglioramento in merito all'applicazione delle procedure definite
- AAM.1.1.9 Sono attivati protocolli relativi all'identificazione del paziente al fine di evitare scambi di persona ed errori nella somministrazione dei farmaci e nell'esecuzione di prestazioni

AAM.2 Gestione del paziente

AAM.2.1 Accettazione medica

- AAM.2.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'accettazione medica
- AAM.2.1.2 Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'accettazione infermieristica
- AAM.2.1.3 Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'accettazione del paziente in urgenza
 - contenuti**
 - attività per l'accettazione del paziente compresa l'ora di arrivo
 - orario di inizio delle attività assistenziali

AAM.2.2 Gestione del rischio

AAM.2.2.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione/gestione delle complicanze più frequenti e più gravi con riferimento alle patologie trattate

AAM.2.2.2 Sono attivati protocolli per l'esecuzione delle principali manovre strumentali

contenuti

- toracentesi
- paracentesi
- posizionamento di sonde naso gastriche
- posizionamento di cateteri vescicali
- manovre rianimatorie di base
- incannulamento venoso
- prelievo di sangue arterioso per emogasanalisi

AAM.2.2.3 Sono attivati protocolli per la della corretta gestione dei farmaci

AAM.2.2.4 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la sorveglianza delle infezioni ospedaliere

AAM.2.2.5 Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla corretta gestione dei dispositivi medici utilizzati

AAM.2.3 Protocolli

AAM.2.3.1 Sono disponibili linee guida e attivati protocolli per le principali complicanze

AAM.2.3.2 Sono disponibili linee guida e attivati protocolli per la gestione nutrizionale dei pazienti con particolare riferimento alla nutrizione enterale e parenterale

AAM. 2.3.3 Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati

AAM. 2.3.4 Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche

AAM.3 Dimissione

AAM.3.1 Continuità assistenziale

AAM.3.1.1 Esistono procedure operative relative alle modalità per la dimissione del paziente, che coinvolgano altri servizi ospedalieri, le strutture territoriali ed il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta

AAM.3.1.2 Esiste evidenza che, al momento della dimissione, siano fornite al paziente ed al caregiver specifiche indicazioni in merito al decorso post-dimissione

contenuti

- lettera di dimissione al MMG/PLS
- informazioni su trattamenti, ausili e dispositivi
- modalità dei controlli

AAM.3.1.3 Esiste evidenza che correttezza, completezza e comprensibilità della lettera di dimissione e delle informazioni collegate siano valutate

contenuti

- motivo e data del ricovero
- diagnosi e data di dimissione
- sintesi storia clinica pregressa e terapia farmacologia
- iter clinico diagnostico e terapeutico durante il ricovero
- risultati dei principali esami effettuati
- terapia farmacologia prescritta alla dimissione (principio attivo, posologia, modalità e orario di assunzione, durata del trattamento)
- eventuali controlli

AAM.4 Follow-up

AAM.4.1 Protocolli

AAM.4.1.1 Le indicazioni contenute nelle linee-guida adottate sono state contestualizzate in protocolli condivisi tra i professionisti interessati relativi al follow-up del paziente

AAM.4.1.2 Esiste evidenza che i protocolli relativi alla gestione del follow-up siano applicati

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ DI RICOVERO PER ACUTI AAE – EMERGENZA

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

AAE.1 Presa in carico

AAE .1.1 Strumenti di riferimento

- AAE.1.1.1 Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente in emergenza-urgenza in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- AAE.1.1.2 Sono attivati protocolli diagnostico-terapeutici, sulla base delle linee-guida adottate
- AAE 1.1.3 Sono definite, disponibili e applicate, sulla base delle linee-guida adottate, procedure operative contestualizzate relative a specifici percorsi del paziente in emergenza-urgenza
- AAE 1.1.4 Sono definite, disponibili e applicate procedure che definiscano la gestione del paziente in emergenza-urgenza sulla base del codice triage attribuito
- AAE 1.1.5 Sono attivati protocolli di collegamento tra 118 e Pronto Soccorso
- AAE 1.1.6 Sono definite, disponibili e applicate procedure di triage che assicurino accoglimento e valutazione tempestivi del paziente in emergenza-urgenza
- AAE 1.1.7 Esiste evidenza che il personale infermieristico preposto all'attività di *triage* sia adeguatamente formato
- AAE 1.1.8 Sono disponibili e utilizzati specifici strumenti per la corretta attribuzione del codice *triage*
- AAE 1.1.9 Esiste evidenza di un'attività strutturata relativa alla corretta attribuzione del codice *triage*
- AAE 1.1.10 Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'identificazione di pazienti sconosciuti
- AAE 1.1.11 Sono attivati protocolli relativi alle maxi-emergenze
- AAE 1.1.12 Sono definiti e messi in atto protocolli per l'acquisizione di consulenze specialistiche e prestazioni diagnostiche
- AAE 1.1.13 Esiste evidenza di interventi di miglioramento in merito all'applicazione delle procedure definite
 - contenuti**
 - numero di rivalutazioni del codice triage per i pazienti in attesa di visita
 - revisione dei casi complessi tra personale medico e infermieristico
 - revisione della gestione dei traumi gravi tra il personale medico dell'emergenza, medico specialistico e infermieristico
- AAE 1.1.14 Sono attivati protocolli relativi all'identificazione del paziente al fine di evitare scambi di persona ed errori nella somministrazione dei farmaci e nell'esecuzione di prestazioni

AAE .1.2 Gestione del dolore

- AAE. 1.2.1 Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati
- AAE. 1.2.2 Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche

AAE 1.2 Gestione del rischio

- AAE 1.2.1** Sono attivati protocolli per l'esecuzione delle principali manovre strumentali
- contenuti**
- intubazione endotracheale
 - drenaggio toracico
 - eco FAST
 - toracentesi
- AAE 1.2.2** Sono attivati protocolli per la gestione dei farmaci
- AAE 1.2.3** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la gestione degli eventi indesiderati organizzativi
- contenuti**
- disponibilità di presidi
 - caduta del paziente dalla barella
 - rapporti con altri servizi
 - disinfezione e sterilizzazione
 - improvvisa inagibilità di parte dei locali del Pronto Soccorso
 - evacuazione dei locali del Pronto Soccorso
- AAE 1.2.4** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la gestione degli eventi indesiderati tecnologici
- contenuti**
- interruzione o blocco del sistema informatico GIPSE
 - interruzione o blocco delle apparecchiature radiologiche
 - interruzione o blocco del sistema di trasferimento di immagini
 - sospensione della energia elettrica nei locali del Pronto Soccorso
- AAE 1.2.5** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la gestione degli eventi indesiderati professionali
- contenuti**
- sottostima dell'evento (under triage)
 - sovrastima dell'evento (over triage)
 - mancato/errato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale per specifiche condizioni cliniche
- AAE 1.2.6** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione/gestione delle complicanze più frequenti e più gravi
- AAE 1.2.7** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla corretta gestione dei dispositivi medici utilizzati

AAE 2 Dimissione

AAE 2.1 Continuità assistenziale

- AAE 2.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure di collegamento con altri servizi ospedalieri, interni ed esterni, per il trasferimento del paziente
- AAE 2.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure per il trasferimento dei pazienti critici

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

**ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO IN POSTACUZIE
PLM – ASSISTENZA IN POSTACUZIE MEDICA**

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

PLM. 1 Presa in carico

PLM.1.1 Progetto Clinico Assistenziale

- PLM.1.1.1 È previsto per ogni paziente un Progetto Clinico Assistenziale elaborato sulla base dei bisogni individuali, determinati attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale, compresi quelli eventualmente deliberati a livello regionale
- PLM.1.1.2 Esiste evidenza dell'attuazione del Progetto Clinico Assistenziale, compresi i programmi educativi e riabilitativi finalizzati al mantenimento ed al miglioramento delle abilità, in relazione agli specifici bisogni
- PLM.1.1.3 Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- PLM.1.1.4 Sono attivati, sulla base delle linee-guida adottate, protocolli relativi al trattamento dei pazienti per specifiche condizioni cliniche
- PLM.1.1.5 Esiste evidenza che l'equipe di cura coinvolga il paziente e i familiari nel percorso clinico-assistenziale
- PLM. 1.1.6 Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati
- PLM. 1.1.7 Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche

PLM.1.2 Continuità assistenziale

- PLM.1.2.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure per il collegamento con le Funzioni di degenza per Acuti, con le Funzioni riabilitative e con i Servizi territoriali

PLM. 2 Cartella Clinica

PLM.2.1 Cartella Integrata

- PRO.2.1.1 Per ciascun paziente è compilata una Cartella Integrata, periodicamente aggiornata

contenuti

- Risultati delle valutazioni
- Strumenti di valutazione standardizzati utilizzati
- Elementi di valutazione degli aspetti sociali

PLM. 3 Gestione del rischio

PLM.3.1 Procedure

- PLM.3.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori relative alla gestione del rischio

contenuti

- Lesioni da pressione
- Infezioni

- Sindrome da immobilizzazione
 - Prevenzione delle cadute
- PLM.3.1.2** Esiste evidenza di un'attività di monitoraggio del rischio di burn-out per gli operatori e delle relative procedure di recupero
- PLM.3.1.3** Sono definite, disponibili e applicate procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e da postura nell'assistenza ai pazienti

PLM.4 Dimissione

PLM.4.1 Continuità assistenziale

- PLM. 4.1.1** Sono definiti e messi in atto protocolli relativi alla dimissione nell'ottica della continuità assistenziale

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

**ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO IN POSTACUZIE
PRO – ASSISTENZA IN POSTACUZIE RIABILITATIVA**

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

PRO.1 Presa in carico

PRO.1.1 Progetto Riabilitativo

- PRO.1.1.1 Il Progetto Riabilitativo è redatto avendo come riferimento il modello bio-psico-sociale
- PRO.1.1.2 Esistono evidenze che il paziente ed i suoi familiari sono coinvolti nell'elaborazione e aggiornamento del progetto e del programma riabilitativo
- PRO.1.1.3 Esiste evidenza dell'attuazione del Progetto Riabilitativo
- PRO.1.1.4 Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- PRO.1.1.5 Sono attivati, sulla base delle linee-guida adottate, protocolli relativi al trattamento dei pazienti per specifiche condizioni cliniche
- PRO.1.1.6 Esiste evidenza che il grado di disabilità del paziente e i suoi miglioramenti, misurati sulla base del raggiungimento degli obiettivi funzionali, siano valutati periodicamente attraverso scale di valutazione validate, comprese quelle adottate a livello regionale
- PRO.1.1.7 Sono definite, disponibili e applicate procedure che facilitano il contatto del paziente con i propri familiari
- PRO.1.1.8 Esistono evidenze che il paziente ed i suoi familiari siano addestrati alla gestione dei problemi disabilitanti ed all'uso di protesi, ortesi ed ausili tecnici
- PRO.1.1.9 Esistono evidenze dell'utilizzo di programmi di supporto psicologico a favore del paziente e dei suoi familiari
- PRO. 1.1.10 Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati
- PRO. 1.1.11 Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche
- PRO.1.1.12 Sono definite, disponibili e applicate procedure per il collegamento con le Funzioni di degenza per Acuti, con le Funzioni riabilitative e con i Servizi territoriali

PRO.2 Cartella Clinica

PRO.2.1 Cartella Integrata

- PRO.2.1.1 Per ciascun ospite è compilata una Cartella Integrata, periodicamente aggiornata

contenuti

- Risultati delle valutazioni
- Strumenti di valutazione standardizzati utilizzati
- Elementi di valutazione degli aspetti sociali

PRO.3 Gestione del rischio

PRO.3.1 Procedure

PRO.3.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori relative alla gestione del rischio

contenuti

- Lesioni da pressione
- Infezioni
- Sindrome da immobilizzazione
- Prevenzione delle cadute

PRO.3.1.2 Esiste evidenza di un'attività di monitoraggio del rischio di burn-out per gli operatori e delle relative procedure di recupero

PRO.3.1.3 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la protezione dai rischi legati a sollevamenti e da postura nell'assistenza dei pazienti

PRO.4 Dimissione

PRO.4.1 Continuità dell'assistenza

PRO.4.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure finalizzate ad assicurare la continuità dell'assistenza in fase di dimissione del paziente

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

**ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
ASA – ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

ASA.1 Presa in carico

ASA.1.1 Strumenti di riferimento

- ASA.1.1.1 Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente ambulatoriale, per le specifiche discipline, in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- ASA.1.1.2 Sono definite, disponibili e applicate procedure operative contestualizzate relative ai percorsi differenziati dei pazienti ambulatoriali
- ASA.1.1.3 È attivo un sistema trasparente per la gestione delle prenotazioni e delle liste d'attesa
- ASA.1.1.4 Sono definite, disponibili e applicate procedure per fornire informazioni al paziente riguardanti la preparazione ai trattamenti ed eventuali suggerimenti o prescrizioni per il periodo successivo a questi
- ASA.1.1.5 Sono attivati protocolli per la corretta registrazione delle prestazioni erogate ai pazienti trattati
- ASA.1.1.6 Esiste evidenza di interventi di miglioramento in merito all'applicazione delle procedure definite

ASA.1.2 Gestione del rischio

- ASA.1.2.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione tra operatori e pazienti durante le attività ambulatoriali
- ASA.1.2.2 Sono attivati protocolli per l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste in ambito ambulatoriale
- ASA.1.2.3 Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla corretta gestione dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali
- ASA.1.2.4 Sono attivati protocolli per la gestione dei farmaci
- ASA.1.2.5 È disponibile un piano per le situazioni d'emergenza e per il trasferimento del paziente in idonea struttura in caso di necessità

ASA.2 Continuità assistenziale

ASA.2.1 Informazioni al paziente e al medico curante

- ASA.2.1.1 Sono attivi protocolli relativi ai collegamenti con i medici curanti
- ASA.2.1.2 Esiste evidenza che siano fornite al paziente specifica relazione clinica per il medico curante
- ASA.2.1.3 Esiste evidenza che il paziente sia opportunamente informato e orientato sul proseguimento delle cure

ASA.2.2 Integrazione

ASA.2.2.1 Sono attivi protocolli relativi ai collegamenti con altri servizi coinvolti nella gestione del paziente

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

**ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
CHA – CHIRURGIA AMBULATORIALE**

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

CHA.1 Presa in carico

CHA.1.1 Strumenti di riferimento

- CHA.1.1.1 È attivo un sistema trasparente per la gestione delle prenotazioni e delle liste d'attesa
- CHA.1.1.2 Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente chirurgico per le diverse tipologie di intervento in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- CHA.1.1.3 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica
- CHA.1.1.4 Sono definiti e messi in atto protocolli per l'acquisizione di prestazioni diagnostiche
- CHA.1.1.5 Sono definite, disponibili e applicate procedure relative all'attività anestesiologicala e al collegamento con i servizi di anatomia patologica
- CHA.1.1.7 Sono attivati protocolli per la corretta registrazione delle prestazioni erogate ai pazienti trattati
- CHA.1.1.8 Esiste evidenza di interventi di miglioramento in merito all'applicazione delle procedure definite

CHA.2 Fase preoperatoria

CHA.2.1 Protocolli

- CHA.2.1.1 Le indicazioni contenute nelle linee-guida adottate sono state contestualizzate in protocolli condivisi tra i professionisti interessati relativi alla valutazione preoperatoria del paziente chirurgico, anche in relazione alla stratificazione del rischio generale e specifico
- CHA.2.1.2 Esiste evidenza che i protocolli relativi alla valutazione preoperatoria del paziente chirurgico siano applicati
- CHA.2.1.3 Sono attivati protocolli relativi alla corretta preparazione del paziente chirurgico ai trattamenti

CHA.3 Fase perioperatoria

CHA.3.1 Linee guida

- CHA.3.1.1 Sono adottate linee-guida, in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze, per la gestione dell'antibioticoprofilassi perioperatoria
- CHA.3.1.2 Esiste evidenza che le linee-guida adottate per la gestione dell'antibioticoprofilassi perioperatoria siano applicate

CHA.3.2 Gestione del rischio

CHA.3.2.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio

contenuti

- registro operatorio
- prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- infezioni del sito chirurgico
- sistema di rintracciabilità della strumentazione chirurgica
- procedure di identificazione di lato
- disinfezione e sterilizzazione

CHA.3.2.2 Esiste evidenza che l'attività relativa alla gestione del rischio sia valutata

CHA.3.2.3 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione/gestione delle complicanze più frequenti e più gravi nei casi trattati

CHA.3.2.4 Sono definite, disponibili e applicate procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione tra operatori e pazienti durante le attività ambulatoriali

CHA.3.2.5 È disponibile un piano per le situazioni d'emergenza e per il trasferimento del paziente in idonea struttura in caso di necessità

CHA.3.2.6 Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla corretta gestione dei dispositivi medici utilizzati

CHA.4 Continuità assistenziale

CHA.4.1 Informazioni al paziente e al medico curante

CHA.4.1.1 Sono attivi protocolli relativi ai collegamenti con i medici curanti

CHA.4.1.2 Esiste evidenza che siano fornite al paziente specifica relazione clinica per il medico curante

CHA.4.1.3 Esiste evidenza che il paziente sia opportunamente informato sul decorso post-operatorio e sui trattamenti collegati

CHA.5 Follow-up

CHA.5.1 Protocolli

CHA.5.1.1 Le indicazioni contenute nelle linee-guida adottate sono state contestualizzate in protocolli condivisi tra i professionisti interessati relativi al follow-up del paziente chirurgico per le diverse tipologie di intervento

CHA.5.1.2 Esiste evidenza che i protocolli relativi alla gestione del follow-up siano applicati

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

**ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
MLB – MEDICINA DI LABORATORIO**

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

MLB.1 Fase preanalitica

MLB.1.1 Accesso al prelievo

MLB.1.1.1 È disponibile una documentazione informativa per gli utenti e per gli operatori relativa alle modalità di accesso

contenuti

- orari per i prelievi
- modalità di prenotazione e di accettazione
- orari di accettazione dei campioni provenienti da servizi collegati
- modalità di accettazione per gli esami urgenti
- modalità di pagamento delle quote di partecipazione alla spesa
- sede e modalità di ritiro dei referti

MLB.1.2 Elenco delle prestazioni

MLB.1.2.1 È disponibile una documentazione informativa per utenti e operatori in cui siano riportate tutte le prestazioni eseguibili, le prestazioni urgenti(*), la definizione di “esame urgente” (*), le quote di partecipazione alla spesa, le esenzioni, gli impegni assunti.

contenuti

- unità di misura
- metodo utilizzato
- tempo medio di risposta (dal prelievo/arrivo del campione in Laboratorio al rilascio del referto), con la distinzione tra esami routinari ed esami urgenti

MLB.1.3 Richiesta degli esami

MLB.1.3.1 È disponibile una documentazione informativa per gli operatori relativa alle modalità di richiesta degli esami

contenuti

- istruzioni per la valutazione della corretta compilazione della richiesta, criteri di accettabilità e modalità di gestione delle richieste non conformi
- modalità di identificazione dei campioni urgenti(*)
- modalità di registrazione e tracciabilità della data e dell'ora di accettazione dei campioni in laboratorio
- modalità di accesso diretto degli utenti senza impegnativa del SSR

MLB.1.3.2 La documentazione informativa per gli operatori prevede un set di informazioni essenziali per la richiesta degli esami

contenuti

- identificazione univoca dell'utente: data di nascita, sesso, codice fiscale
- identificazione univoca del prescrittore (tranne che per l'accesso diretto)
- esami richiesti
- data della raccolta del campione primario
- tipo di campione primario e sede anatomica d'origine, quando previsto
- notizie cliniche, quando previsto

Nota

Nella documentazione informativa sono specificati i casi per i quali indicare il tipo di campione primario e la sede anatomica d'origine nonché le condizioni per le quali sono richieste notizie cliniche

MLB.1.4 Preparazione all'esame e raccolta del campione

MLB.1.4.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori sulle modalità per la preparazione dell'utente, la raccolta e il trattamento dei campioni primari

contenuti

- istruzioni per la preparazione dell'utente
- istruzioni e modelli informativi per gli utenti per la preparazione prima della raccolta del campione
- modalità di acquisizione della liberatoria per il trattamento dei dati personali dei pazienti ambulatoriali
- modulo per il consenso informato, quando previsto
- istruzioni per le attività di prelievo, comprese tipologia e quantità del campione primario, e per la raccolta dei campioni biologici
- elenco provette e contenitori per le diverse tipologie di test
- istruzioni per la conservazione e l'invio dei campioni
- procedura di accettazione dei campioni e delle richieste
- limiti temporali per la richiesta di esami aggiuntivi sullo stesso campione primario
- istruzioni per l'eliminazione sicura del materiale impiegato per la raccolta
- modalità e periodicità del monitoraggio della conformità della raccolta dei campioni
- modalità di comunicazione delle informazioni ai responsabili della raccolta dei campioni primari
- istruzioni per il trattamento di eventuali emergenze cliniche
- disponibilità di farmaci o presidi sanitari da utilizzare nel caso di incidenti nel corso del prelievo e modalità di gestione degli stessi
- modalità di gestione delle apparecchiature e del materiale di consumo
- procedure per la gestione di emergenze informatiche con riferimento al sistema di accettazione o al collegamento con il laboratorio

MLB.1.5 Idoneità dei campioni

MLB.1.5.1 È disponibile una procedura per la valutazione dell'idoneità dei campioni

contenuti

- criteri di idoneità e di rifiuto
- registrazione dei campioni rifiutati
- modalità di comunicazione agli utenti relativa ai campioni rifiutati

MLB.1.6 Tracciabilità del campione

MLB.1.6.1 È disponibile una procedura di identificazione e rintracciabilità dei campioni

contenuti

- modalità per garantire la rintracciabilità dei campioni
- modalità per ricondurre le aliquote al campione originale primario
- criteri di non-accettabilità dei campioni primari
- modalità di gestione dei campioni con richieste di esami con valenza medico legale
- modalità di gestione dei campioni da custodire per esami successivi

MLB.1.7 Trasporto e conservazione dei materiali biologici

MLB.1.7.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per il trasporto dei campioni, limitatamente ai casi consentiti da specifiche disposizioni regionali, a garanzia della conservazione delle caratteristiche degli stessi e della sicurezza del personale addetto

contenuti

- istruzioni per imballaggio, etichettatura e trasporto dei campioni inviati al laboratorio
- istruzioni per la protezione dei campioni da deterioramento
- modalità per la registrazione della data e dell'ora di invio e di arrivo, quando previsto
- modalità di registrazione di eventuali incidenti occorsi durante il trasporto che possono influenzare la qualità del campione o la sicurezza del personale
- modalità e tempi di conservazione dei campioni per assicurarne la stabilità delle proprietà per eventuali ripetizioni dell'esame o per esami aggiuntivi
- elenco dei test per i quali le modalità di conservazione e trasporto potrebbero essere critiche e definizione dei limiti di tolleranza per i fattori in causa
- criteri di accettabilità dei campioni e modalità da adottare nella gestione di campioni non conformi

Nota

Nella documentazione informativa sono specificati i casi per i quali registrare data e ora di invio e di arrivo del campione

MLB.1.8 Revisioni

MLB.1.8.1 È disponibile una procedura che definisca la periodicità e le modalità di revisione della documentazione relativa alla fase preanalitica

(*) applicabile con riferimento ai laboratori ospedalieri

Nota

Laddove l'utenza sia costituita anche da soggetti in carico a servizi di una struttura di afferenza, le eventuali differenze operative tra utenza interna ed esterna saranno esplicitate

MLB.2 Fase analitica

MLB.2.1 Approvvigionamento delle attrezzature e dei reagenti

MLB.2.1.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per l'approvvigionamento dei dispositivi per la diagnostica in vitro, dei sistemi informatici e dei reagenti

contenuti

- valutazione delle scadenze, dell'adeguamento alle norme tecniche, dell'eventuale disponibilità di nuove apparecchiature
- inventario aggiornato delle attrezzature in dotazione contenente il tipo di strumento e il codice di identificazione

MLB.2.2 Attività analitica

MLB.2.2.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori relativa all'attività analitica

contenuti

- rilevanza clinica / scopo dell'esame
- requisiti del campione e modalità di identificazione
- apparecchiature ed attrezzature impiegate
- reagenti, standard o calibratori e materiali per il controllo di qualità
- istruzioni per l'esecuzione dell'analisi
- modalità di registrazione e di calcolo dei risultati
- modalità relative all'assicurazione qualità
- registrazione degli intervalli di riferimento
- valutazione del rischio per gli operatori

MLB.2.3 Manutenzione

MLB.2.3.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per la manutenzione delle apparecchiature

contenuti

- programmi di manutenzione preventiva
- piano per la manutenzione ordinaria programmata e straordinaria per ciascuna delle apparecchiature in uso
- eventuali necessità definite dagli utilizzatori in funzione delle criticità, della disponibilità all'uso e della normativa vigente
- competenze e responsabilità per le operazioni di manutenzione svolte dal personale del laboratorio
- procedure per la richiesta di assistenza straordinaria
- modalità di registrazione degli interventi

MLB.2.4 Controllo di qualità interno

MLB.2.4.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori relative al sistema di controllo per tutte le analisi

contenuti

- criteri di applicazione e modalità di esecuzione del controllo di qualità interno
- impiego di appropriate procedure statistiche
- criteri di validazione dei risultati ottenuti sul materiale di controllo di qualità interno in uso
- modalità di archiviazione dei dati secondo la normativa vigente
- modalità di revisione periodica dei risultati del controllo di qualità interno e di documentazione delle azioni intraprese per il miglioramento

MLB.2.5 Verifica esterna di qualità

MLB.2.5.1 È disponibile una documentazione informativa per gli operatori relativa alla verifica esterna di qualità

contenuti

- generalità e qualificazione dei fornitori dei programmi di Valutazione Esterna di Qualità
- criteri di valutazione dei risultati e eventuali azioni correttive
- modalità di archiviazione della documentazione dei risultati ottenuti
- sistema di assicurazione di qualità adottato nei casi in cui non siano disponibili programmi di VEQ

MLB.2.6 Rintracciabilità

MLB.2.6.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per la rintracciabilità dei campioni e dei prodotti per diagnostica in vitro

contenuti

- procedura di identificazione univoca del campione (e dei campioni secondari, dove applicabile) che garantisca la sua rintracciabilità durante l'intero processo di analisi e minimizzi il rischio di scambio
- metodologia di identificazione univoca dei consumabili per diagnostica in vitro, comprendente il numero di lotto e l'indicazione della scadenza o del limite di utilizzo
- procedura di acquisto, ricevimento, verifica dell'idoneità, registrazione e stoccaggio del materiale per diagnostica in vitro e modalità di controllo delle condizioni di conservazione, secondo le specifiche del produttore

MLB.2.7 Validazione

MLB.2.7.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per la validazione dei risultati strumentali

contenuti

- modalità di validazione dei risultati strumentali
- ambito di responsabilità delle figure professionali del laboratorio coinvolte nella procedura di validazione

MLB.2.8 Revisioni

MLB.2.8.1 È disponibile una procedura che definisca la periodicità e le modalità di revisione della documentazione relativa alla fase analitica

MLB.3 Fase postanalitica

MLB.3.1 Refertazione

MLB.3.1.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per la produzione del referto e la consegna al richiedente

contenuti

- nome del laboratorio
- identificazione univoca dell'utente
- prescrittore/richiedente
- data della raccolta del campione
- data e ora di produzione del referto
- materiale analizzato
- risultato
- intervallo di riferimento
- metodo analitico utilizzato
- segnalazione dei risultati anomali
- firma, manuale o digitale, del professionista abilitato

MLB.3.1.2 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per la comunicazione telematica dei risultati(*)

contenuti

- ambiti e modalità relativi alla comunicazione telematica dei risultati
- personale del laboratorio autorizzato a comunicare i risultati
- soggetti che possono ricevere i risultati
- modalità per assicurare una identificazione univoca dell'utente, da parte di chi comunica o riceve il risultato
- modalità di conferma della correttezza della trasmissione
- modalità di registrazione dell'avvenuta trasmissione
- mantenimento della riservatezza
- modalità di consegna del referto originale

MLB.3.1.3 È disponibile una procedura per la trasmissione tempestiva dell'esito in caso di valori/risultati critici predefiniti al soggetto che ha richiesto gli esami

MLB.3.2 Turnaround time (TAT) (*)

MLB.3.2.1 È disponibile una documentazione relativa al monitoraggio del Turnaround time degli esami più significativi

nota

Il TAT è l'intervallo di tempo che intercorre fra l'arrivo in laboratorio di una richiesta urgente e il tempo di consegna del referto. Quando applicabile, possono essere previsti, se misurabili in modo preciso, altri intervalli.

MLB.3.2.2 È disponibile una documentazione relativa all'utilizzo dei dati sui ritardi del TAT per gli esami più significativi

MLB.3.3 Intervalli di riferimento

MLB.3.3.1 È disponibile una documentazione informativa sulle modalità di individuazione degli intervalli di riferimento

nota

Modalità di individuazione degli intervalli di riferimento:

- in ottemperanza a raccomandazioni di buona pratica di laboratorio o attraverso metodi di peer-review
- secondo le raccomandazioni indicate dal produttore dei reagenti impiegati

MLB.3.3.2 È disponibile una documentazione relativa all'attività di revisione degli intervalli di riferimento adottati

MLB.3.4 Revisioni

MLB.3.4.1 È disponibile una procedura che definisca la periodicità e le modalità di revisione della documentazione relativa alla fase postanalitica

(*) applicabile con riferimento ai laboratori ospedalieri

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

**ATTIVITÀ IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
RSS – ASSISTENZA PER LA SENESCENZA**

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

RSS.1 Presa in carico

RSS.1.1 Piano Assistenziale

- RSS. 1.1.1** È previsto, per ogni ospite, un Piano individualizzato di assistenza elaborato sulla base dei bisogni individuali, determinati attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale, compresi quelli deliberati a livello regionale
- RSS.1.1.2** Esiste evidenza dell'attuazione del Piano individualizzato di assistenza, compresi i programmi educativi e riabilitativi finalizzati al mantenimento ed al miglioramento delle abilità, in relazione agli specifici bisogni
- RSS.1.1.3** Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- RSS.1.1.4** Sono attivati, sulla base delle linee-guida adottate, protocolli relativi al trattamento dei pazienti per specifiche condizioni cliniche
- RSS. 1.1.5** È identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari
- RSS. 1.1.6** Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica dei bisogni assistenziali dell'ospite, individuati attraverso strumenti di valutazione multidimensionale, compresi quelli deliberati a livello regionale
- RSS. 1.1.7** Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati
- RSS. 1.1.8** Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche
- RSS.1.1.9** Esiste evidenza che il Piano individualizzato di assistenza contempli la promozione dell'autonomia e della socializzazione
- RSS. 1.1.10** Esiste evidenza di attività finalizzate a favorire il coinvolgimento dei familiari dell'ospite
- RSS. 1.1.11** Esiste evidenza di protocolli o convenzioni relativi ad attività di rete con gli altri servizi del territorio, al fine di garantire all'ospite la migliore qualità di vita possibile
- RSS. 1.1.12** Esiste evidenza di programmi di supporto psicologico a favore degli ospiti e dei loro familiari
- RSS. 1.1.13** Esiste evidenza che i turni del personale siano organizzati in modo tale da assicurare che siano gli stessi operatori a prendersi cura dei medesimi ospiti

RSS.2 Cartella clinica

RSS.2.1 Cartella clinica integrata

- RSS. 2.1.1** Per ciascun ospite è compilata una cartella clinica integrata, periodicamente aggiornata

contenuti

- strumenti di valutazione standardizzati utilizzati
- risultati delle valutazioni compresi gli eventi avversi
- prestazioni erogate e trattamenti farmacologici
- registrazione di eventuali assenze dell'utente

- elementi di valutazione sociale
- tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale
- eventuali elementi di rischio per il paziente

RSS.3 Gestione del rischio

RSS.3.1 Procedure e protocolli

PSS.3.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori relative alla gestione del rischio clinico

contenuti

- Lesioni da pressione
- Infezioni
- Sindrome da immobilizzazione
- Presenza di cateteri
- Prevenzione delle cadute

RSS. 3.1.2 Esistono e sono applicati protocolli relativi alla prevenzione dei rischi legati a fattori ambientali

contenuti

- Eventi climatici avversi

RSS. 3.1.3 Esistono e sono applicate procedure per la determinazione del rischio individuale rispetto ad eventi climatici avversi

RSS.3.2 Rischio professionale

RSS. 3.2.1 Esistono evidenze di un'attività di monitoraggio del rischio di burn-out per gli operatori e delle relative procedure di recupero

RSS.4 Dimissione

RSS.4.1 Continuità assistenziale

RSS. 4.1.1 Sono definite, disponibili ed applicate procedure operative finalizzate ad assicurare la continuità dell'assistenza in fase di dimissione dell'ospite

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

**ATTIVITÀ IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
RSD – ASSISTENZA PER LA DISABILITÀ**

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

RSD. 1. Presa in carico

RSD.1.1.Progetto riabilitativo

- RSD.1.1.1 Sono svolti regolarmente programmi educativi e riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento delle abilità, in relazione alle specifiche disabilità, come definito nel progetto riabilitativo
- RSD.1.1.2 Il progetto riabilitativo individuale è redatto avendo come guida, per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali, la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
- RSD. 1.1.3 Esiste evidenza di una valutazione periodica del grado di disabilità del paziente
- RSD. 1.1.4 Esiste evidenza di attività finalizzate a favorire il coinvolgimento dei familiari dell'utente nel percorso di cura
- RSD. 1.1.5 Esiste evidenza di protocolli o convenzioni relativi ad attività di rete con gli altri servizi del territorio anche al fine di garantire all'utente la migliore qualità di vita possibile
- RSD. 1.1.6 E' definito, aggiornato e disponibile un documento illustrante la "giornata tipo" degli ospiti

RSD.1.2.Gestione del rischio

- RSD.1.2.1 Esiste evidenza di un'attività di monitoraggio del rischio di burn-out per gli operatori e delle relative procedure di recupero
- RSD.1.2.2 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione ed il trattamento di disturbi comportamentali e sintomi di depressione degli utenti

RSD. 2. Cartella clinica

RSD.2.1.Cartella Clinica Unica

- RSD.2.1.1 Per ciascun utente presente presso la struttura è compilata una Cartella Clinica Unica periodicamente aggiornata

contenuti

- strumenti standardizzati utilizzati
- risultati delle valutazioni della disabilità
- prestazioni erogate e trattamenti farmacologici
- registrazione di eventuali assenze dell'utente
- elementi di valutazione sociale
- eventuali elementi di rischio per il paziente
- tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale

RSD. 3. Dimissione

RSD.3.1.Continuità assistenziale

- RSD.3.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure operative relative alla dimissione dell'utente, nell'ottica della continuità assistenziale

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

**ATTIVITÀ IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
RSP – ASSISTENZA PSICHIATRICA**

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

RSP 1 Presa in carico

RSP 1.1 Progetto riabilitativo

- RSP 1.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure che definiscono la modalità di accoglienza dell'utente
- RSP 1.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative ai trattamenti da svolgersi nella struttura (programmi terapeutici, programmi riabilitativi)
- RSP1.1.3** E' predisposto per ciascun utente un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato
- RSP 1.1.4** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative all'inserimento che prevedano il confronto tra gli operatori del CSM inviante e gli operatori della struttura
- RSP 1.1.5** Le schede di accettazione, sottoscritte dagli ospiti, esplicitano gli obiettivi del trattamento, i tempi, il regolamento interno della struttura
- RSP 1.1.6** Sono definite, disponibili e applicate le procedure per una valutazione delle abilità e disabilità specifiche e del livello di relazione interpersonale, al fine di formulare il progetto riabilitativo individualizzato
- RSP 1.1.7** Nella cartella clinica sono monitorate periodicamente le diverse aree dell'intervento riabilitativo attraverso strumenti standardizzati, che registrano le modifiche nelle condizioni cliniche e nei livelli di funzionamento dei singoli pazienti.
- RSP 1.1.8** Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'integrazione progettuale con i servizi di salute mentale territoriali di riferimento
- RSP1.1.9** Sono attivati protocolli che assicurino un collegamento con i medici di medicina generale ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli utenti
- RSP1.1.10** Sono attivati protocolli che regolino i rapporti con gli altri servizi (servizi sociali, servizi di accompagnamento al lavoro) le cui attività sono utili alla realizzazione del programma riabilitativo
- RSP 1.1.11** Vi è evidenza che la struttura organizza attività ricreative, di socializzazione per gli ospiti

RSP 2. Gestione del rischio

RSP 2.1 Procedure

- RSP 2.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione/gestione degli effetti indesiderati dei farmaci
- RSP 2.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'individuazione degli eventi indesiderati, con l'attuazione di opportuni interventi correttivi

contenuti

- intossicazione da farmaci
- atti aggressivi
- fughe

RSP 3. Dimissione

RSP 3.1 Continuità assistenziale

- RSP 3.1.1** Sono attivati protocolli che regolino i contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti terapeutico riabilitativi individuali, in integrazione con le azioni del CSM
- RSP 3.1.2** Sono attivi protocolli che regolino i contatti con i datori di lavoro dei pazienti al fine del sostegno nella realizzazione dei programmi di inserimento lavorativo in integrazione con le azioni del CSM

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

**ATTIVITÀ IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
RST – ASSISTENZA PER STATI DI DIPENDENZA**

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

RST.1 Presa in carico

RST.1.1 Ammissione

RST. 1.1.1 Sono definite, disponibili ed applicate procedure che garantiscono la volontarietà dell'accesso e della permanenza nella struttura, con l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica e psichica degli utenti

RST. 1.1.2 Sono definiti e messi in atto protocolli che prevedono, in fase di ammissione dell'utente, la valutazione multidisciplinare dello stato di salute, con particolare attenzione alla prevenzione e gestione delle patologie infettive correlate alla tossicodipendenza

RST.1.2 Progetto assistenziale

RST. 1.2.1 E' previsto per ciascun ospite un programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico

RST. 1.2.2 Esiste evidenza dell'effettuazione e valutazione periodica dello stato psicosociale dell'utente

RST. 1.2.3 Sono definite, disponibili e applicate procedure per il coinvolgimento degli utenti nell'organizzazione della vita quotidiana

RST. 1.2.4 Esiste evidenza di programmi di inserimento lavorativo

RST. 1.2.5 Esiste evidenza del coinvolgimento dei familiari nei processi di socializzazione degli utenti

RST. 1.2.6 Esiste evidenza del coinvolgimento di Associazioni di volontariato nei processi di socializzazione degli utenti

RST.2 Gestione del rischio

RST.2.1 Rischio professionale

RST. 2.1.1 Esiste evidenza di un sistema di supervisione del team assistenziale

RST. 2.1.2 Esiste evidenza di un'attività di monitoraggio del rischio di burn-out per gli operatori e delle relative procedure di recupero

RST.2.2 Procedure

RST. 2.2.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure specifiche per la gestione del rischio in relazione ad autolesioni, condotte aggressive e somministrazione di farmaci

RST.3 Dimissione

RST.3.1 Continuità assistenziale

RST. 3.1.1 Sono definiti e messi in atto protocolli per la comunicazione al medico curante e ai servizi territoriali durante e al termine dell'intervento riabilitativo

RST.3.2 Umanizzazione

RST. 3.2.1 Gli utenti hanno la possibilità di concordare individualmente l'ingresso e l'uscita dalla struttura

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

**ATTIVITÀ DOMICILIARE
AAD – ASSISTENZA DOMICILIARE**

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

AAD.1 Presa in carico

AAD.1.1 Piano Assistenziale

AAD.1.1.1 Esiste evidenza che per ciascun paziente sia effettuata una valutazione iniziale dei bisogni assistenziali determinati attraverso strumenti di valutazione multidimensionale, compresi quelli deliberati a livello regionale

contenuti

- salute fisica
- salute mentale
- stato funzionale
- stato socioeconomico

AAD.1.1.2 È previsto, per ogni paziente, un Piano individualizzato di assistenza elaborato sulla base dei bisogni individuati

AAD.1.1.3 Esiste evidenza dell'attuazione del Piano individualizzato di assistenza, compresi i programmi educativi e riabilitativi finalizzati al mantenimento ed al miglioramento delle abilità, in relazione agli specifici bisogni

AAD.1.1.4 Esiste evidenza che il Piano individualizzato di assistenza è aggiornato sulla base di valutazioni periodiche dei bisogni

AAD.1.1.5 Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze

AAD.1.1.6 Sono attivati, sulla base delle linee-guida adottate, protocolli relativi al trattamento dei pazienti per specifiche condizioni cliniche

AAD.1.1.7 È identificato per ogni paziente un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari

AAD.1.1.8 Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica dei bisogni assistenziali del paziente, individuati attraverso strumenti di valutazione multidimensionale, compresi quelli deliberati a livello regionale

AAD.1.1.9 Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati

AAD.1.1.10 Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche

AAD.1.1.11 Esiste evidenza che il Piano individualizzato di assistenza contempli la promozione dell'autonomia e della socializzazione

AAD.1.1.12 Sono attivati protocolli per la somministrazione dei farmaci da parte del personale non medico

AAD.1.1.13 Sono attivati protocolli per la consegna dei farmaci a domicilio

AAD.1.1.14 Sono attivati protocolli relativi alle modalità di prelievo e conservazione di materiali biologici

- AAD. 1.1.15** Esiste evidenza di attività finalizzate a favorire il coinvolgimento dei familiari del paziente nel percorso di cura
- AAD. 1.1.16** Esiste evidenza di protocolli o convenzioni relativi ad attività di rete con gli altri servizi del territorio, anche al fine di garantire al paziente la migliore qualità di vita possibile
- AAD. 1.1.17** Esiste evidenza di programmi di supporto psicosociale a favore dei pazienti e dei loro familiari
- AAD. 1.1.18** Esiste evidenza che i turni del personale siano organizzati in modo tale da assicurare che siano gli stessi operatori a prendersi cura dei medesimi pazienti

AAD.2 Cartella clinica

AAD.2.1 Cartella clinica domiciliare

- AAD. 2.1.1** Per ciascun paziente è compilata una cartella clinica, periodicamente aggiornata

contenuti

- risultati delle valutazioni compresi gli eventi avversi
- accessi effettuati per operatore
- prestazioni erogate e trattamenti farmacologici
- registrazione di eventuali assenze dell'utente
- tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale
- eventuali elementi di rischio per il paziente

- AAD. 2.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori per la tenuta della cartella clinica, compresa la reperibilità da parte del personale

AAD.3 Gestione del rischio

AAD.3.1 Procedure e protocolli

- AAD.3.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori relative alla gestione del rischio clinico

contenuti

- Lesioni da pressione
- Infezioni
- Sindrome da immobilizzazione
- Presenza di cateteri
- Prevenzione delle cadute

- AAD.3.1.2** Sono identificati, registrati e gestiti, anche preventivamente, gli eventi avversi più importanti per frequenza e/o gravità

- AAD. 3.1.3** Esistono e sono applicati protocolli relativi alla prevenzione dei rischi per il paziente legati a fattori ambientali

- AAD.3.1.4** Sono attivati protocolli per l'esecuzione delle principali manovre strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso

contenuti

- posizionamento di sonde naso gastriche
- posizionamento di cateteri vescicali
- gestione dei dispositivi per la nutrizione artificiale

AAD.3.1.5 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la gestione delle emergenze

AAD.3.1.6 Sono attivati protocolli relativi al collegamento tempestivo, in caso di necessità, con la sede operativa o con il responsabile del servizio

AAD.3.2 Rischio professionale

AAD.3.2.1 Vi sono linee-guida e procedure scritte per la prevenzione dei rischi professionali collegati all'assistenza a domicilio

AAD.3.2.2 Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori per la prevenzione, il monitoraggio e la gestione di eventi avversi per il personale.

AAD. 3.2.3 Esistono evidenze di un'attività di monitoraggio del rischio di burn-out per gli operatori e delle relative procedure di recupero

AAD.4 Continuità assistenziale

AAD.4.1 Integrazione dell'assistenza

AAD. 4.1.1 Sono definite, disponibili ed applicate procedure operative per il collegamento con le funzioni assistenziali e i professionisti coinvolti nella gestione e nel percorso assistenziale del paziente

contenuti

- MMG
- Assistenza specialistica
- Struttura di ricovero ospedaliero
- RSA

AAD.4.2 Dimissione

AAD. 4.2.1 Sono definite, disponibili ed applicate procedure operative finalizzate ad assicurare la continuità dell'assistenza del paziente

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

NPI – NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

NPI 1. Presa in carico

NPI.1.1 Strumenti di riferimento

- NPI 1.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure che definiscono la modalità di accoglienza dell'utente
- NPI 1.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla presa in carico e ai trattamenti da svolgersi nella struttura (programmi terapeutici, programmi riabilitativi)
- NPI 1.1.3** E' predisposto per ciascun utente un progetto terapeutico o riabilitativo individualizzato
- NPI 1.1.4** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alle caratteristiche generali degli interventi, all'applicazione del modello operativo di équipe e alla fornitura di prestazioni specialistiche neurologiche e psichiatriche, unitarie e coordinate
- NPI 1.1.5** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla formulazione uniforme della diagnosi (ICD-10 multiassiale), al tempo necessario per produrla ed al suo aggiornamento nel tempo
- NPI 1.1.6** In tutte le articolazioni organizzative del Servizio è assicurata l'integrazione tra i diversi tipi di intervento clinico (interventi educativi, riabilitativi, psicoterapeutici, farmacologici, scolastici, di "rete", ecc.)
- NPI 1.1.7** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative al trattamento di almeno sei delle seguenti patologie: disturbi dello spettro autistico, break-out adolescenziali, disturbi di apprendimento, paralisi cerebrali infantili, cefalee, disturbi dell'attenzione e dell'attività, disturbi della comunicazione e del linguaggio, disturbi delle condotte alimentari, ritardo mentale, epilessia, abuso, maltrattamento e sfruttamento sessuale
- NPI 1.1.8** Nella cartella clinica sono monitorate sistematicamente le diverse aree degli interventi effettuati anche attraverso l'uso di strumenti standardizzati, che registrano le modifiche nelle condizioni cliniche e nei livelli di funzionamento dei singoli pazienti. Sono altresì riportate informazioni esaustive circa la modalità di conclusione del trattamento, con particolare riguardo agli abbandoni e ai "persi di vista".
- NPI 1.1.9** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla misurazione degli esiti dei trattamenti, utilizzando scale e strumenti di valutazione validati e condivisi, almeno per le patologie che comportano il maggior carico assistenziale.

NPI 2. Integrazione del servizio

NPI 2.1 Procedure

- NPI 2.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla collaborazione con i pediatri di libera scelta/medici di medicina generale, con i reparti pediatrici degli ospedali del territorio (attività di consultazione e di collegamento), con i Consultori Familiari, con il Centro di Salute Mentale per adulti e con l'SPDC
- NPI 2.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla collaborazione con le strutture riabilitative accreditate e le altre strutture private o del privato sociale del territorio di riferimento o a cui il Servizio invia i suoi pazienti
- NPI 2.1.3** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione dei disabili nelle scuole e per le modalità di invio dei casi al Servizio, e con i Servizi Sociali per il riorientamento dei casi e per la definizione delle reciproche competenze e consulenze

- NPI 2.1.4** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla collaborazione con gli Enti Locali e le istituzioni nazionali per l'inserimento lavorativo e sociale dei soggetti con handicap in età post-scolare, e per altre collaborazioni con gli Enti Locali sulla tutela dei minori e la disabilità
- NPI 2.1.5** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla collaborazione con gli Enti preposti all'amministrazione della giustizia nella rete degli interventi di tutela e cura dei minori abusati, deprivati, sottoposti a provvedimenti giudiziari
- NPI 2.1.6** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la gestione delle eventuali situazioni di urgenza psichiatrica (elenco di reparti di riferimento, nominativi dei responsabili, modalità con cui possono essere attivati, tipologia, priorità, aspetti critici; accordi locali anche alternativi al ricovero; procedure per la gestione dell'agitazione psicomotoria; procedure per l'attivazione del TM o di ASO/TSO, ecc)

NPI 3. Gestione del rischio

NPI 3.1 Procedure

- NPI 3.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione/gestione degli effetti indesiderati dei farmaci psicotropi, antiepilettici e altri farmaci
- NPI 3.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'individuazione di altri eventi indesiderati, con l'attuazione di opportuni interventi correttivi

contenuti

- ricorso urgente al pronto soccorso per motivi NPIA di paziente in carico
- abbandono da parte di paziente grave
- tentato suicidio o auto-lesione di paziente in carico attuale o passato
- abbandono scolastico o espulsività
- perdita di lavoro
- reato commesso o subito da paziente in carico
- atti di paziente in carico che danno luogo a situazioni di grave pericolo
- crisi acuta con intervento delle forze dell'ordine di minore residente nel bacino di utenza
- maltrattamento o abuso grave da parte della famiglia a pazienti in carico per altre problematiche
- stato di male epilettico in bambino in trattamento presso il servizio
- polmoniti ab ingestis ripetute in Paralisi Cerebrale Infantile
- bullismo nei confronti di bambino disabile