

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

PRESIDIO SANITARIO DI ASSISTENZA PRIMARIA A DEGENZA BREVE / OSPEDALE DI COMUNITÀ

Il processo di accreditamento istituzionale di strutture autorizzate all'esercizio per l'erogazione di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità (O.d.C.) fornisce garanzie di omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale ed organizzativa e un accesso unitario ai servizi socio-sanitari, con la presa in carico di pazienti, che a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio, e la loro valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

criterio 1. Attuazione di un Sistema di gestione di servizi, al fine di fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità, in quanto "fornisce garanzie di buona qualità dell'assistenza sanitaria e sociale, una gestione dell'organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un'ottica di miglioramento continuo".

L'Organizzazione:

1.1 AC: MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA E DI SUPPORTO		SI	NO	NA	DA
A.	definisce in un piano triennale generale in cui vengono definiti gli obiettivi, la pianificazione e la programmazione delle cure che intende garantire, identificandone la tipologia ai sensi di quanto previsto nel DM 77 del 21/04/2022 e del Piano dell'assistenza territoriale della Regione Abruzzo approvato con DGR 773/2022., raccordandosi con l'Azienda sanitaria per i sistemi di relazione con i Medici di medicina generale (MMG) e i Pediatri di libera scelta (PLS), gli Specialisti ambulatoriali, i servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, assistenza domiciliare, Infermiere di famiglia e di comunità, la Centrale operativa territoriale, RSA, hospice e rete delle cure palliative, Consultori familiari e attività rivolte ai minori, servizi di salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;				
B.	definisce il piano annuale delle attività e della qualità dell'organizzazione, che deve tenere conto dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione, in cui sono definiti gli obiettivi di attività e di qualità che si basano sull'analisi della domanda di servizi/prestazioni del territorio e prevedono il coinvolgimento del personale, dei rappresentanti della comunità di riferimento e le associazioni di tutela del malato e dei cittadini;				
C.	sviluppa relazioni con altre organizzazioni e servizi territoriali per il raggiungimento di obiettivi strategici e organizzativi;				

(segue) **Criterio 1. Attuazione di un Sistema di gestione di servizi al fine di fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità, in quanto “fornisce garanzie di buona qualità dell’assistenza socio-sanitaria, una gestione dell’organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un’ottica di miglioramento continuo”**

L’Organizzazione:

1.2 AC: PROGRAMMI PER LO SVILUPPO DI RETI ASSISTENZIALI		SI	NO	NA	DA
A.	svolge le proprie attività coordinandosi con le reti assistenziali previste dalla normativa regionale, secondo le modalità previste dall’Azienda sanitaria locale di riferimento che contemplino l’integrazione tra ospedale e territorio;				
B.	svolge le proprie attività con collegamenti funzionali per la gestione dei servizi di diagnostica di laboratorio o di diagnostica per immagini qualora non siano disponibili all’interno della struttura;				
C.	attua specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti/cittadini, all’interno delle reti assistenziali integrate;				
1.3 AC: DEFINIZIONE DELLE RESPONSABILITÀ					
A.	definisce il proprio organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni;				
B.	dispone di una pianta organica in cui sono riportati i nominativi del personale in servizio, la tipologia di rapporto di lavoro, la qualifica e le competenze specifiche secondo quanto previsto dal modello regionale;				
C.	definisce, formalizza, approva e diffonde nell’organizzazione documenti che descrivono la struttura di governo dell’organizzazione, gli strumenti edocumenti di delega delle responsabilità, i processi e le relative responsabilità organizzative, le modalità di valutazione delle performance dei vari responsabili, insieme ai relativi criteri di valutazione;				
D.	elabora e adotta un sistema di organizzazione interna del personale;				
1.4 AC: PRESA IN CARICO					
A.	adotta strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti;				
B.	è prevista una modalità di accesso attraverso una valutazione multidimensionale (UVM, UVMO, Triage ecc.);				
C.	garantisce che, per ciascun paziente, il piano assistenziale sia puntualmente aggiornato dall’équipe di cura in relazione alla modifica dei bisogni;				
D.	garantisce che il piano assistenziale contenga:				
	a. l’identificazione degli obiettivi di salute,				
	b. la pianificazione delle attività,				
	c. la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare,				
	d. le figure professionali coinvolte e il referente del caso,				
e. gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica dei bisogni;					
E.	verifica che le attività previste vengano effettuate;				

(segue) **Criterio 1. Attuazione di un Sistema di gestione di servizi al fine di fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità, in quanto “fornisce garanzie di buona qualità dell’assistenza socio-sanitaria, una gestione dell’organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un’ottica di miglioramento continuo”**

L’Organizzazione:

1.5 AC: MODALITÀ E STRUMENTI DI GESTIONE DELLE INFORMAZIONI (SISTEMI INFORMATIVI E DATI)		SI	NO	NA	DA
A.	adotta, la cartella clinica informatizzata, integrata secondo standard di interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico e puntualmente aggiornata, che comprenda quanto previsto dai requisiti di autorizzazione;				
B.	garantisce, che la cartella clinica e infermieristica contenga, in conformità al requisito autorizzativo 3.2.5 AU, la parte della valutazione, della pianificazione, i tempi di durata dell’assistenza e le modalità di verifica, le modalità di dimissione, la tracciabilità degli operatori che hanno effettuato valutazioni e prestazioni;				
C.	assicura la corretta compilazione della cartella clinica e infermieristica che deve contenere tutti gli elementi previsti anche per assolvere al debito informativo regionale e nazionale;				
D.	assicura la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività di prestazioni assistite e delle attività e prestazioni erogate;				
E.	attua le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle attività svolte dall’Ospedale di comunità (NSIS);				
F.	garantisce la consegna della copia della documentazione sanitaria, alla persona assistita o a chi ne ha diritto, nei tempi definiti dalle indicazioni nazionali e regionali;				
1.6 AC: MODALITÀ E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI					
A.	elabora un piano annuale per il miglioramento della qualità dei servizi in cui vengono descritti gli obiettivi, le attività previste, gli indicatori per il monitoraggio tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali;				
B.	gli indicatori di monitoraggio prevedono:				
	a. Tasso di ricovero della popolazione >75 anni,				
	b. Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in O.d.C.,				
	c. Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni,				
	d. Degenza media in O.d.C.,				
	e. Degenza oltre i 20 giorni;				
	f. Numero pazienti provenienti dal domicilio;				
g. Numero pazienti provenienti da ospedali;					
C.	il piano di miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall’analisi dei reclami e dei disservizi;				
D.	elabora una relazione annuale in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi;				

Criterio 2. Prestazioni e servizi, indicando l'offerta delle prestazioni nell'ottica della presa in carico, garantendo, ove necessario, la continuità nell'ambito di PDTA strutturati ed espliciti, in quanto "È buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti e con i cittadini"

L'Organizzazione:

2.1 AC: TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI E DI SERVIZI EROGATI		SI	NO	NA	DA
A.	eroga le prestazioni comprese nell'ambito di quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020;				
B.	definisce, sulla base delle indicazioni regionali e aziendali, una Carta dei servizi (in conformità al requisito autorizzativo 3.2.1 AU) che assicuri la piena informazione circa l'assetto organizzativo, il <i>target</i> /tipologia dei pazienti, le modalità erogative, le modalità di accesso e di attivazione dell'assistenza e la gestione delle urgenze. La Carta dei servizi deve indicare, altresì, le modalità e la tempistica per l'accesso alla documentazione sanitaria nonché le modalità di verifica per il miglioramento continuo della qualità;				
C.	aggiorna la Carta dei servizi periodicamente e ogni qual volta intervengano modifiche sostanziali nell'erogazione dei servizi;				
2.2 AC: ELEGGIBILITÀ E PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI					
A.	assicura la presa in carico dei pazienti nell'assistenza integrata della valutazione multidimensionale dei bisogni;				
B.	la responsabilità clinica è in coerenza con quanto stabilito al punto e) dall'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020; ovvero è attribuita a: - un MMG (PLS se O.d.C. pediatrico), oppure a un medico operante nella struttura scelto tra i medici dipendenti o convenzionati con il SSN o appositamente incaricato dalla direzione della struttura - per le strutture private, un medico incaricato dalla struttura;				
C.	assicura il coinvolgimento degli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel piano assistenziale;				
D.	garantisce la presa in carico degli assistiti secondo le indicazioni regionale e aziendali anche in merito ai criteri prioritari per l'accesso e ai tempi di attesa;				
E.	adotta, a tal fine, procedure per la gestione dei percorsi e la definizione delle responsabilità;				
F.	adotta un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria;				
2.3 AC: CONTINUITÀ ASSISTENZIALE					
A.	assicura la continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare;				
B.	garantisce gli standard organizzativi e clinico assistenziali secondo quanto previsto al punto 3) dall'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020 e in conformità con quanto indicato nel requisito autorizzativo 3.1.2 AU;				
C.	individua un Referente del caso per la persona assistita, per i familiari/ <i>caregiver</i> e per gli altri operatori dell'équipe assistenziale, riportato nella cartella clinico infermieristica;				
D.	garantisce, in particolare, anche con riferimento a dimissioni protette, che:				
	a. vi sia continuità dell'informazione, continuità gestionale e continuità relazionale, anche in caso di trasferimento e/o dimissione, attraverso la definizione di modalità strutturate e l'identificazione di appositi strumenti, da inserire nella cartella clinico infermieristica;				

(segue) Criterio 2. Prestazioni e servizi, indicando l'offerta delle prestazioni nell'ottica della presa in carico, garantendo, ove necessario, la continuità nell'ambito di PDTA strutturati ed espliciti, in quanto "È buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti e con i cittadini"

L'Organizzazione:

(segue) 2.3 AC: CONTINUITÀ ASSISTENZIALE		SI	NO	NA	DA
	b. la documentazione sanitaria della persona assistita sia a disposizione di tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza;				
2.4 AC: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE					
A.	effettua l'analisi di eventi avversi, incidenti, <i>near misses</i> accaduti durante la cura, anche tramite audit, e adotta modalità per dare evidenza dei risultati agli operatori;				
B.	si attiene alle modalità previste dall'Azienda sanitaria per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, degli Specialisti e di eventuali servizi distrettuali/aziendali coinvolti nel processo di cura;				
C.	mette in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate;				
D.	adotta un sistema di monitoraggio e di valutazione quali-quantitativa delle attività erogate, in particolare in merito ai criteri di eleggibilità del paziente, di presa in carico e di continuità assistenziale, in aderenza alle indicazioni e agli indicatori previsti dalle Regioni;				
E.	adotta modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività;				
F.	effettua periodicamente (almeno una volta all'anno) una valutazione dell'andamento del sistema di gestione per la qualità e di tutti i suoi servizi, includendo:				
	a. la revisione periodica degli obiettivi e dei bisogni del cittadino,				
	b. il monitoraggio delle performance attraverso l'utilizzo di un sistema di indicatori,				
	c. i cambiamenti da apportare alle risorse umane e tecnologiche,				
	d. l'analisi della soddisfazione del paziente/cittadino,				
	e. l'analisi dei reclami,				
	f. l'analisi delle risultanze derivanti dall'esecuzione di audit interni sul sistema di gestione e sui processi,				
	g. l'analisi dei risultati delle valutazioni esterne di qualità e dei controlli di qualità interni,				
	h. lo stato delle azioni correttive e preventive;				
2.5 AC: MODALITÀ DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA					
A.	adotta procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo;				
B.	analizza i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive;				
C.	formalizza e attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.				

Critério 3. Aspetti strutturali, ad integrazione dei requisiti minimi autorizzativi, con verifica dei processi che consentono di mantenere nel tempo l'adeguatezza e la sicurezza di strutture, impianti, attrezzature, in quanto "L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse"

L'Organizzazione:

3.1 AC: IDONEITÀ ALL'USO DELLE STRUTTURE		SI	NO	NA	DA
A.	dispone di una struttura dotata dei requisiti autorizzativi generali, strutturali e tecnologici indicati;				
B.	garantisce che la sede operativa sia dotata dei locali e degli spazi idonei in rapporto alla tipologia dell'attività svolta;				
C.	assicura la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro;				
D.	garantisce il potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;				
E.	dispone di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture, dell'individuazione delle situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e della gestione delle aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Radioprotezione; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti).				
3.2 AC: DOTAZIONI INFORMATICHE					
A.	garantisce la presenza nella sede operativa di una dotazione informatica con:				
	a. <i>personal computer</i> dedicati all'attività,				
	b. almeno una stampante dedicata all'attività,				
	c. una connessione <i>internet</i> ,				
	d. dispositivi tecnologici utili alla trasmissione da remoto dei dati per il monitoraggio dell'assistenza, relativi alle prestazioni erogate in funzione degli obiettivi dell'assistenza al paziente.				

3.3 AC: GESTIONE E MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE

A.	garantisce il periodico monitoraggio dell'efficacia del programma di gestione delle infrastrutture e delle attrezzature sanitarie in relazione al livello di cure da svolgere, come da indicazioni dell'Azienda sanitaria locale di afferenza;				
B.	garantisce attività di pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura o delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.				

Criterio 4. Competenze del personale, per assicurare il possesso e il mantenimento da parte del personale delle conoscenze e abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività, in questo “L’organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”

L’Organizzazione:

4.1 AC: PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA FORMAZIONE NECESSARIA E SPECIFICA		SI	NO	NA	DA
A.	garantisce l’individuazione di un responsabile della formazione;				
B.	garantisce la definizione di un piano annuale di formazione che preveda la rilevazione dei bisogni formativi, la programmazione delle attività formative, la valutazione dell’efficacia delle stesse e della soddisfazione da parte del personale;				
C.	cura la formazione negli ambiti specifici, richiamati al punto 4.2 (nuovo personale), 6.2 (procedure), 8.1 (umanizzazione);				
4.2 AC: INSERIMENTO E ADDESTRAMENTO DI NUOVO PERSONALE					
A.	mette in atto un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il nuovo personale;				
B.	formalizza e mette in atto un processo per la valutazione dell’idoneità al ruolo dei neo assunti;				
C.	adotta e mette in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale per il nuovo personale entro il 1° anno;				
D.	prevede una valutazione dell’efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento;				
4.3 AC: VALUTAZIONE DEL PERSONALE					
A.	elabora un piano di valutazione periodica (annuale) del personale che tenga conto delle capacità relazionali e di comunicazione e delle competenze tecniche nell’ottica del miglioramento del servizio e della crescita professionale.				

Criterio 5. Comunicazione, nella consapevolezza che una buona comunicazione e relazione tra professionisti e con i pazienti costituisce garanzia e allineamento ai comportamenti professionali attesi e di partecipazione dei pazienti alla scelta di trattamento, in quanto “Una buona comunicazione e relazione fra i professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nell'erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti alla scelta di trattamento”

L'Organizzazione:

5.1 AC: MODALITÀ DI COMUNICAZIONE INTERNA ALLA STRUTTURA, PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE DEGLI OPERATORI		SI	NO	NA	DA
A.	mette in atto meccanismi operativi che favoriscono la comunicazione tra gli operatori del servizio e azioni per un eventuale miglioramento, anche con la programmazione e l'effettuazione di regolari riunioni di équipe;				
5.2 AC: MODALITÀ DI VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE TRA IL PERSONALE E L'ORGANIZZAZIONE					
A.	effettua indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori;				
B.	facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità;				
5.3 AC: MODALITÀ E CONTENUTI DELLE INFORMAZIONI DA FORNIRE ALLE PERSONE ASSISTITE E AI CAREGIVER					
A.	attuа una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/caregiver;				
B.	definisce, attuа e documenta procedure di informazione alla persona assistita e ai suoi familiari/caregiver sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle complicanze e dei rischi correlati all'assistenza (infezioni, cadute, etc.), sulla somministrazione della terapia e sulla gestione di dispositivi, protesi e ausili;				
5.4 AC: COINVOLGIMENTO DELLE PERSONE ASSISTITE; DEI SUOI FAMILIARI E CAREGIVER NELLE SCELTE CLINICO-ASSISTENZIALI					
A.	adotta modalità operative finalizzate a preservare e favorire i rapporti fiduciari tra le persone assistite e gli operatori;				
B.	garantisce che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale;				
C.	garantisce che venga prevista una rivalutazione periodica del piano di assistenza condivisa con le persone assistite, i familiari/caregiver e il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta;				
D.	mette in atto un sistema per la valutazione della efficacia della modalità di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/caregiver anche mediante l'utilizzo dei dati derivati dalla gestione dei reclami ed all'elaborazione degli esiti della rilevazione su soddisfazione ed esperienza degli utenti;				
5.5 AC: MODALITÀ DI ASCOLTO DELLE PERSONE ASSISTITE					
A.	prevede un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/caregiver, le cui conclusioni sono riportate nella cartella clinica e infermieristica;				
B.	prevede la presenza di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti;				
C.	acquisisce il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) del paziente in conformità alla normativa vigente e secondo le procedure approvate dall'Azienda sanitaria locale di riferimento;				
D.	prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (<i>Customer satisfaction</i>) anche in funzione delle disposizioni regionali.				

Criterio 6. Appropriatelyzza clinica e sicurezza , in quanto l'efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure, ed è necessario garantire che la struttura attui processi sistematici e metta a disposizione strumenti per supportare le proprie articolazioni nell'adozione delle pratiche migliori, in quanto "L'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità dell'assistenza e debbono essere monitorati"

L'Organizzazione:

6.1 AC: APPROCCIO ALLA PRATICA CLINICA SECONDO EVIDENZE SCIENTIFICHE		SI	NO	NA	DA
A.	applica tutti i protocolli, le procedure di buona pratica professionale e le istruzioni operative presenti nell'Azienda sanitaria di riferimento, formulati secondo i principi della <i>Evidence based Practice (EBP)</i> , corredati di indicatori di esito;				
B.	garantisce l'accessibilità del personale alla raccolta aggiornata di regolamenti interni, linee guida e documenti di riferimento nazionali e internazionali;				
6.2 AC: PROCEDURE OPERATIVE PER LA QUALITÀ E LA SICUREZZA DELLE CURE					
A.	applica procedure operative uniformi sulla base delle attività svolte, formulate attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura e azioni sistematiche di verifica della qualità e sicurezza, nonché alle indicazioni regionali e Aziendali, almeno per l'esecuzione delle principali manovre strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso, quali:				
	a. prevenzione e gestione delle lesioni da pressione,				
	b. prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione,				
	c. prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio),				
	d. somministrazione delle terapie farmacologiche,				
	e. somministrazione della terapia trasfusionale,				
	f. valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale,				
	g. gestione di cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici e cateteri venosi, ecc..				
h. valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario;					
B.	predispone procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT,				
C.	garantisce il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale);				
6.3 AC: PROGRAMMA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO					
A.	elabora sulla base della valutazione del rischio, già prevista nei requisiti per l'autorizzazione (punto 3.2.3 AU), il <i>piano per la gestione del rischio clinico</i> , che deve essere rivalutato in sede di rilascio e di rinnovo dell'accreditamento, in cui vengono definiti gli obiettivi, le attività per la riduzione dei rischi e gli indicatori per il monitoraggio;				
B.	definisce le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico.				
C.	presenza di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio;				
D.	applica e monitora linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, <i>check list</i> e altri strumenti per la sicurezza;				

Criterio 7. Processi di miglioramento e innovazione, con governo delle azioni di miglioramento, adozione di innovazioni tecnologiche e organizzativo-professionali e facilitazione della ricerca clinica e organizzativa per adattarsi a contesti nuovi, assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili, in quanto “Il governo delle azioni di miglioramento, dell’adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità dell’organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili”

L’Organizzazione:

7.1 AC: PROGETTI DI MIGLIORAMENTO

		SI	NO	NA	DA
--	--	----	----	----	----

A.	definisce, formalizza e diffonde a tutto il personale il programma annuale per il miglioramento della qualità dei servizi e della sicurezza, comprensivo dei relativi indicatori;				
----	---	--	--	--	--

7.2 AC: ADOZIONE DI INIZIATIVE DI INNOVAZIONE

A.	predispone strumenti adeguati, che consentono di acquisire e, quindi, utilizzare le innovazioni tecnologiche e organizzative previste dall’Azienda sanitaria di riferimento, compresa la Telemedicina, nell’ottica di un costante miglioramento qualitativo dei servizi erogati e tenendo conto anche dei fabbisogni emergenti nell’ambito dell’équipe curante.				
----	---	--	--	--	--

Criterio 8. Umanizzazione, al fine di rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, in quanto “L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture”

L’Organizzazione:

8.1 AC: PROGRAMMI PER L’UMANIZZAZIONE DELLE CURE

		SI	NO	NA	DA
--	--	----	----	----	----

A.	definisce, realizza e valuta programmi per l’umanizzazione e personalizzazione dell’assistenza nell’ottica della centralità del paziente;				
----	---	--	--	--	--

B.	garantisce la presenza di una costante formazione del personale centrata sulla qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari/caregiver nonché sulle abilità procedurali di <i>counseling</i> (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di “cattive notizie”);				
----	---	--	--	--	--

C.	attua modalità concordate con l’Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili;				
----	--	--	--	--	--

D.	vigila affinché il personale operi nel rispetto della dignità delle persone assistite tenendo conto delle differenti esigenze correlate ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, e anche delle specificità religiose e culturali.				
----	--	--	--	--	--