DECRETO DELL'ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
- n. 271 del 21 giugno 2007

PROGRAMMAZIONE - Schema di analisi (Check List) per la verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento ai sensi del Regolamento n. 3 del 31.07.2006 e della Delibera di Giunta Regionale n. 1489 del 22.09.2006. Errata Corrige.

Sul BURC n. 40 del 16 luglio 2007, per un refuso tipografico, l'Allegato del Decreto in oggetto non è stato pubblicato. Pertanto si ripubblica integralmente il Decreto Assessorile n.271 del 21 giugno 2007.

DECRETO DELL'ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
- n. 271 del 21 giugno 2007

PROGRAMMAZIONE - Schema di analisi (Check List) per la verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento ai sensi del Regolamento n. 3 del 31.07.2006 e della Delibera di Giunta Regionale n. 1489 del 22.09.2006.

L'ASSESSORE

omissis

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente riportate:

di APPROVARE lo schema di analisi contenente la Check List per la verifica dei requisiti generali e specifici di cui ai Capi II e III del Regolamento n. 3 del 31.07.2006, approvato dal CCRA nella seduta del 12.6.2007;

di TRASMETTERE il presente Decreto al Settore Programmazione, al Settore Assistenza Sanitaria e all'ARSAN per quanto di competenza, ed al BURC per la relativa pubblicazione.

21 giugno 2007

Montemarano

Assessorato alla Sanità

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA RAG 10-11-12-13: Politica, Obiettivi e piano di attività

N.B.: La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Per esplicitare le politiche complessive, gli obiettivi e le relative modalità di realizzazione, la direzione adotta un documento in cui sono riportati:	che siano valutati gli aspetti della struttura, dei processi, delle tecnologie e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) e migliorati, se necessario		
a) la missione e cioè la ragione d'essere della organizzazione ed i valori cui si ispira;	Che sia chiaramente esplicitata la missione e i valori cui si ispira l'organizzazione		
b) i campi prioritari di azione ed i metodi da adottare per raggiungere gli obiettivi che devono:	Che il documento contenga i campi prioritari di azione ed i metodi da adottare		
1.1) essere articolati nel tempo;	Che gli obiettivi siano articolati nel tempo		
1.2) risultare congruenti con gli obiettivi previsti nei documenti di programmazione sanitaria regionale.	Che gli obiettivi dell'organizzazione siano in linea con i documenti di programmazione sanitaria regionale		
2. La direzione della struttura deve coinvolgere nella elaborazione del documento tutte le articolazioni organizzative al fine di garantirne la forte condivisione dei contenuti.	Che sono state coinvolte le diverse articolazioni organizzative nella elaborazione del documento		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
3. La direzione della struttura deve altresì tenere in considerazione le indicazioni provenienti da associazioni e comitati e i suggerimenti raccolti direttamente dagli utenti attraverso comunicazioni, interviste, questionari, reclami.	Che siano state tenute in conto le indicazioni ed i suggerimenti provenienti dai cittadini-utenti, associazioni, comitati e le modalità con le quali sono state raccolte		
4. La direzione deve esplicitare a tutte le articolazioni organizzative interessate gli obiettivi e le funzioni ad esse assegnate.	Che siano stati comunicati gli obiettivi alle diverse articolazioni organizzative, e che siano state assegnate le relative funzioni.		
5. Gli obiettivi generali sono commisurati al lungo periodo di quattro anni e devono:	Che gli obiettivi generali siano adeguati al periodo di concessione dell'attestato di accreditamento		
a) essere stabiliti sia per quanto riguarda la tipologia dei servizi che la qualità delle prestazioni che si intendono erogare;	Che gli obiettivi siano stati fissati per le diverse tipologie di servizi e siano finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza erogata		
b) essere congruenti con le risorse specificamente assegnate;	Che siano compatibili con le risorse economiche		
c) essere compatibili con gli impegni che la direzione della struttura è in grado di sostenere per garantirne il raggiungimento;	Che siano sostenibili per l''organizzazione (valutando l'insieme delle risorse economiche, umane, strutturali e tecnologiche)		
d) essere motivati (sulla base del bisogno, della domanda o di un mandato).	Che siano stati fissati sulla base di valide motivazioni (bisogno di salute, domanda sanitaria o vincoli di programmazione aziendale , regionale o nazionale)		
6. Gli obiettivi specifici devono coniugare realisticamente i volumi di attività previsti, le risorse disponibili, le iniziative programmate di adeguamento delle risorse, le attività di miglioramento e i risultati attesi in termini di efficacia e di efficienza delle prestazioni.	Che il raggiungimento degli obiettivi specifici avvenga utilizzando metodologie che si basano su criteri di efficienza, efficacia, miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e appropiatezza economica.		
Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari	Che nel documento sia presente il “Piano delle attività” in cui siano stati riportati gli obiettivi specifici e “chiaramente” identicate le responsabilità per la loro attuazione.		
b) essere misurabili;	Che gli obiettivi individuati e contenuti nel Piano abbiano la caratteristica della misurabilità ovvero che possano essere valutati con appositi sistemi e/o strumenti		
c) assoggettati a scadenze (inizio e fine delle attività connesse); d) essere articolati nel tempo;	Che siano commisuarti allo specifico periodo temporale considerato e che siano stati disarticolati in diverse fasi temporali		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
e) essere sottoposti a valutazione periodica per verificare in quale misura sono stati raggiunti.	Che siano state predisposte e seguite procedure per la valutazione “sistematica” dei riultati e della verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi stessi		
Il piano di attività deve, in particolare, comprendere: a) la tipologia ed il volume di attività erogabili, in rapporto alle risorse strutturali tecnologiche ed umane presenti nella struttura ed ai limiti di spesa fissati a livello regionale e locale;	Che il “Piano delle Attività” contenga “la tipologia ed il volume di attività erogabili” desunti sulla base delle risorse disponibili (umane, tecnologiche e strutturali) e dei vincoli fissati dalla programmazione regionale e aziendale (Provvedimenti regionali e aziendali relativi ai limiti massimi di spesa e alle Capacità Operative Massime - COM)		
b) le modalità di erogazione del servizio;	Che la tipologia ed il volume di attività erogabili siano disarticolate sulla base delle modalità di erogazione (esempio: ambulatoriale, residenziale o semiresidenziale, ricovero a ciclo continuativo o di giorno, in elezione o in emergenza/urgenza, etc..).		
c) l’organigramma con il quale sono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo, definite le loro funzioni;	Che contenga l'organigramma della struttura con chiara assegnazione dei livelli di responsabilità delle articolazioni clinico-assistenziali, di servizio e di supporto tecnico-amministrativo, con chiara esplicitazioni delle loro funzioni		
d) l’assegnazione di specifiche responsabilità, autorità e risorse durante le varie fasi previste per il raggiungimento degli obiettivi specifici,	Che il Piano delle Attività contenga l'assegnazione di obiettivi e di risorse ai responsabili delle funzioni clinico-assistenziali, di servizio e di supporto tecnico-amministrativo,		
d1)comprese quelle inerenti alle revisioni o modifiche del piano stesso durante la sua realizzazione;	che siano state esplicitate le modalità di revisione e/o modifica del Piano stesso.		
e) le specifiche procedure documentate o le istruzioni da applicare;	Che l'assegnazione di obiettivi e risorse e le modalità di revisione siano riscontrabili tramite specifiche procedure o precise istruzioni documentate		
f) il metodo, le scadenze e gli strumenti, indicatori, per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici;	Che il Piano contenga uno specifico sistema di valutazione degli obiettvi costituito da indicatori di processo e di esito, con chiara indicazioni delle fasi temporali nella quali sarà realizzata la valutazione		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
g) eventuali nuove iniziative previste per conseguire gli obiettivi specifici.	Che contenga “eventualmente” particolari iniziative utile per il raggiungimento degli obiettivi prefissati		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

Diffusione - Condivisione - Motivazione

SCHEDA RAG 14 Diffusione- Condivisione - Motivazione

N.B.: La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Per garantire la comprensione, la condivisione o il rispetto degli obiettivi contenuti nel documento emesso dalla direzione della struttura esso deve essere reso disponibile al personale coinvolto direttamente o indirettamente nella erogazione del servizio, affinché tutte le attività possono essere riferite agli indirizzi che vi sono espressi.	che siano valutati gli aspetti della struttura, dei processi, delle tecnologie e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) e migliorati, se necessario		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La direzione della struttura deve sostenere la politica, gli obiettivi e il piano di attività espressi nel documento, garantendo la disponibilità delle risorse e dei mezzi necessari e assicurandosi, mediante iniziative specifiche, che il personale coinvolto lo sostenga, lo comprenda e lo attui, tenuto conto che in un'organizzazione che eroga servizi, le singole persone costituiscono una risorsa molto importante e il comportamento e le prestazioni influiscono direttamente sulla qualità dei servizi erogati.	Che siano state messe in atto iniziative specifiche, da parte della direzione della struttura, per la comprensione, l'attuazione ed il sostenimento del piano di attività.		
Per migliorare la motivazione del personale, la sua crescita, la sua capacità relazionale, la qualità delle prestazioni erogate, la direzione deve assumersi la responsabilità o designare un proprio delegato, se le dimensioni o la complessità della struttura lo richiedono, di:	Che la struttura abbia direttamente o attraverso un proprio delegato predisposto e realizzato:		
predisporre un ambiente di lavoro che stimola il miglioramento e consolida i rapporti di collaborazione;	azioni di miglioramento e di consolidazione dei rapporti		
assicurare che siano ben compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;	procedure per verificare il grado di comprensibilità degli obiettivi prefissati		
curare che tutti siano consapevoli di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito al cittadino-utente;	funzionigrammi dai quali evincere i ruoli dei singoli operatori		
verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza nella misurazione; accertare periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;	procedure per il rilevamento del livello di condivisione degli obiettivi e della motivazione		
raccogliere suggerimenti, proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza, efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati	procedure per raccogliere suggerimenti e proporre iniziative finalizzate al miglioramento della qualità		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza alla organizzazione.	proceudre per verificare i risultati delle azioni di miglioramento e per la pubblicizzazione dei risultati		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

Assessorato alla Sanità

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA RAG 15 **Risorse Umane**

N.B.: **La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste**

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
nel caso di strutture pubbliche, la direzione aziendale si attiene alle specifiche normative nazionali e regionali in materia, con particolare riferimento a quelle che disciplinano le modalità di individuazione delle dotazioni organiche e di definizione delle unità organizzative interne;	che siano valutati gli aspetti della struttura, dei processi, delle tecnologie e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) e migliorati, se necessario		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
nel caso di strutture private, il personale con rapporto di dipendenza deve garantire la continuità delle prestazioni, la gestione delle situazioni a rischio ed il regolare svolgimento dei diversi compiti di assistenza previsti, con l'adozione di un documento che riporta: 1) il fabbisogno del personale a rapporto di dipendenza definito sulla base dei volumi, delle tipologie delle attività e di quanto previsto nell'ambito dei requisiti specifici contenuti nel capo III del presente documento, per ciascuna tipologia di attività;	nel caso di strutture private, che sia presente un documento che riporti: 1) il fabbisogno del personale a rapporto di dipendenza definito sulla base dei volumi, delle tipologie delle attività e di quanto previsto nell'ambito dei requisiti specifici contenuti nel capo III del regolamento, per ciascuna tipologia di attività;		
2) la dotazione del personale a rapporto di dipendenza in servizio suddiviso per ruolo, profilo professionale e posizione funzionale,	2) la dotazione del personale a rapporto di dipendenza in servizio suddiviso per ruolo, profilo professionale e posizione funzionale,		
nonché la dotazione di personale in servizio con altra tipologia di rapporto di lavoro;	la dotazione di personale in servizio con altra tipologia di rapporto di lavoro;		
3) le procedure per assicurare la disponibilità delle consulenze specialistiche;	3) le procedure per assicurare la disponibilità delle consulenze specialistiche;		
4) il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impiegato in tutte le articolazioni organizzative;	4) il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impiegato in tutte le articolazioni organizzative;		
5) il possesso da parte del personale sanitario a rapporto di dipendenza - medico, farmacista, biologo, chimico, fisico, psicologo, infermieristico, tecnico della riabilitazione - e socio-sanitario dei requisiti di accesso che devono risultare identici a quelli richiesti per l'accesso al SSN;	5) il possesso da parte del personale sanitario a rapporto di dipendenza medico, farmacista, biologo, chimico, fisico, psicologo, infermieristico, tecnico della riabilitazione - e socio-sanitario dei requisiti di accesso che devono risultare identici a quelli richiesti per l'accesso al SSN;		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
6) la corretta applicazione, nei confronti del personale, dei contratti collettivi nazionali di lavoro di categoria.	6) che vengano correttamente applicati, nei confronti del personale i ccnl di categoria		
La programmazione dell'eventuale avvicendamento del personale deve essere tale da assicurare la continuità relazionale e la presenza di referenti per singoli pazienti.	che per i soggetti pubblici e privati che la programmazione dell'eventuale avvicendamento del personale sia tale da assicurare la continuità relazionale e la presenza di referenti per singoli pazienti.		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

Assessorato alla Sanità

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA RAG 16 **Comunicazione**

N.B.: **La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste**

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La struttura deve assicurare la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio avendo cura di verificare la chiarezza, la comprensibilità e la accessibilità delle informazioni in rapporto alla tipologia dell'utilizzatore -cittadini, istituzioni, associazioni, medici di base, comitati. Nella comunicazione con gli utenti deve essere posta anche grande attenzione al recepimento delle loro esigenze. A tal fine, la direzione predispone materiale informativo in forma sintetica a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari ed eventuali costi. Le caratteristiche del servizio devono essere diffuse tramite ogni soggetto attivo della struttura, sia come singolo, sia organizzato in gruppi.	che siano valutati gli aspetti della struttura, dei processi, delle tecnologie e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) e migliorati, se necessario		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La comunicazione deve essere efficace per informare su: a) tipologia, disponibilità e realizzazione del percorso assistenziale;	che le informazioni riguardino: a) tipologia, disponibilità e realizzazione del percorso assistenziale;		
b) oneri a carico del paziente;	b) oneri a carico del paziente;		
c) relazioni fra servizio atteso, servizio percepito ed oneri sostenuti dal paziente;	c) relazioni fra servizio atteso, servizio percepito ed oneri so-stenuti dal paziente;		
d) possibilità da parte del paziente di contribuire a migliorare la qualità del servizio.	d) possibilità da parte del paziente di contribuire a migliorare la qualità del servizio.		
In particolare la persona o il tutore deve essere informata sulla malattia, sulle eventuali disabilità ad essa correlate, sulle possibili evenienze della fase successiva al percorso assistenziale e amministrativo, in modo che sia in grado di gestire tale fase.	che ci sia evidenza che il paziente (o il suo tutore) sia anche informato sulla malattia sulle eventuali disabilità ad essa correlate, sulle possibili evenienze della fase successiva al percorso assistenziale e amministrativo, in modo che sia in grado di gestire tale fase		
L'informazione alla persona deve essere garantita con: a) criteri espliciti di erogazione delle prestazioni;	che l'informazione alla persona sia garantita con: a) criteri espliciti di erogazione delle prestazioni;		
b) informazione alla persona e ai famigliari sulla codifica di gravità assegnata; .	b) informazione alla persona e ai famigliari sulla codifica di gravità assegnata;		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
c) identificazione di un operatore referente;	c) identificazione di un operatore referente;		
d) indicazione dei tempi e luoghi per effettuare l'informazione	d) indicazione dei tempi e luoghi per effettuare l'informazione.		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA RAG 17-18 Carta dei Servizi

N.B.: La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
I soggetti erogatori di servizi sanitari revisionano e pubblicizzano, in conformità al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 2005, la carta dei servizi che costituisce un obbligo di legge ed offre alla organizzazione l'opportunità di rivedere e gestire i propri processi in efficienza, focalizzandoli sulla soddisfazione dell'utente, partendo dalla definizione degli impegni circa il servizio da erogare.	che siano valutati gli aspetti della struttura, dei processi, delle tecnologie e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) e migliorati, se necessario		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La carta è redatta con la consultazione delle categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative del collettivo dell'utenza. Del processo di consultazione deve esistere documentazione scritta al fine di preservare l'evidenza del contributo di ognuno.	che esista una documentazione scritta del processo di consultazione delle categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative del collettivo dell'utenza.		
La carta dei servizi sanitari è il patto tra le strutture del SSN ed i cittadini, secondo i seguenti principi informatori: a) imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi; b) piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi; c) definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa; d) organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti dei cittadini; e) ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento.	che la Carta sia stata redatta sulla base dei seguenti principi: a) imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi; b) piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi; c) definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa; d) organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei dirit-ti dei cittadini; e) ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rap-presentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento.		
La carta dei servizi recepisce gli obiettivi di qualità espressi dalla struttura e riporta in modo chiaro e comprensibile: a) l'azienda sanitaria e i principi fondamentali;	che la Carta dei Servizi riporti in modo chiaro e comprensibile i seguenti aspetti: a) la descrizione dell'azienda e dei suoi principi fondamentali;		
b) informazioni sulle strutture e servizi forniti;	b) informazioni sulle strutture e servizi forniti;		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
c) standard di qualità, impegni e programmi;	c) standard di qualità, impegni e programmi;		
d) meccanismi di tutela e verifica.	d) meccanismi di tutela e verifica.		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

_____

Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA RAG 19 **Comunicazione interna**

N.B.: **La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste**

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La comunicazione interna garantisce che i principi, gli obiettivi che si prefigge e quanto la struttura pianifica per raggiungerli, siano condivisi, per il coinvolgimento, la motivazione e l' aumento del senso di appartenenza degli operatori. 2. La direzione istituisce specifiche figure di riferimento, in modo che il personale svolga correttamente e con alto grado di motivazione le attività assegnate per:	che siano valutati gli aspetti della struttura, dei processi, delle tecnologie e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) e migliorati, se necessario		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
a) assicurare che siano compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità;	a) assicurare che siano compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità;		
b) curare che ciascuno sia consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito all'utente;	b) curare che ciascuno sia consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito all'utente;		
c) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza (validità e affidabilità) nella misurazione;	c) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza (validità e affidabilità) nella misurazione;		
d) accertare periodicamente la motivazione del personale nel provvedere alla qualità del servizio (questionari, reclami, suggerimenti);	d) accertare periodicamente la motivazione del personale nel provvedere alla qualità del servizio (questionari, reclami, suggerimenti);		
e) evidenziare al personale il grado di raggiungimento degli obiettivi di qualità;	e) evidenziare al personale il grado di raggiungimento degli obiettivi di qualità;		
f) raccogliere suggerimenti, favorire opportunità di incontro per analizzare le criticità e proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza ed efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;	f) raccogliere suggerimenti, favorire opportunità di incontro per analizzare le criticità e proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza ed efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;		
g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza a tutto il personale.	g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza a tutto il personale.		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
I metodi di comunicazione possono comprendere: a) incontri informativi della direzione; b) riunioni per scambi di informazioni; c) informazioni documentate; d) mezzi informatici.	che la Direzione della struttura abbia individuato e messo in atto procedure di comunicazione con il personale e che sia prevista l'utilizzo di uno o più dei seguenti metodi: a) incontri informativi della direzione; b) riunioni per scambi di informazioni; c) informazioni documentate; d) mezzi informatici.		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA RAG 20-21-22-23-24-25 **Gestione attrezzature**

N.B.: La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
L'acquisizione delle attrezzature è pianificata in modo documentato da assicurare le prestazioni previste dal piano di attività in coerenza con gli obiettivi del piano medesimo.	che siano valutati gli aspetti della struttura, dei processi, delle tecnologie e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) e migliorati, se necessario		
Un programma di acquisto delle attrezzature in generale e, in particolare, delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici è previsto al fine di tenere conto: a) dell'evoluzione delle tipologie dei servizi;	che il documento di programmazione sia stato elaborato tenendo conto di: a) dell'evoluzione delle tipologie dei servizi;		
b) dell'obsolescenza;	b) dell'obsolescenza;		
c) dell'adeguamento alle norme tecniche;	c) dell'adeguamento alle norme tecniche;		
d) della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.	d) della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
che la direzione della struttura adotta un inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico per: a) soddisfare gli obblighi di legge;	che la direzione della struttura abbia adottato un inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico per:		
b) disporre di dati riassuntivi;	b) disporre di dati riassuntivi;		
c) permettere la rintracciabilità delle attrezzature biomediche;	c) permettere la rintracciabilità delle attrezzature biomediche;		
d) fare le analisi per stabilire dei criteri di sostituzione, al fine d programmare gli investimenti tecnologici, tenendo conto dell' obsolescenza del parco macchine e delle singole tipologie di apparecchiature biomediche.	d) fare le analisi per stabilire dei criteri di sostituzione, al fine d programmare gli investimenti tecnologici, tenendo conto dell' obsolescenza del parco macchine e delle singole tipologie di apparecchiature biomediche.		
Le informazioni raccolte e rese disponibili sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzatura, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione: acquisto, noleggio, leasing, donazione, in service.	che l'inventario sia stato predisposto in modo tale da rendere disponibili le informazioni raccolte sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzatura, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione.		
Le apparecchiature temporaneamente disattivate sono immagazzinate, protette,	che le apparecchiature temporaneamente disattivate siano state immagazzinate e protette		
verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire che i requisiti di precisione, accuratezza e validità, siano soddisfatti al momento del riutilizzo.	che esista evidenza per dette attrezzature di verifiche e controlli ad intervallo idonei per garantire che i requisiti di precisione, accuratezza e validità, siano soddisfatti al momento del riutilizzo		
La manutenzione è garantita da apposito personale tecnico - professionale sia interno che esterno.	che sia stato incaricato della manutenzione delle apparecchiature biomediche in uso apposito personale tecnico-professionale (sia interno che esterno)		
Il piano per la manutenzione delle apparecchiature biomediche tiene conto delle: a) indicazioni relative alla sicurezza in uso;	che sia stato redatto il Piano per la manutenzione delle apparecchiature biomediche che preveda: a) indicazioni relative alla sicurezza in uso;		
Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari	b) necessità di manutenzione mediante le indicazioni contenute nei manuali di servizi;		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
c) indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.	c) indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.		
Il piano di manutenzione generale è articolato sulla base delle criticità dell'apparecchiatura biomedica per il risultato essenziale, distinguendo fra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Il piano di manutenzione che tende a garantire i necessari standards qualitativi delle prestazioni fornite e di sicurezza, deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica	che il Piano di manutenzione sia stato articolato per ogni singola apparecchiatura biomedica con le indicazioni degli interventi di manutenzione preventiva, correttiva e di specifici controlli periodici tesi a garantire sicurezza e funzionalità		
e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore.	che il Piano di manutenzione sia stato reso noto ai diversi livelli operativi		
E' importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione per la sua attività.	che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione per la sua attività.		
Il piano di manutenzione per le apparecchiature biomediche deve: a) identificare tutte le apparecchiature che possono influire sulla qualità del servizio offerto,	che nel Piano di manutenzione siano state identificate le apparecchiature che possono influire sulla qualità del servizio offerto		
controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte dì campioni certificati riconosciuti nazionali.	che tali apparecchiature siano state sottoposte a controlli e messe a punto ad intervalli prestabiliti o prima dell'uso ed effettuati con campioni certificati.		
In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;	che in mancanza di tali campioni i controlli siano stati stati effettuati con criteri definiti e documentati		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
b) definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;	che nel Piano di manutenzione sia stato definito il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;		
c) definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;	che nel Piano di manutenzione sia stato definito il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;		
c) definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;	che esista documentazione comprovante l'esito dei controlli di funzionalità e sicurezza effettuati ed i provvedimenti adottati qualora i risultati non siano stati soddisfacenti		
d) identificare 1e apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;	che tutte le apparecchiature biomediche siano state identificate mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;		
e) conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;	che le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche siano state conservate		
f) assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;	che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo		
g) assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;	che sia stata predisposta ed eseguita una procedura che assicuri che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche sia idonea a mantenerne l'accuratezza e l'idoneità richiesta;		
h) evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicarne il controllo funzionale e di sicurezza.	che esista evidenza, dopo ogni intervento, della piena funzionalità e sicurezza		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Gli interventi di manutenzione correttiva e preventiva, compresi i controlli di funzionalità e sicurezza sulle apparecchiature biomediche in dotazione, devono essere documentati.	che le registrazioni relative agli interventi di manutenzione correttiva e preventiva, compresi i controlli di funzionalità e sicurezza sulle apparecchiature biomediche, siano documentati.		
Per ogni apparecchiatura biomedica esiste una documentazione cartacea o preferibilmente elettronica, che riporta i dati significativi per ogni intervento di manutenzione eseguito.	che per ogni apparecchiatura biomedica esista una documentazione cartacea o preferibilmente elettronica, che riporta i dati significativi per ogni intervento di manutenzione eseguito		
Per ogni apparecchiatura biomedica esiste una documentazione cartacea o preferibilmente elettronica, che riporta i dati significativi per ogni intervento di manutenzione eseguito.	che esista un archivio degli interventi di manutenzione eseguiti, cartaceo o preferibilmente elettronico,		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

Assessorato alla Sanità

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA RAG 26-27-28 **Formazione**

N.B.: La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La direzione della struttura adotta un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile normalizza le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.	che siano valutati gli aspetti della struttura, dei processi, delle tecnologie e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) e migliorati, se necessario		
I criteri di valutazione possono essere individuati per consentire la copertura di un determinato ruolo sia al personale di nuova acquisizione, sia a quello da destinare a nuove mansioni.	che siano state adottate specifiche procedure per soddisfare le esigenze di inserimento, affiancamento ed addestramento del personale di nuova acquisazione e di quello da destinare a nuove mansioni		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Le necessità di addestramento sono programmate tenendo presente: a) i tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste; b) il turn over del personale; c) la numerosità dello stesso.	che le necessità di addestramento (e di affiancamento) siano state programmate tenendo presente: a) i tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste; b) il turn over del personale; c) la numerosità dello stesso.		
La struttura organizzativa identifica le esigenze di affianca-mento e di addestramento del personale e predispone attive procedure documentate per gestirle.	che esistano archivi nominativi dai quali si evincono le procedure e gli strumenti utilizzati, nonché le capacità tecniche conseguite nella fase dell'addestramento		
La direzione della struttura assume o assegna la responsabilità di coordinamento delle attività di formazione e di aggiornamento	che la direzione della struttura abbia formalmente assunto o delegato la responsabilità di coordinamento delle attività di formazione ed aggiornamento		
La direzione della struttura assume o assegna la responsabilità di coordinamento delle attività di formazione e di aggiornamento, le cui funzioni sono: a) individuare le esigenze formative;	che alla funzione di coordinamento siano state attribuite le competenze di: a) individuare le esigenze formative;		
b) determinare gli strumenti e le risorse per far fronte a tali esigenze;	b) determinare gli strumenti e le risorse per far fronte a tali esigenze;		
c) prefissare le priorità di intervento formativo sulla base del budget disponibile e delle linee strategiche della direzione;	c) prefissare le priorità di intervento formativo sulla base del budget disponibile e delle linee strategiche della direzione;		
d) selezionare i criteri per il personale da aggiornare e formare;	d) selezionare i criteri per il personale da aggiornare e formare;		
e) specificare gli indicatori, per misurare l’efficacia (impatto) degli interventi formativi;	e) specificare gli indicatori, per misurare l’efficacia (impatto) degli interventi formativi;		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
f) pianificare sia le attività sulla base delle esigenze formative richieste dal Programma Nazionale per la Formazione Continua -ECM-, sia quelle volte alla valutazione dell'efficacia degli interventi formativi.	f) pianificare sia le attività sulla base delle esigenze formative richieste dal Programma Nazionale per la Formazione Continua -ECM-, sia quelle volte alla valutazione dell'efficacia degli interventi formativi.		
La struttura prevede metodi (relazioni, meeting settimanali, incontri mensili, pubblicazioni) volti a garantire che le conoscenze maturate all'esterno vengano condivise con tutto il personale interessato;	Che siano stati previsti ed attuati metodi (relazioni, meeting settimanali, incontri mensili, pubblicazioni) volti a garantire che le conoscenze maturate all'esterno vengano condivise con tutto il personale interessato		
individua e rende noti e agibili punti di raccolta delle informazioni - riviste, archivi, pubblicazioni, relazioni - necessarie all'aggiornamento professionale del personale, valuta annualmente i risultati complessivi di soddisfazione e di impatto dell' attività formativa.	che siano stati individuati, resi noti ed agibili punti di raccolta delle informazioni - riviste, archivi, pubblicazioni, relazioni - necessarie all'aggiornamento professionale del personale		
valuta annualmente i risultati complessivi di soddisfazione e di impatto dell' attività formativa.	che esista evidenza della valutazione annuale dei risultati complessivi di soddisfazione e di impatto dell' attività formativa		
Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari	che il personale sanitario abbia conseguito ogni anno i crediti formativi previsti dal Programma Nazionale per la Formazione Continua – ECM		
La struttura predispone la programmazione e le specifiche procedure che prevedono: a) la facilitazione all'inserimento delle risorse di nuova acquisizione o assegnate a nuove mansioni mediante la fornitura delle informazioni necessarie;	che la struttura abbia programmato ed individuato specifiche procedure per: a) la facilitazione all'inserimento delle risorse di nuova acquisizione o assegnate a nuove mansioni mediante la fornitura delle informazioni necessarie;		
b) l'affiancamento a personale esperto al fine di armonizzare i tempi necessari a rendere pienamente operative le nuove risorse dal punto di vista tecnico, gestionale, di servizio;	b) l'affiancamento a personale esperto al fine di armonizzare i tempi necessari a rendere pienamente operative le nuove risorse dal punto di vista tecnico, gestionale, di servizio;		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
c) l'addestramento di tutto il personale interessato per abilitarlo a gestire sistemi, apparecchiature ed attrezzature sia in uso che di nuova introduzione;	c) l'addestramento di tutto il personale interessato per abilitarlo a gestire sistemi, apparecchiature ed attrezzature sia in uso che di nuova introduzione;		
d) la formazione e l'aggiornamento secondo le necessità riconosciute di sviluppo personale e del servizio.	d) la formazione e l'aggiornamento secondo le necessità riconosciute di sviluppo personale e del servizio.		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA RAG 29-30-31-32-33 **Gestione della documentazione**

N.B.: **La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste**

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La documentazione, che descrive il sistema gestionale e operativo, rappresenta l'evidenza oggettiva della struttura organizzativa e tecnica; aderisce alla sua realtà operativa, e per seguirne l'evolversi, è organizzata in maniera flessibile con gerarchia di contenuti ed articolata in differenti livelli, che individuano i rispettivi destinatari e le modalità di distribuzione.	che siano valutati gli aspetti della struttura, dei processi, delle tecnologie e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) e migliorati, se necessario		
La documentazione contiene i dati necessari al riscontro oggettivo delle attività svolte al fine di raccogliere ed elaborare gli stessi al fine di fornire informazioni relativamente al: a) grado di conseguimento degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici;	che la documentazione contenga i dati necessari al riscontro oggettivo delle attività svolte e che sia in grado di fornire informazioni relativamente a: a) grado di conseguimento degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici;		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
b) livello di soddisfazione degli utenti circa la qualità del servizio;	b) livello di soddisfazione degli utenti circa la qualità del servizio;		
c) risultato di verifica delle attività;	c) risultato di verifica delle attività;		
d) risultato dei piani di miglioramento;	d) risultato dei piani di miglioramento;		
e) analisi per l'individuazione delle tendenze di qualità;	e) analisi per l'individuazione delle tendenze di qualità;		
f) azione correttiva e la sua efficacia;	f) azione correttiva e la sua efficacia;		
g) idoneità delle prestazioni dei fornitori;	g) idoneità delle prestazioni dei fornitori;		
h) addestramento e competenza del personale;	h) addestramento e competenza del personale;		
i) confronto con dati nazionali di riferimento.	i) confronto con dati nazionali di riferimento.		
La documentazione che dispone prescrizioni generali e specifiche per l'erogazione del servizio deve essere leggibile, datata (incluse le date di revisione), chiara ed identificabile. In funzione della tipologia di documento, sono fissati metodi per controllare l'emissione, la distribuzione e la revisione.	che la documentazione che dispone prescrizioni generali e specifiche per l'erogazione del servizio sia leggibile, datata (incluse le date di revisione), chiara ed identificabile.		
I metodi di cui al comma 1 assicurano che i documenti siano: a) approvati dal personale autorizzato;	che siano stati fissati e siano applicati metodi per il controllo dell'emissione, distribuzione e revisione dei documenti in funzione della loro tipologia e che essi siano in grado di assicurare che essi siano: a) approvati dal personale autorizzato;		
b) emessi e resi disponibili nelle aree dove l'informazione è necessaria;	b) emessi e resi disponibili nelle aree dove l'informazione è necessaria;		
c) compresi e accettati da parte di coloro che devono utilizzarli;	c) compresi e accettati da parte di coloro che devono utilizzarli;		
Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei	d) facilmente rintracciabili;		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
e) esaminati per ogni necessaria revisione;	e) esaminati per ogni necessaria revisione;		
f) ritirati o distrutti quando superati.	f) ritirati o distrutti quando superati.		
I documenti e i dati, prima dell'emissione, sono verificati e approvati da personale autorizzato ai fini della loro adeguatezza.	che i documenti ed i dati emessi siano stati vistati da personale autorizzato a conferma della avvenuta approvazione e verifica ai fini della loro adeguatezza		
Un elenco generale, preparato e reso disponibile, o altra equivalente forma di controllo, indica lo stato di revisione dei documenti in vigore per impedire l'utilizzo di quelli non più validi o superati.	che siano state predisposte forme di controllo (esempio elenco generale preparato e reso disponibile riportante lo stato di revisione dei documenti in vigore) per impedire l'utilizzo di documenti non più validi o superati		
Il sistema di controllo, di cui al comma 2 assicura che: a) siano disponibili i documenti necessari in tutti i luoghi ove si svolgono le attività essenziali per garantire la qualità del servizio;	che il controllo sia in grado di assicurare che a) siano disponibili i documenti necessari in tutti i luoghi ove si svolgono le attività essenziali per garantire la qualità del servizio;		
b) siano prontamente rimossi da tutti i centri di emissione o di utilizzazione documenti non validi ovvero superati, per evitare un loro uso indesiderato;	b) siano prontamente rimossi da tutti i centri di emissione o di utilizzazione documenti non validi ovvero superati, per evitare un loro uso indesiderato;		
c) siano identificati i documenti superati e conservati per motivi legali e di conservazione delle conoscenze.	c) siano identificati i documenti superati e conservati per motivi legali e di conservazione delle conoscenze.		
La distribuzione dei documenti modificati è curata dalla funzione che li ha emessi e sottoposti a modifica, ovvero dal responsabile incaricato dell'archiviazione e gestione; la stessa funzione garantisce l'eliminazione dei documenti superati.	che sia stata predisposta ed attuata una procedura che preveda a) La distribuzione dei documenti modificati sia curata dalla funzione che li ha emessi e sottoposti a modifica, ovvero dal responsabile incaricato dell'archiviazione e gestione b) che garantisca l'eliminazione dei documenti superati.		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La distribuzione da parte dell'emittente può arrivare fino al trasferimento della documentazione ai responsabili di altre funzioni,	che sia stata predisposta ed attuata una procedura che preveda a) La distribuzione della documentazione da parte dell'emittente possa arrivare fino al trasferimento della documentazione ai responsabili di altre funzioni,		
i quali provvedono alla distribuzione interna, garantendone l'attribuzione di responsabilità e la rintracciabilità.	b) che tali responsabili di altre funzioni provvedano alla distribuzione interna, garantendone l'attribuzione di responsabilità e la rintracciabilità.		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

Assessorato alla Sanità

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA RAG 34-35-36-37 **Gestione del dato**

N.B.: **La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste**

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Il sistema di gestione del dato è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito al fine di: a) sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi della struttura; b) fornire il ritorno informativo alle articolazioni organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza; c) rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovr ordinati.	che siano valutati gli aspetti della struttura, dei processi, delle tecnologie e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) e migliorati, se necessario		
I dati di origine generati dallo svolgimento delle attività sono definiti e coerenti con gli obiettivi della struttura, per garantire che le informazioni generate siano oggettive ed attendibili	che i dati di origine generati dallo svolgimento delle attivà siano coerenti con gli obiettivi della struttura e tali da garantire informazioni oggettive ed attendibili		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La struttura della gestione del dato è dotata di un sistema informativo per la corretta gestione dei documenti che dispone prescrizioni generali e specifiche allo svolgimento delle attività finalizzate all'erogazione del servizio.	che per la gestione del dato la struttura sia dotata di un sistema informativo per la corretta gestione dei documenti che dispone prescrizioni generali e specifiche allo svolgimento delle attività finalizzate all'erogazione del servizio.		
A tale scopo, la direzione assicura: a) l'individuazione dei bisogni informativi della organizzazione; b) la struttura del sistema informativo (e cioè la sua identificazione e la sua articolazione);	che la struttura disponga di un sistema informativo realizzato sulla rilevazione dei bisogni informatici delle sue articolazioni		
le modalità di raccolta dei dati relativi alle attività svolte;	che tale sistema permetta di elaborare i dati raccolti relativi alle attività svolte		
la valutazione della qualità del dato (riproducibilità, accuratezza, completezza);	che sia valutata la qualità del dato (riproducibilità, accuratezza, completezza)		
la diffusione ed utilizzo delle informazioni generate dall'elaborazione dei dati.	che sia assicurata la diffusione e l'utilizzo dell'informazioni generate dall'elaborazione		
E' individuato un referente del sistema informativo, responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.	che sia stato individuato un referente del sistema informativo, responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.		
La struttura predispone procedure che individuano modalità di registrazione dei dati per dimostrare il conseguimento della qualità richiesta e l'efficacia del sistema qualità, contribuendo alla crescita di un tangibile patrimonio di conoscenze.	che la struttura abbia predisposto procedure che individuano modalità di registrazione dei dati per dimostrare il conseguimento della qualità richiesta e l'efficacia del sistema qualità		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La struttura produce e conserva i documenti per dimostrare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e valutare l'opportunità di attuare interventi di vario tipo, quali in particolare: a) modifiche alle modalità di erogazione del servizio; b) programmi di miglioramento; c) sperimentazioni; d) nuovi progetti; e) interventi sui costi.	che la struttura produca e conservi i documenti per dimostrare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e valutare l'opportunità di attuare interventi di vario tipo, quali in particolare: a) modifiche alle modalità di erogazione del servizio; b) programmi di miglioramento; c) sperimentazioni; d) nuovi progetti; e) interventi sui costi.		
I dati raccolti sono utilizzati in modo proficuo se sono soddisfatte alcune condizioni, come quelle elencate di seguito: a) essere conosciuti; b) essere ordinati, accessibili, organizzati; c) essere leggibili ed interpretabili con facilità; d) essere supportati dalle descrizioni atte a chiarire su quali basi sono stati prodotti ed entro quali limiti mantengono la loro significatività.	che i dati raccolti posseggano le seguenti caratteristiche: a) essere conosciuti; b) essere ordinati, accessibili, organizzati; c) essere leggibili ed interpretabili con facilità; d) essere supportati dalle descrizioni atte a chiarire su quali basi sono stati prodotti ed entro quali limiti mantengono la loro significatività.		
I documenti di registrazione dei dati e le informazioni generate dalla loro elaborazione sono conservati in condizioni ambientali e di ordine per evitare possibili danneggiamenti e permetterne la rintracciabilità.	che i documenti di registrazione dei dati e le informazion generate dalla loro elaborazione siano conservati in condizioni ambientali e di ordine per evitare possibili danneggiamenti e permetterne la rintracciabilità.		
E' stabilito il tempo di conservazione per il quale occorre tener presente i seguenti aspetti: a) necessità di consultazione; b) rispetto delle disposizioni vigenti.	che sia stato stabilito il tempo di conservazione dei dati in relazione alle necessità di consultazione e dal rispetto delle disposizioni vigenti		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
che nel caso di utilizzo di supporti informatici la struttura adotti opportune procedure di accesso, protezione dei dati e conservazione nel caso di utilizzo di supporti informatici (archivi elettronici).	che nel caso di utilizzo di supporti informatici (archivi elettronici) la struttura adotti opportune procedure di accesso, protezione dei dati e conservazione		

Deve essere identificat

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

Assessorato alla Sanità

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA RAG 38-39-40-41 **Verifica dei risultati**

N.B.: La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La direzione della struttura è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitano e consentono la promozione e il supporto ad attività valutative.	che siano valutati gli aspetti della struttura, dei processi, delle tecnologie e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) e migliorati, se necessario		
La direzione della struttura assegna responsabilità specifiche di controllo periodico delle attività al fine di assicurare la continua adeguatezza ed efficacia per il conseguimento degli obiettivi generali e specifici.	che abbia provveduto ad assegnare responsabilià specifiche di controllo periodico delle attività al fine di assicurare la continua adeguatezza ed efficacia per il conseguimento degli obiettivi generali e specifici.		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Il personale che attua il processo di erogazione del servizio è investito di responsabilità delle seguenti valutazioni sistematiche: a) aderenza alle specifiche di realizzazione del servizio;	che al che personale che attua il processo di erogazione de servizio sia stata attribuita la responsabilità delle seguenti valutazioni sistematiche: a) aderenza alle specifiche di realizzazione del servizio;		
b) controllo continuo che le specifiche di servizio siano soddisfatte;	b) controllo continuo che le specifiche di servizio siano soddisfatte;		
c) aggiustamento del processo al verificarsi di deviazioni.	c) aggiustamento del processo al verificarsi di deviazioni.		
La valutazione dei risultati e del servizio da parte della direzione si svolge su dati oggettivi, in collaborazione con tutti gli operatori, e si sviluppa al livello delle articolazioni organizzative utilizzando personale interno preparato allo scopo.	che ci sia evidenza che la valutazione dei risultati e del servizio da parte della direzione si svolge su dati oggettivi, in collaborazione con tutti gli operatori, e si sviluppa al livello delle articolazioni organizzative utilizzando personale interno preparato allo scopo.		
La valutazione di cui al comma 1 verifica: a) il grado di conoscenza e condivisione del personale delle modalità operative pianificate e dei criteri di registrazione dei dati generati dallo svolgimento delle attività;	Che la valutazione dei risultati e del servizio da parte della direzione riguardi: a) il grado di conoscenza e condivisione del personale delle modalità operative pianificate e dei criteri di registrazione dei dati generati dallo svolgimento delle attività;		
b) il grado di applicazione e applicabilità delle modalità operative pianificate al fine di valutare l'adeguatezza delle risorse umane (professionalità e numero) e materiali (idoneità e disponibilità all'uso) messe a disposizione della struttura;	b) il grado di applicazione e applicabilità delle modalità operative pianificate al fine di valutare l'adeguatezza delle risorse umane (professionalità e numero) e materiali (idoneità e disponibilità all'uso) messe a disposizione della struttura;		
c) il grado di adeguatezza dei processi operativi per garantire sia il livello qualitativo delle prestazioni dei servizi, sia il raggiungimento degli obiettivi specifici programmati.	c) il grado di adeguatezza dei processi operativi per garantire sia il livello qualitativo delle prestazioni dei servizi, sia il raggiungimento degli obiettivi specifici programmati.		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La valutazione dei risultati della struttura è continua e svolta su dati oggettivi per individuare e perseguire azioni di miglioramento.	che la valutazione dei risultati della struttura sia continua e sia svolta su dati oggettivi.		
I criteri di registrazione dei dati per l'analisi riguardano: a) le attività rilevanti di ogni servizio che hanno influenza sulla efficacia dell' organizzazione;	che i criteri di registrazione dei dati per l'analisi riguardino: a) le attività rilevanti di ogni servizio che hanno influenza sulla efficacia dell' organizzazione;		
b) le caratteristiche delle attività che devono essere misurate e controllate per assicurare la qualità del servizio (indicatori);	b) le caratteristiche delle attività che devono essere misurate e controllate per assicurare la qualità del servizio (indicatori);		
c) i metodi di valutazione delle caratteristiche scelte a riferimento;	c) i metodi di valutazione delle caratteristiche scelte a riferimento;		
d) i mezzi per controllare le caratteristiche al fine di mantenerle entro i limiti stabiliti (standard).	d) i mezzi per controllare le caratteristiche al fine di mantenerle entro i limiti stabiliti (standard).		
Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari	che siano state previste procedure per il controllo e adeguamento del sistema di misurazione del servizio per provare validità e affidabilità di tutte le misure, incluse inchieste e questionari di soddisfazione dell'utente.		
La struttura prevede punti di misura e frequenze di misurazione per la rappresentazione dell'andamento nel tempo e stabilisce le responsabilità della misurazione.	che la struttura abbia previsto punti di misura e frequenze di misurazione per la rappresentazione dell'andamento nel tempo e abbia stabilito le responsabilità della misurazione		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Sono redatte procedure o istruzioni sui dati da raccogliere, indicando come, dove e da chi sono rilevati e quale modulistica è utilizzata per la registrazione.	che siano state redatte procedure o istruzioni sui dati da raccogliere, indicando come, dove e da chi sono rilevati e quale modulistica è utilizzata per la registrazione		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA RAG 42-43-44-45-46-47-48 **Miglioramento della qualità**

N.B.: La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Gli aspetti della struttura, dei processi e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) sono valutati e migliorati se necessario. La valutazione delle tecnologie è strumento per la misurazione dell'efficacia dei metodi dell'assistenza sanitaria. Oggetto di valutazione sono sia i metodi nuovi, sia quelli conosciuti da tempo e stabilizzati di prevenzione, diagnosi e terapia.	che siano valutati gli aspetti della struttura, dei processi, delle tecnologie e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) e migliorati, se necessario		
Le opinioni dei soggetti coinvolti, operatori sanitari, pazienti, finanziatori, autorità, sulla buona qualità dell'assistenza sanitaria sono incluse nelle attività di valutazione e miglioramento della qualità.	che le opinioni dei soggetti coinvolti, operatori sanitari, pazienti, finanziatori, autorità, sulla buona qualità dell'assistenza sanitaria siano state incluse nelle attività di valutazione e miglioramento della qualità.		
Nel creare le condizioni per il miglioramento della qualità del servizio, occorre: a) incoraggiare e sostenere uno stile direzionale che sia d'aiuto;	che siano state create le condizioni per il miglioramento della qualità del servizio, attraverso: a) l'incoraggiamento e sostenegno di uno stile direzionale che sia d'aiuto;		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
b) promuovere i valori, gli atteggiamenti ed i comportamenti che incoraggiano il miglioramento;	b) la promozione deii valori, gli atteggiamenti ed i comportamenti che incoraggiano il miglioramento;		
c) definire chiari traguardi per il miglioramento della qualità;	c) la definizione di chiari traguardi per il miglioramento della qualità;		
d) incoraggiare una comunicazione efficace e il lavoro di gruppo;	d) l'incoraggiamento di una comunicazione efficace e il lavoro del gruppo;		
e) riconoscere i successi ed i risultati ottenuti;	e) il riconoscimento dei successi ed i risultati ottenuti;		
f) formare ed addestrare per il miglioramento.	f) la formazione e l'addestramento per il miglioramento.		
Attraverso la pianificazione e il coinvolgimento del personale operativo si persegue il miglioramento con l'identificazione e la segnalazione di servizi o di situazioni diverse dal pianificato di modo che diventino dovere e responsabilità d'ogni membro della struttura.	che il miglioramento della qualità sia perseguito attraverso la pianificazione ed il convolgimento del personale con la segnalazione di servizi o di situazioni diverse dal pianificato		
La struttura attua azioni preventive per l'eliminazione o la riduzione della ricorrenza del problema.	che la struttura abbia messo in atto azioni preventive per l'eliminazione o la riduzione della ricorrenza del disservizio		
Le attività di miglioramento della qualità del servizio sono mirate al conseguimento di miglioramenti nel breve e lungo termine e comprendono: a) l'identificazione dei dati pertinenti da raccogliere;	che le attività di miglioramento della qualità siano mirate per raggiungere risultati a breve e lungo termine e che comprendono: a) l'identificazione dei dati pertinenti da raccogliere;		
b) l'analisi dei dati, dando priorità a quelle attività aventi il maggior impatto negativo sulla qualità del servizio;	b) l'analisi dei dati, dando priorità a quelle attività aventi il maggior impatto negativo sulla qualità del servizio;		
c) le informazioni di ritorno, sui risultati delle analisi verso la direzione della struttura con raccomandazioni per il miglioramento immediato del servizio	c) le informazioni di ritorno, sui risultati delle analisi verso la direzione della struttura con raccomandazioni per il miglioramento immediato del servizio		
Gli obiettivi del miglioramento sono specificati per ogni articolazione organizzativa, e sono strettamente integrati con gli obiettivi generali definiti dalla direzione della struttura, tenendo conto della soddisfazione dell'utente e dell'efficacia ed efficienza dei processi.	che gli obiettivi del miglioramento siano stati specificati per ogni articolazione organizzativa e che siano strettamente integrati con gli obiettivi generali definiti dalla direzione della struttura, tenendo conto della soddisfazione dell'utente e dell'efficacia ed efficienza dei processi.		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari	che gli obiettivi del miglioramento siano: a) misurabili nella realizzazione; b) assoggettati a scadenza; c) chiaramente comprensibili; d) pertinenti.		
I responsabili dei piani di miglioramento predispongono una metodologia di lavoro, mirata all'efficienza e all'efficacia del complesso di attività di servizio delle strutture.	che sia stato individuato un responsabile per le attività di miglioramento che abbia predisposto e realizzato piani di miglioramento		
La struttura effettua valutazioni e misurazioni continue della soddisfazione dell'utente, focalizzando su quanto i requisiti del servizio (comprese le modalità di erogazione) soddisfano le esigenze dell'utenza. A tal fine la struttura predispone, almeno una volta l'anno, una raccolta (questionari, sondaggi, indagini) sul grado di soddisfazione degli utenti per tenerne conto in sede di pianificazione dei programmi per il miglioramento del servizio.	che la struttura abbia realizzato, almeno una volta l'anno, una raccolta (questionari, sondaggi, indagini) sul grado di soddisfazione degli utenti per tenerne conto in sede di elaborazione dei piani per il miglioramento del servizio		
La struttura effettua annualmente al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria favorendo il coinvolgimento del personale, sulla base delle indicazioni contenute nel presente regolamento.	che la struttura, sulla base delle indicazioni contenute nel regolamento abbia realizzato annualmente al proprio interno o abbia partecipato ad almeno un progetto di miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria favorendo il coinvolgimento del personale.		
I miglioramenti raggiunti devono essere mantenuti mediante modifica delle procedure, istruzioni operative, addestramento, formazione e mediante verifica che tali modifiche siano parte integrante del lavoro di ciascun membro della struttura.	che siano state modificate le procedure, le istruzioni operative l'addestramento e la formazione sulla base dei miglioramenti raggiunti e che tali modifiche siano divenute parte integrante del lavoro di ciascun membro della struttura.		
Se il miglioramento desiderato è stato ottenuto, nuovi progetti o attività di miglioramento devono essere selezionati ed attuati. Ulteriori miglioramenti sono sempre possibili, con l'attuazione di nuovi progetti o attività dì miglioramento sulla base di nuovi obiettivi.	che nel caso in cui siano stati ottenuti dei miglioramentti, la struttura abbia provveduto a selezionare nuove attività progettuali di miglioramento sulla base di nuovi obiettivi		

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
E' indispensabile fissare delle priorità e dei limiti temporali per ogni progetto ed inserirli in piani di attività della struttura.	Che i progetti siano stati inseriti nel Piano di Attivià e siano state individuate delle priorità e dei limiti temporali		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA Presidio Ambulatoriale di Recupero e Rieducazione Funzionale

N.B.: La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Deve essere chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	**A**		
Deve essere prevista la procedura scritta per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti	**A**		
Deve essere compilata e conservata per ciascun utente una cartella clìnica con i contenuti previsti al punto 2.4 delle - Linee guida per le attività di riabilitazione in Campania - approvate con D.G.R.C. 25 marzo 2004 n. 482.	**A**		
Deve essere presente la procedura per garantire all'interno della Struttura una agevole mobilizzazione (attiva e passiva) degli utenti	**A**		
Deve essere adottato un sistema di misura necessario per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori (spigoli, manovelle sporgenti dei letti; uso di sostanze-dispositivi antisdrucciolo etc.)	**A**		
Possono essere intrattenuti, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 281,'/0 del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusíone del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente, ai sensi della D.G.R.C. 3 febbraio 1998 n. 377 e successive modifiche ed integrazioni.	**A**		

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Deve essere definito, per le strutture private, il carico di lavoro per singolo operatore utilizzando i parametri di cui alla D.G.R. C. 3 febbraio 1998 n. 377 e successive modifiche ed integrazioni e alla tabella E della D.G.R.C. 25 marzo 2004 n. 482.	**A**		
Deve essere chiararnente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	**A**		
Deve essere prevista la procedura scritta per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti	**A**		
Deve essere effettuata all'ingresso, alla dimissione e periodicamente, in caso di presa in carico prolungata, la valutazione funzionale con strumenti valicati.	**A**		
Deve essere, compilata e conservata per ciascun utente una cartella clinica con i contenuti previsti al punto 2.4 delle - Linee guida per le attività di riabilitazione in Campania - approvate con D.G.R.C. 25 marzo 2004 n. 482.	**A**		
Deve essere disponibile e applicato un protocollo diagnostico-terapeutico per le principali patologie trattate	**B**		
Deve essere presente un registro che riporti i provvedi venti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla Struttura.	**B**		
Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere, la cultura della prevenzione dell'evento avverso. Evento avverso — Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono pér la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM 1999)	**B**		
Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari	**B**		
Deve essere effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici	**B**		
Deve essere adottato un sistema di misure per facilitare l'orientamento con dispostivi ottici e sonori per la fruizione dei percorsi ai non udenti e non vedenti	**B**		

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Deve essere conseguito il raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo individuale, con una casistica di insuccessi non superiore al 51% della media regionale.	**B**		
Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfarei seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**B**		
Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**B**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

Assessorato alla Sanità

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA **Centro Ambulatoriale di Riabilitazione**

N.B.: **La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste**

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Deve essere presente una procedura per garantire la continuità assistenziale alla conclusione del progetto riabilitativo che preveda la comunicazione al medico curante e, se necessario, l'addestramento dei familiari e l'acquisizione dei materiali per il proseguimento delle cure a domicilio. Nel caso di Centri Ambulatoriali di Riabilitazione Privati la procedura deve prevedere l'attivazione delle competenti Aziende Sanitarie Locali per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale.	**A**		
Deve essere chiararnente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	**A**		
Deve essere prevista la procedura scritta per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti	**A**		
Deve essere effettuata all'ingresso, alla dimissione e periodicamente, in caso di presa in carico prolungata, la valutazione funzionale con strumenti valicati.	**A**		

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Deve essere, compilata e conservata per ciascun utente una cartella clinica con i contenuti previsti al punto 2.4 delle - Linee guida per le attività di riabilitazione in Campania - approvate con D.G.R.C. 25 marzo 2004 n. 482.	**A**		
Deve essere presente una procedura per garantire la continuità assistenziale alla conclusione del progetto riabilitativo che preveda la comunicazione al medico curante e, se necessario, l'addestramento dei familiari e l'acquisizione dei materiali per il proseguimento delle cure a domicilio. Nel caso di Centri Ambulatoriali di Riabilitazione Privati la procedura deve prevedere l'attivazione delle competenti Aziende Sanitarie Locali per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale	**A**		
Deve essere adottato un sistema di misure necessario per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori (spigoli, manovelle sporgenti dei letti; uso di sostanze-dispositivi antisdrucciolo, etc.)	**A**		
Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente, ai sensi della D.G.R.C. 3 febbraio1998 n. 377 e successive modifiche ed integrazioni.	**A**		
Deve essere definito, per le strutture private, il carico di lavoro per singolo operatore utilizzando i parametri di cui alla D.G.R. C. 3 febbraio 1998 n. 377 e successive modifiche ed integrazioni e alla tabella E della D.G.R.C. 25 marzo 2004 n. 482.	**A**		
Deve essere compilata e conservata, per il trattamento ambulatoriale, la scheda fii-n-ia-presenza prevista al punto 5.1 della D.G.R.C. 25 marzo 2004, n. 482	**A**		
Per i trattamenti domiciliare la scheda firma-presenza deve essere lasciata al domicilio del paziente per la durata del ciclo terapeutico	**A**		
Deve essere periodicamente sottoposta a revisione la documentazione clinica per la sua completezza ed adeguatezza	**B**		

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Deve essere prevista, la procedura scritta per la formulazione dei piani di trattamento redatti e verificati dall'equipe multi-disciplinare che devono contenere: • modalità di effettuazione delle valutazioni (test clinici e strumentali) • modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi • modalità di valutazione dei risultati attesi	**B**		
Deve essere prevista la consulenza protesici	**B**		
Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari	**B**		
Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per Diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili. non intenzionati e dannosi per il malato (10M, 1999)	**B**		
Deve essere disponibile e applicato un protocollo diagnostico terapeutico per le principali patologie	**B**		
Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari.	**C**		
Deve essere effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici	**C**		
Deve essere adottato un sistema di misure per facilitare l'orientamento con dispostivi ottici e sonori per la fruizione dei percorsi ai non udenti e non vedenti .	**C**		
Deve essere conseguito il raggiungimento degli obiettivi previsti dal degli progetto riabilitativo individuale, cori una casistica dì insuccessi noti superiore al 5% della media regionale.	**C**		

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata. attuata o proposta", - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

Assessorato alla Sanità

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA CENTRO DIALISI AMBULATORIALE

N.B.: La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Deve esistere una procedura formalizzata per l'accesso alla terapia dialitica programmata	**A**		
Devono essere presenti informazioni scritte sulla tipologia e le modalità di prestazione del servizio	**A**		
Deve esistere una attività ambulatoriale ad accesso diretto per la presa in carico del paziente affetto da insufficienza renale cronica	**A**		
Deve esistere un protocollo per il trattamento dialitico secondo Linee, guida nazionali o internazionali	**A**		
Deve esistere una procedura per il controllo dei rischi ed un piano di prevenzione	**A**		

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Deve esistere un protocollo di vaccinazione per l'epatite	**A**		
Deve esistere una procedura per il monitoraggio degli accessi vascolari, anche in collegamento con tiri Centro di Dialisi Ospedaliero di riferimento, Linee nazionali internazionali riferimento, secondo Linee guida nazionali o internazionali	**A**		
Deve essere adottato un indicatore di adeguatezza, dialitica secondo Linee guida nazionali o internazionali	**A**		
Deve esistere un protocollo di trattamento dell'anemia secondo Linee guida nazionali o internazionali	**A**		
Deve esistere un protocollo di trattamento delle acque secondo Linee guida nazionali ed internazionali	**A**		
Devono essere monitorati i seguenti indicatori: • sieroconversioni HBV e 1-1CV/anno • n° trasfusioni/paziente,/anno • n° giorni di ricovero/paziente dializzato/anno • n° episodi di edema polmonai-e,,,Ipcuiciiteli 1 anno • n° colture positive dell'acqua e bagno dialisi/totale colture • dose eritropoietina/paziente/anno (in base a target validati secondo linee guida nazionali o internazionali)	**A**		
Deve esistere una procedura per l'immissione nella Lista di attesa regionale per i pazienti candidati al trapianto	**A**		
Il personale deve essere coinvolto nella stesura e diffusione di protocolli e procedure	**A**		
Deve esistere l'elenco degli esami periodici di controllo effettuati ai pazienti	**A**		
Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari	**A**		
Deve essere garantita, per le strutture private, la presenza di un infermiere professionale ogni 4 letti di dialisi. Per le strutture pubbliche si applicano le specifiche normative nazionali e regionali in materia.	**A**		

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Deve essere garantita, per le strutture private, la presenza di un medico ogni 14 pazienti durante i turni di dialisi. Per le strutture pubbliche si applicano le specifiche normative nazionali e regionali in materia.	**A**		
Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto dì dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente.	**A**		
Devono essere trasmessi i dati per la compilazione del Registro Regionale di Dialisi e Trapianto	**A**		
Deve esistere un collegamento funzionale tra nefrologo del centro e medici di medicina generale (scheda paziente, riunioni periodiche)	**B**		
Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla Struttura.	**B**		
Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti inediti. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (10M. 1999)	**B**		
Deve essere valutata periodicamente la condizione plico-sociale del paziente da figure professionali specializzate	**C**		
Deve essere effettuato il trattamento dialitico con una metodica di alta specializzazione			
Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione, - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	C		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

Assessorato alla Sanità

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI E SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante): _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA: _____

SITA IN: _____ **VIA**: _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE: _____ **DISTRETTO N.**: _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA: _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE:

RESPONSABILE NEL NUCLEO: _____

ALTRI COMPONENTI:_____

SCHEDA CENTRO DIALISI IN STRUTTURA DI RICOVERO

N.B.: La verifica della sussistenza dei requisiti deve basarsi sulla raccolta delle evidenze tramite: osservazione, esame dei documenti e interviste

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Deve esistere una procedura formalizzata per l'accesso alla terapia dialitica programmata che in urgenza	A		
Deve essere prodotta una informazione scritta, sulla tipologia di prestazioni del servizio e le modalità di erogazione per le Unità Operative dell'Ospedale e per i Servizi Territoriali	A		
Deve esistere un protocollo per il trattamento dialitico secondo Linee, guida nazionali o internazionali	A		
Deve esistere una procedura per il controllo dei rischi ed un piano di prevenzione	A		
Deve esistere un protocollo di vaccinazione per l'epatite	A		

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Deve esistere una procedura per il monitoraggio degli accessi vascolari, anche in collegamento con tiri Centro di Dialisi Ospedaliero di riferimento, Linee nazionali internazionali riferimento, secondo Linee guida nazionali o internazionali	**A**		
Deve esistere una procedura per il posizionamento e la gestione del catetere peritoneale, secondo linee guida nazionali o internazionali			
Deve essere adottato un indicatore di adeguatezza dialitica secondo Linee guida nazionali o internazionali	**A**		
Deve esistere un protocollo di trattamento dell'anemia secondo Linee guida nazionali o internazionali	**A**		
Deve esistere un protocollo di trattamento delle acque secondo Linee guida nazionali ed internazionali	**A**		
Devono essere monitorati i seguenti indicatori: • sieroconversioni HBV e 1-1CV/anno • n° trasfusioni/paziente/anno • n° giorni di ricovero/paziente dializzato/anno • n° episodi di edema polmonare/paziente/anno • n° colture positive dell'acqua e bagno dialisi/totale colture • n° dose eritropoitina/paziente/anno (in base a target valicati secondo linee guida nazionali o internazionali)	**A**		
Deve esistere un'attività ambulatoriale dedicata e ad accesso diretto per i pazienti con trapianto renale e,/o insufficienza renale cronica	**A**		
Il personale deve essere coinvolto nella stesura e diffusione di protocolli e procedure	**A**		
Deve esistere l'elenco degli esami periodici di controllo effettuati ai pazienti	**A**		
Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari	**A**		

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Deve essere garantita, per le strutture private, la presenza di un infermiere professionale ogni 4 letti di dialisi. Per le strutture pubbliche si applicano le specifiche normative nazionali e regionali in materia.	**A**		
Deve essere garantita, per le strutture private, la presenza di un medico ogni 14 pazienti durante i turni di dialisi. Per le strutture pubbliche si applicano le specifiche normative nazionali e regionali in materia.	**A**		
Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto dì dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente.	**A**		
Devono essere trasmessi i dati per la compilazione del Registro Regionale di Dialisi e Trapianto	**A**		
Deve esistere un collegamento funzionale tra nefrologo del centro e medici di medicina generale (scheda paziente, riunioni periodiche)	**B**		
Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla Struttura.	**B**		
Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti inediti. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (10M. 1999)	**B**		
Deve essere valutata periodicamente la condizione psico-sociale del paziente da figure professionali specializzate	**C**		
Deve essere garantito il posizionamento di cateteri venosi centrali	**C**		
Deve essere effettuato il trattamento dialitico con una metodica di alta specializzazione	**C**		

REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione, - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

_____

_____

_____

_____

OSSERVAZIONI (rese dal Legale rappresentate della struttura o suo delegato)

_____

_____

_____

_____

_____

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo