



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

VII

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

**DE/ME/SAN** Oggetto: LR 20/2000 art. 15 - determinazione dei requisiti richiesti per l'accreditamento e la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.  
7 NC

Prot. Segr.  
2171

L'anno duemilauno addì 31 del mese di luglio in Ancona presso la sede della Regione Marche si è riunita la Giunta Regionale regolarmente convocata:

- |                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| - D'Ambrosio Vito         | Presidente      |
| - Spacca Gian Mario       | Vice Presidente |
| - Agostini Luciano        | Assessore       |
| - Cecchini Maria-Cristina | Assessore       |
| - Mattei Carmela          | Assessore       |
| - Ottaviani Roberto       | Assessore       |
| - Rocchi Lidio            | Assessore       |
| - Secchiaroli Marcello    | Assessore       |

Sono assenti:

- |                      |           |
|----------------------|-----------|
| - Melappioni Augusto | Assessore |
|----------------------|-----------|

Essendosi in numero legale per la validità dell'adunanza assume la Presidenza il Presidente della Giunta regionale **D'Ambrosio Vito** che dichiara aperta la seduta alla quale assiste, in assenza del Segretario della Giunta regionale, il Vice Segretario **Brandoni Bruno**.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.  
Riferisce in qualità di relatore: Il Presidente **D'Ambrosio Vito**

**NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA**

Deliberazione non soggetta a controllo - Art. 17, comma 32, Legge 15 maggio 1997, n. 127

Il 31.07.2001 ..... P. IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
Dott. Bruno BRANDONI

Inviata per gli adempimenti di competenza

- al servizio SAN
- all'U.O.O. di spesa area n. 7
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il - 9 AGO 2001 ..... L'INCARICATO  
*Brandoni*

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente del Consiglio regionale il ..... prot. n. ....

L'INCARICATO

**ESITO DEL CONTROLLO**

Deliberazione soggetta a controllo - Art. 17, comma 32, Legge 15 maggio 1997, n. 127

Il ..... IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Inviata alla Commissione statale di controllo il .....  
prot. n. ....

L'INCARICATO

La Commissione statale di controllo con decisione n. ....  
del ..... ha:

- ESAMINATO  
SENZA RILIEVI       RINVIATO       ANNULLATO

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA



~~31 LUG 2001~~

delibera

1889

2

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

**OGGETTO: L.R. 20/2000, ART. 15 – DETERMINAZIONE DEI REQUISITI RICHIESTI PER L'ACCREDITAMENTO E LA CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE.**

**LA GIUNTA REGIONALE**

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Servizio Sanità, dal quale si rileva la proposta di stabilire ai sensi dell'art. 15 della Legge Regionale 16 marzo 2000, n. 20, i requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO e la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione Marche;

**RITENUTO** per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

**VISTO** il parere favorevole di cui all'art. 4, comma 4, della Legge Regionale 17 gennaio 1992 n. 6, in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità del Dirigente del Servizio Sanità;

**VISTO** il parere espresso nella seduta n. 92 del 16.07.2001 dalla Commissione Consiliare Sanità, ai sensi dell'art. 15 della Legge Regionale 16 marzo 2000 n. 20, con il quale sono state apportate alcune modifiche al testo proposto con D.G.R. n. 965 del 09.05.2001 recepite con il presente atto;

**VISTO** l'art. 25 dello Statuto Regionale;

Con la votazione resa in forma palese, riportata a pag. 1

**DELIBERA**

- di stabilire, ai sensi dell'articolo 15 della L.R. 20/2000, i requisiti essenziali ed ulteriori richiesti per l'accREDITAMENTO e la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie così come indicati nell'allegato sub A) che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di stabilire che la presente deliberazione sia pubblica per estratto sul Bollettino Ufficiale della Regione.

p. IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
(Dott. Mario Genti)

(Dott. Bruno BRANDONI)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
(Dott. Vito D'Amrosio)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

### DOCUMENTO ISTRUTTORIO

La L.R. 16 marzo 2000, n. 20 detta nuove disposizioni in materia di autorizzazione, alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.

All'art. 7 la legge stabilisce che la Giunta, sentita la Commissione Consiliare competente approvi i requisiti per il rilascio della autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.

Tali requisiti sono stati approvati dalla Giunta Regionale con delibera n. 2200 del 24.10.2000 dopo aver regolarmente acquisito il parere della competente Commissione Consiliare.

La stessa legge dispone, all'articolo 15, 1° comma che la Giunta Regionale stabilisce, sentita la Commissione Consiliare competente, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge:

- a) i requisiti ulteriori per l'accreditamento ed il relativo sistema di classificazione differenziato in rapporto agli stessi requisiti ed alle caratteristiche organizzative e di attività delle strutture anche ai fini della differenziazione delle tariffe;
- b) i requisiti essenziali la cui assenza comporta la revoca dell'accreditamento...

L'accreditamento configura quindi il procedimento ed in conclusione il provvedimento con il quale, ai sensi del D.Lgs. 502/92 (art. 8, c. 7) la Regione riconosce:

- a) la rispondenza delle strutture pubbliche e private che ne facciano richiesta ai requisiti ulteriori di qualificazione;
- b) la loro funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale;
- c) la verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

Il documento, di cui si propone l'approvazione, contenente, appunto, i requisiti richiesti per l'accreditamento, è stato elaborato dall'Agenzia Regionale Sanitaria che, in pratica fin dal 1997, ha proceduto alla formazione di 32 gruppi di lavoro composti da oltre 150 specialisti delle discipline più diffuse nella Regione, su indicazione dei quattro

*Orlet*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

Ordini dei Medici Provinciali e della Facoltà di Medicina, oltre che da personale operante nel settore privato, per la definizione dei requisiti da inserire nel manuale di accreditamento.

Ai gruppi di lavoro l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) ha fornito materiale documentale internazionale delle società scientifiche italiane che avevano prodotto manuali per l'accREDITamento tra pari, nonché "i requisiti minimi autorizzativi" del D.P.R. del 14.01.1997.

Sempre l'ARS, con la collaborazione dei gruppi, oltre alla definizione dei requisiti relativi alla specialità di appartenenza ha provveduto alla classificazione degli stessi su tre livelli (di base, auspicabile, d'eccellenza). Gli elaborati sono stati rivisitati dall'ARS anche alla luce dei mutamenti normativi verificatisi nel corso degli anni. Quanto prodotto ha dato origine alla 1<sup>a</sup> bozza di Manuale di AccredITamento delle Strutture di Ricovero e Cura degli Ambulatori, predisposto e diffuso nel corso dell'anno 1998.

I lavori sono stati quindi portati all'attenzione del mondo professionale marchigiano, inviando il manuale alle oltre 500 unità operative delle strutture ospedaliere pubbliche della Regione Marche, alle associazioni che rappresentano la sanità privata, a quelle di tutela dei diritti dei cittadini e a tutti gli altri potenziali "interessati". Circa il 10% dei soggetti interpellati ha risposto inviando osservazioni e contributi sulla base dei quali si è proceduto ad un'attenta revisione del manuale. Parallelamente sono stati definiti ed inseriti nel Manuale anche requisiti per l'accREDITamento delle strutture residenziali, anch'essi prodotti con il coinvolgimento di professionisti ed associazioni operanti in tale ambito.

Il Manuale di AccredITamento è stato depurato dei requisiti introdotti nel Manuale di Autorizzazione che debbono comunque esistere per l'esercizio dell'attività. Nell'eseguire questa operazione, avendo valutato che il Manuale di Autorizzazione si costituiva soprattutto di requisiti strutturali e tecnologici, si è giunti alla decisione di strutturare il Manuale di AccredITamento sulla base dei soli "ulteriori" requisiti di qualità sul versante organizzativo e tecnico-professionale.

Alla luce di questa impostazione e di tutti i contributi pervenuti si è predisposta una seconda versione del Manuale che è stata inviata a tutti i potenziali "interessati" nell'ottobre 2000 e contemporaneamente è stata esposta sul sito Internet dell'ARS per consentire una più ampia divulgazione.

Una volta valutate le osservazioni pervenute l'Agenzia ha provveduto a stendere la versione del Manuale che la Giunta ha proposto alla Commissione Consiliare per l'acquisizione del previsto parere.

*Devol.*



La Commissione Consiliare Sanità ha espresso il proprio parere favorevole in data 16.07.2001 proponendo alcune modifiche al testo originario deliberato con atto n.965 del 09.05.2001. Tali modifiche sono state recepite con il presente atto deliberativo, tranne la seguente per le motivazioni di seguito riportate.

La Commissione Consiliare Permanente competente in materia di Sanità ha espresso il sopracitato parere modificando il testo allegato alla delibera della Giunta Regionale n. 965 del 09.05.2001 nel paragrafo relativo a strutture e studi odontoiatrici (par. 14/14.1/14.2) nel modo seguente:

*paragrafo 14*

da "strutture e studi odontoiatrici" a "strutture e studi odontoiatrici e/o di ortognatodonzia"

*paragrafo 14.1*

da "strutture odontoiatriche" a "struttura odontoiatriche e/o di ortognatodonzia"

*paragrafo 14.2*

da "studi odontoiatrici" a "studi odontoiatrici e/o di ortognatodonzia".

Si ritiene di non accogliere il parere suddetto nella parte sopracitata per la seguente motivazione:

La L.R. 20/2000 e gli atti applicativi della stessa prevedono che l'accreditamento istituzionale possa essere richiesto ed eventualmente rilasciato solo alle strutture pubbliche e private e agli Enti già autorizzati, come, peraltro, già sancito dalla Legge 229/99 (art. 8 quater).

E' evidente, quindi, come sia improponibile l'accreditamento di studi e/o di strutture ortognatodontiche che non risultano specificamente individuate nella procedure autorizzativa già in vigore.

Per i motivi di cui sopra,

**SI PROPONE**

- di stabilire, ai sensi dell'articolo 15 della L.R. 20/2000, i requisiti essenziali ed ulteriori richiesti per l'accreditamento e la classificazione delle strutture sanitarie e socio-

*Ortolani*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. \_\_\_\_\_ LEGISLATURA N. \_\_\_\_\_

- sanitarie così come indicati nell'allegato sub A) che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di stabilire che la presente deliberazione sia pubblica per estratto sul Bollettino Ufficiale della Regione.

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
(Dott. Piergiorgio D'Argenio)**

*Piergiorgio D'Argenio*

**PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'**

La sottoscritta, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità della presente deliberazione. Esprime parere, inoltre, che dalla presente deliberazione non deriva, né può comunque derivare un impegno di spesa a carico della Regione.

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'  
(Dott.ssa Maria Rita Materazzi)**

*Maria Rita Materazzi*

La presente delibera si compone di n. 137 pagine, di cui n. 131 pagine di allegati che formano parte integrante e sostanziale della presente delibera.

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
(Dott. Mario Genti)  
(Dott. Bruno BRANDONI)**

*Bruno Brandoni*

PD/cg  
C1:/darge/ACCRED/DEL determinaz. Requisiti e classif strutture

*Deleg.*

ALLEGATO ALLA DELIBERA  
N° ~~4889~~ DEL 31 LUG 2001



Regione Marche - Servizio Sanità

Agenzia Regionale Sanitaria



**REGIONE MARCHE  
GIUNTA REGIONALE**

# **MANUALE ACCREDITAMENTO**

**ALLEGATO SUB. A**

***SISTEMA E REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO  
DELLE ATTIVITA' SANITARIE DA PARTE DELLE  
STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA  
REGIONE MARCHE  
(AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE n° 20/2000)***

Qr

Y

## Indice

<b>Premessa</b>	pag.	4
-----------------	------	---

### I PARTE – IL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO

<b>1 - L'ACCREDITAMENTO NELLA REGIONE MARCHE : definizione, obiettivi, durata, area di intervento, tipologie.</b>	pag.	8
<b>2 - LA STRUTTURA DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO</b>	pag.	12
<b>3 - IL LIVELLO MINIMO DI ACCREDITAMENTO</b>	pag.	14
<b>4 - CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE RISPETTO ALLA QUALITA'</b>	pag.	16
<b>5 - SISTEMA DI INCENTIVAZIONE ALLA QUALITA'</b>	pag.	17
<b>6 - LA PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO</b>	pag.	18
<b>6.1 Autovalutazione: sezioni del manuale da compilare</b>	pag.	18
<b>6.2 Compilazione scheda per lettura ottica (SLO)</b>	pag.	21

### II PARTE – I REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

<b>1. TUTELA DIRITTI CITTADINI/UTENTI (TDC)</b>	pag.	23
<b>2. DIREZIONE GENERALE (DGA)</b>	pag.	26
<b>3. DIREZIONE MEDICA OSP. (DMO)</b>	pag.	33
<b>4. DIREZIONE DIPARTIMENTO (DDIP)</b>	pag.	36
<b>5. AREA DI DEGENZA (REQUISITI GENERALI) (ADEG)</b>	pag.	40
<b>6. AREA DI DEGENZA (REQUISITI SPECIFICI)</b>		
6.1 Pronto Soccorso (DPS)	pag.	45
6.2 Rianimazione (DRIA)	pag.	48
6.3 UTIC (DUTI)	pag.	49
6.4 Reparto operatorio (ROPE)	pag.	50
6.5 Ostetricia Ginecologia (DOST)	pag.	51
6.6 Punto Nascita Blocco Parto (DPN)	pag.	52
6.7 Terapia Intensiva Neonatale (DTIN)	pag.	53
6.8 Nido (DNID)	pag.	54
6.9 Pediatria (DPED)	pag.	56
6.10 Ortopedia (DORT)	pag.	57
6.11 Analgesia (ANGE)	pag.	58
6.12 Cardiologia (DCAR)	pag.	60

## MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE

6.18 Neurologia (DNEU)	pag.	67
6.19 Psichiatria (DPSI)	pag.	68
6.20 Ematologia (DEMA)	pag.	69
6.21 Oncologia (DONC)	pag.	70
6.22 Lungodegenza post-acuzie (LDPA)	pag.	71
6.23 Geriatria (DGER)	pag.	72
6.24 Riabilitazione Ospedaliera Intensiva (ROI)	pag.	73
6.25 Radioterapia (RADI)	pag.	75
6.26 Gestione Farmaci e Materiale Sanitario (DFAR)	pag.	76
<b>7. AMBULATORIO e POLIAMBULATORIO (REQUISITI GENERALI) (AMBG)</b>	pag.	78
<b>8. AMBULATORIO (REQUISITI SPECIFICI)</b>	pag.	81
8.1 Medicina di laboratorio (MLAB)	pag.	82
8.2 Medicina Trasfusionale (ATRA)	pag.	84
8.3 Attività di Diagnostica per Immagini (ARAD)	pag.	89
8.4 Anatomia, Istologia e Citologia Patologica (APAT)	pag.	90
8.5 Endoscopia Digestiva (AEND)	pag.	92
8.6 Allergologia (ALLE)	pag.	93
8.7 Dermatologia (ADER)	pag.	94
8.8 Pneumologia (APNE)	pag.	95
8.9 Otorinolaringoiatria (AOTO)	pag.	96
8.10 Oculistica (AOCU)	pag.	97
8.11 Urologia (AURO)	pag.	98
8.12 Medicina Nucleare (AMNU)	pag.	99
8.13 Analgesia (AMAN)	pag.	100
8.14 Centro Dialisi Ambulatoriale (CSDO)	pag.	101
8.15 Centro Dialisi Ospedaliero (ASDO)	pag.	102
8.16 CAL e CAD (ACAL)	pag.	104
8.17 Presidi Ambulatoriali di Recupero e Rieducazione Funz. (APRI)	pag.	105
8.18 Centri Ambulatoriali di Riabilitazione (ACRI)	pag.	106
8.19 SERT (ASER)	pag.	107
8.20 Centro di Salute Mentale (CSME)	pag.	108
8.21 Consultorio Familiare (ACON)	pag.	109
8.22 Centri Ambulatoriali di Terapia Iperbarica (AIPE)	pag.	110
<b>9. ALTA SPECIALITA'</b>	pag.	111
<b>10. RESIDENZE SANITARIE</b>	pag.	112
10.1 RESIDENZE SANITARIE (RESG)	pag.	113
<b>11. CENTRI RESIDENZIALI CURE PALLIATIVE (HOSP)</b>	pag.	119
<b>12. RESIDENZE TOSSICODIPENDENTI (REST)</b>	pag.	121
<b>13. STABILIMENTI TERMALI (STER)</b>	pag.	122
<b>14. STRUTTURE E STUDI ODONTOIATRICI</b>	pag.	123
14.1 Strutture Odontoiatriche	pag.	123
14.2 Studi Odontoiatrici	pag.	126

**Modello domanda accreditamento (Mod. ACCR IST)**

## Premessa

Il termine accreditamento è stato introdotto nella normativa italiana con il D.L.vo 502/92 (art.8, c.7) : "le regioni e le unità sanitarie locali, per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione di qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate".

L'accreditamento viene così a configurarsi come strumento di regolazione nel mercato dell'accesso al SSN dei soggetti erogatori: i soggetti, privati e pubblici, che vogliono stabilire un rapporto con il SSN devono essere accreditati nonché accettare il sistema tariffario ed adottare il sistema di verifica e revisione della qualità.

E' quindi un'attività obbligatoria, orientata dallo Stato che fornisce le direttive generali - al fine di garantire la corrispondenza dell'offerta sanitaria ai livelli uniformi di assistenza definiti - ed applicata dalle Regioni che provvedono a rilasciare l'accreditamento ed a rinnovarlo periodicamente sulla base di tali direttive eventualmente arricchite da criteri di accreditamento aggiuntivi.

Tale configurazione dell'istituto dell'accreditamento è stata mantenuta in tutti gli altri dispositivi legislativi, successivamente emanati, che ne hanno puntualizzato e specificato ulteriormente i contenuti (D.lgs 507/93, DPR 14/01/97 e D.lgs 229/99).

A questa concezione di accreditamento come strumento di **regolazione del mercato** (in cui agenzie governative assumono direttamente la responsabilità della definizione dei criteri/standard e della verifica iniziale - autorizzazione - e periodica - ispezione- sulla loro presenza, al fine di rilasciare una certificazione obbligatoria senza la quale le strutture non possono operare e ricevere fondi pubblici – **Accreditamento Istituzionale**) si giustappone un modello di accreditamento come strumento di **autoregolazione tra pari (Accreditamento Professionale)** sviluppatosi nei paesi ove da alcuni decenni sono attivi sistemi di accreditamento delle strutture sanitarie (USA, Canada, Australia, U.K).

In questi paesi agenzie indipendenti, formate da professionisti del settore, definiscono e monitorizzano criteri/standard delle strutture che *volontariamente* partecipano a questo processo, al fine di migliorarne la qualità. Gli elementi che caratterizzano tali programmi di accreditamento sono:

- finalizzazione alla promozione ed al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria;
- partecipazione volontaria delle strutture;
- coinvolgimento delle associazioni professionali;
- indipendenza dagli enti governativi (che comunque, in molti casi, utilizzano i programmi di accreditamento per le proprie decisioni);
- definizione ed aggiornamento periodico dei criteri e degli standard;
- addestramento all'autovalutazione;
- valutazione attraverso visite di gruppi di "pari";
- feedback formali orientati al miglioramento della qualità;
- attività sistematica di supporto agli enti accreditandi e di follow-up agli enti accreditati.

La scelta della Regione Marche è stata quella di cercare di ottemperare agli obblighi istituzionali con un processo che vedesse però coinvolto l'intero corpo professionale della

sanità marchigiana, ai fini di:

- diffondere a tutti i livelli dell'organizzazione la conoscenza di uno strumento innovativo per il mondo sanitario come quello dell'accreditamento, per favorirne una visione unitaria;
- ottenere una maggiore compliance ed una fattiva collaborazione sia da parte degli operatori di "line" sia dell'alta direzione compresi gli staff;
- utilizzare le fasi stesse di costruzione dei requisiti di accreditamento come processo di apprendimento organizzativo orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Il coinvolgimento degli operatori nella Regione Marche si è tradotto in pratica fin dal 1997, nella formazione di 32 gruppi di lavoro formati da oltre 150 specialisti delle discipline più diffuse nella Regione, su indicazione dei quattro Ordini dei Medici Provinciali e della Facoltà di Medicina, oltre che da personale operante nel settore privato, per la definizione dei requisiti da inserire nel manuale di accreditamento.

Ai gruppi di lavoro l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) ha fornito materiale documentale internazionale<sup>1</sup>, delle società scientifiche italiane che avevano prodotto manuali per l'accreditamento tra pari<sup>2</sup>, nonché i "requisiti minimi autorizzativi" del D.P.R. del 14/01/97.

Ai gruppi di lavoro, oltre alla definizione dei requisiti relativi alla specialità di appartenenza, è stato richiesto di classificare gli stessi su tre livelli (di base, auspicabile, d'eccellenza). I lavori dei gruppi sono stati rielaborati dall'ARS anche alla luce dei mutamenti normativi verificatisi nel corso degli anni. Quanto prodotto dai gruppi ha dato origine alla 1a bozza del Manuale di Accreditamento delle Strutture di Ricovero e Cura e degli Ambulatori, predisposto e diffuso nel corso dell'anno 1998.

I lavori dei singoli gruppi sono stati quindi portati all'attenzione del mondo professionale marchigiano, inviando il manuale alle oltre 500 unità operative delle strutture ospedaliere pubbliche della Regione Marche, alle associazioni che rappresentano la sanità privata, a quelle di tutela dei diritti dei cittadini e a tutti gli altri potenziali "stakeholders". Circa il 10% dei soggetti interpellati ha risposto inviando osservazioni e contributi sulla base dei quali si è proceduto ad un'attenta revisione del manuale. Parallelamente sono stati definiti ed inseriti nel manuale anche i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali, anch'essi prodotti con il coinvolgimento di professionisti ed associazioni operanti in tale ambito.

Contemporaneamente alla predisposizione del manuale di accreditamento l'ARS e il Servizio Sanità della Regione hanno proceduto ad un'attenta valutazione dei requisiti minimi autorizzativi del D.P.R. 14/01/97, integrandolo in alcune parti e introducendo sezioni mancanti. Questo lavoro ha portato alla predisposizione e successiva approvazione da parte della Giunta Regionale (DGR 2200/00) del Manuale di Autorizzazione contenente i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi necessari per ottenere l'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie.

Il Manuale di Accreditamento è stato di conseguenza depurato dei requisiti introdotti nel Manuale di Autorizzazione. Nell'eseguire questa operazione, avendo valutato che il Manuale

<sup>1</sup> Sono stati forniti i manuali di accreditamento di istituzioni internazionali come la Joint Commission on Accreditation of Hospital organization (JCAHO), il Canadian Council on Healthcare Service Accreditation (CCHSA), la King Edward's Hospital Fund e L'Australian Council on Healthcare Standard (ACHS).

<sup>2</sup> Sono stati forniti i manuali delle seguenti società scientifiche: Federazione delle Società di Medicina di Pronto Soccorso e dell'Associazione Nazionale dei Medici d'Urgenza; Società Italiana di Endoscopia Digestiva, Associazione Italiana Medici Diabetologi, Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, Società di Ecografia Ostetrica e della Società Italiana di Igiene.

## **MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

di Autorizzazione si costituiva soprattutto di requisiti strutturali e tecnologici, si è giunti alla decisione di strutturare il Manuale di Accreditemento sulla base dei soli requisiti di qualità sul versante organizzativo e tecnico-professionale.

Alla luce di questa impostazione e di tutti i contributi pervenuti si è predisposta una seconda versione del manuale che è stata inviata a tutti i potenziali "stakeholders" nell'ottobre 2000 e contemporaneamente è stata esposta sul sito Internet dell'ARS per consentire una più ampia divulgazione.

Una volta valutate le osservazioni pervenute si è proceduto a stendere la presente versione del manuale.

Ulteriori contributi verranno richiesti ai professionisti nel proseguo del percorso verso l'accreditamento. Innanzi tutto nell'assunzione del ruolo di facilitatori del sistema, da svolgere all'interno delle rispettive aziende. I professionisti verranno inoltre coinvolti al momento delle visite di accreditemento per la verifica della sussistenza dei requisiti stessi presso le strutture da accreditare nonché nell'aggiornamento periodico del manuale. Tale procedura è prevista nella proposta per la costituzione e il funzionamento del GAR (Gruppo di Accreditemento Regionale) in corso di approvazione da parte della Giunta Regionale.

# **I PARTE**

# **IL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO**

# **1 - L'ACCREDITAMENTO NELLA REGIONE MARCHE :**

**definizione, obiettivi, durata, area di intervento, tipologie.**

## **Definizione (LR 20/2000)**

Per accreditamento istituzionale si intende il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private, agli studi ed ai professionisti già autorizzati, che ne facciano richiesta, lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale, ivi comprese quelle rientranti nei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale previsti dall'art. 9 del D.lgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Gli studi dei medici a rapporto convenzionale di cui all'art. 8 del D.lgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni non sono soggetti al regime di accreditamento istituzionale per le prestazioni oggetto della convenzione.

## **Obiettivi**

Obiettivi dell'accREDITAMENTO istituzionale:

- assicurare i livelli essenziali ed uniformi di qualità dell'assistenza avvalendosi di soggetti accreditati inseriti in un albo di fornitori del Servizio Sanitario Regionale
- potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza avvalendosi di soggetti accreditati fornitori dei fondi integrativi, inseriti nello stesso albo; l'inserimento nell'albo dei fornitori non comporta automaticamente il diritto alla fornitura di prestazione bensì abilita le Strutture accreditate alla contrattazione.

## **Durata**

L'accREDITAMENTO ha validità triennale e si rifà alla normativa vigente al momento della presentazione della nuova domanda.

## **Area d'intervento**

Possono chiedere l'accREDITAMENTO:

- tutte le strutture, gli studi e i professionisti autorizzati all'esercizio dell'attività sanitaria ai sensi dell'art. 8 della L.R. 20/2000
- tutte le strutture, gli studi e i professionisti autorizzati provvisoriamente ai sensi dell'art.24 della L.R. 20/2000.

### **Tipologie di accreditamento**

Ai sensi della L.R. 20/2000 gli schemi procedurali per l'accREDITAMENTO sono di tre tipologie:

- accREDITAMENTO istituzionale articolo 16
- accREDITAMENTO temporaneo articolo 18
- accREDITAMENTO provvisorio articolo 25.

L'articolo 16, accREDITAMENTO istituzionale, è rivolto ai soggetti autorizzati all'esercizio dell'attività sanitaria che intendono chiedere appunto l'accREDITAMENTO istituzionale; l'iter è rappresentato dallo **schema A**.

L'articolo 18, accREDITAMENTO temporaneo, è rivolto ai soggetti (Aziende sanitarie e altri soggetti) in attesa della verifica positiva della funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale; l'iter è rappresentato sempre dallo **schema A**.

L'articolo 25, accREDITAMENTO provvisorio, è rivolto ai seguenti soggetti:

- strutture pubbliche già in esercizio
- strutture pubbliche per la cui realizzazione è già stata rilasciata la concessione edilizia
- strutture private che risultano temporaneamente accreditate ai sensi della legge 23 dicembre 1994. n.724 e le altre già operanti, ai sensi dell'articolo 8 quater, comma 6 del decreto legislativo.

L'iter è rappresentato dallo **schema B**.

QZ

## SCHEMA A

**A) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE art. 16 VALIDITA' TRIENNALE**

**B) ACCREDITAMENTO TEMPORANEO art. 18 ( obbligatorio per le Aziende Sanitarie, facoltativo per gli altri soggetti)**

<b>AZIONI PROTAGONISTI</b>	<b>DOMANDA</b>	<b>VALUTAZIONI E FUNZIONALITA'</b>	<b>VERIFICA</b>	<b>NOTIFICA</b>	<b>RILASCIO</b>	<b>VERIFICA PERMANENZA /VIGILANZA/ SOSPENSIONE</b>
<b>STRUTTURA AUTORIZZATA</b> (per l'accREDITAMENTO temporaneo è sufficiente il possesso dell'autorizzazione alla realizzazione)	Inoltra al Servizio Sanità in copia unica la domanda completa della documentazio ne richiesta					
<b>SERVIZIO SANITA' REGIONE</b>		Valuta la funzionalità e in caso di esito negativo comunica, entro 30 giorni dal ricevimento della domanda, il provvedimento			Propone la delibera attuativa	
<b>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</b>		Collabora alla valutazione	Effettua, attraverso il GAR, la visita entro 120 giorni dalla comunicazio ne dell'esito della valutazione	Verbalizza la visita. Comunica al Servizio Sanità la valutazione entro 20 giorni dalla visita		Verifica la permanenza dei requisiti (in ogni momento)
<b>GIUNTA REGIONALE</b>					Dispone o nega il provvedi mento entro 20 giorni dal ricevimento della valutazione tecnica del Servizio Sanità sentita l'A.R.S.	

## SCHEMA B

### ACCREDITAMENTO PROVVISORIO art. 25

<b>AZIONI</b>	<b>DOMANDA</b> Entro 3 mesi	<b>VERIFICA</b> <b>FUNZIONALITA'</b>	<b>VISITA</b> Entro 5 anni	<b>RILASCIO</b>
<b>PROTAGONISTI</b>				
<b>STRUTTURA</b>	Inoltra al Servizio Sanità 1 copia della domanda completa della documentazione richiesta			
<b>SERVIZIO</b> <b>SANITA'</b> <b>REGIONE</b>		Verifica la funzionalità e i risultati. Sottopone la domanda all'ARS		Rilascia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accreditamento Istituzionale</li> <li>• Accreditamento Provvisorio</li> </ul>
<b>AGENZIA</b> <b>REGIONALE</b> <b>SANITARIA</b>		Collabora nella verifica della funzionalità	Effettua la visita (GAR)	

02

## 2 - LA STRUTTURA DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO

I requisiti di accreditamento, riportati nella parte specifica del presente Manuale, sono raggruppati nei seguenti **paragrafi**:

- **Tutela dei diritti dei cittadini/utenti** valido per le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie pubbliche, le Amministrazioni delle Case di Cura Private, le Strutture Residenziali e gli Stabilimenti Termali (**paragrafo 1**)
- **Direzione generale** valido per le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie pubbliche e le Amministrazioni delle Case di Cura Private (**paragrafo 2**)
- **Direzione medica ospedaliera** valido per le Direzioni mediche di presidio ospedaliero delle Aziende Sanitarie pubbliche e delle Case di Cura Private (**paragrafo 3**)
- **Direzione dipartimento** valido per i Dipartimenti delle strutture pubbliche (**paragrafo 4**)
- **Area di degenza; parte generale e specifica** valido per tutti i presidi ospedalieri (**paragrafi 5 e 6**)
- **Ambulatorio e poliambulatorio; parte generale e specifica** (**paragrafo 7 e 8**) valido per tutti gli ambulatori e i poliambulatori, sia all'interno che all'esterno dei presidi ospedalieri
- **Alte specialita'** (**paragrafo 9**)
- **Strutture residenziali; parte generale e specifica** (**paragrafo 10**)
- **Centri residenziali cure palliative** (**paragrafo 11**)
- **Strutture residenziali per tossicodipendenti** (**paragrafo 12**)
- **Stabilimenti termali** (**paragrafo 13**)
- **Strutture e studi odontoiatrici** (**paragrafo 14**)

In testa ad ogni paragrafo viene indicato il codice-paragrafo alfabetico utile per la trascrizione successiva su scheda per lettura ottica.

I **requisiti di accreditamento** vengono presentati nella seguente forma:

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

Nella 1a colonna (**N.P. = numero progressivo**) viene indicata: la progressione numerica dei requisiti all'interno del paragrafo, utile per la trascrizione successiva su scheda per lettura ottica.

Nella 2a colonna (**requisito**) viene enunciato in esteso il requisito di qualità richiesto: in alcuni casi sono riportate note di chiarimento per una corretta interpretazione del requisito.

## **MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

Nella 3a colonna (**risposta**) deve essere trascritta la corrispondenza al requisito utilizzando esclusivamente una delle seguenti opzioni:

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

In questa colonna, per alcuni requisiti, compaiono degli **asterischi ( \* )**: essi indicano che, per tali requisiti, deve essere allegata idonea documentazione.

La 4a colonna (**Categoria**): riporta il **livello di qualità** attribuito al singolo requisito utilizzando la seguente scala:

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

DN

### 3 – IL LIVELLO MINIMO DI ACCREDITAMENTO

Come previsto dall'art. 15 comma 1 lettera b della L.R. 20/2000, le strutture/articolazioni organizzative per essere accreditate al livello minimo (accreditamento di base, Classe 1, cfr. di seguito) debbono possedere il **100% dei requisiti di livello essenziale (A)**.

Si prevede una valutazione a cascata delle diverse articolazioni organizzative delle strutture: se non è presente l'accreditamento minimo delle strutture sovraordinate, in automatico non vengono accreditate le strutture sottostanti. Tale scelta è funzionale all'obiettivo del miglioramento complessivo delle strutture da accreditare e non di parti di esse.

Per i **Presidi Ospedalieri di AUSL , Aziende Ospedaliere e Case di Cura**, la valutazione procederà nel modo seguente:

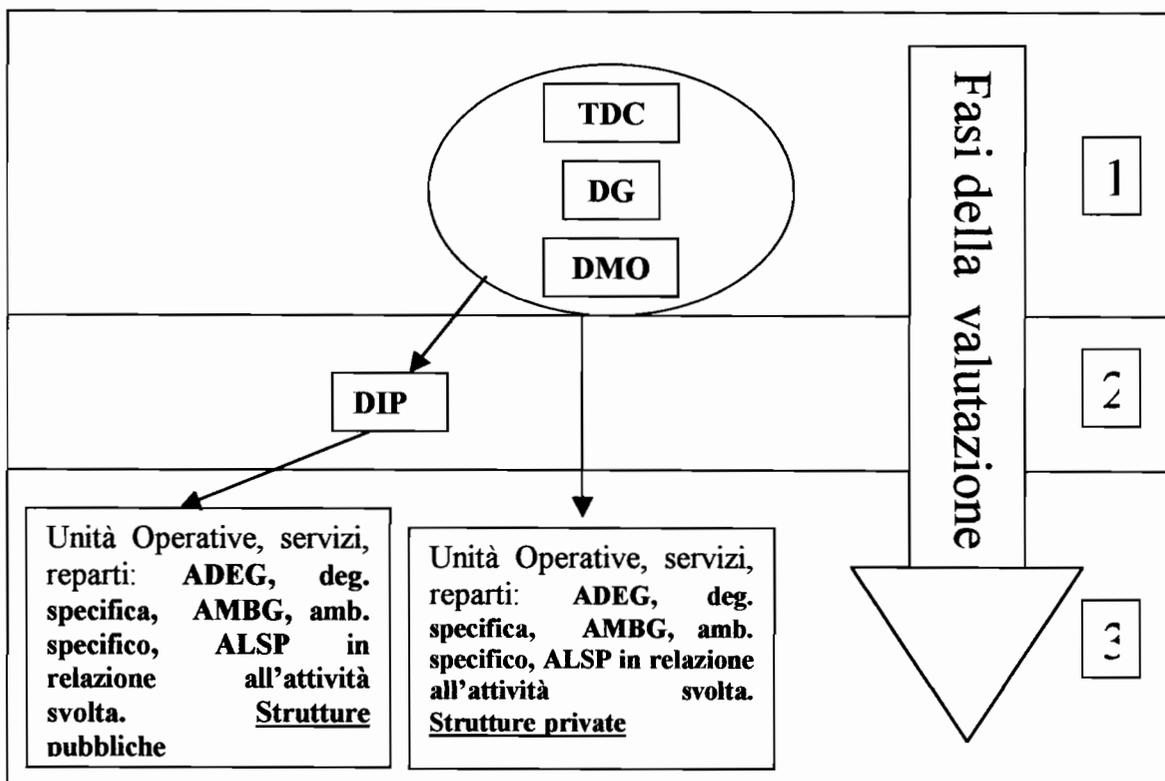
**1a fase:** viene valutato il possesso dei requisiti dei seguenti paragrafi: Tutela dei diritti dei cittadini/utenti (TDC), Direzione Generale Aziendale (DGA) e Direzione Medica Ospedaliera (DMO). Tutte le sezioni debbono possedere almeno i requisiti di tipo A per proseguire nella valutazione ed arrivare all'accreditamento poi di tutta la struttura. Se anche una sola delle tre sezioni non possiede tutti i requisiti di tipo A, non si prosegue nella valutazione e quindi non si accredita la struttura.

**2a fase:** solo per le strutture pubbliche, viene valutato il possesso dei requisiti delle Direzioni dei Dipartimenti (DDIP) che debbono possedere almeno i requisiti di tipo A per proseguire nella valutazione ed arrivare all'accreditamento anche delle singole Unità Operative/Servizi. Se la sezione Direzione del Dipartimento non possiede almeno i requisiti di tipo A, non si prosegue nella valutazione e quindi non si accreditano le Unità Operative, Servizi o Reparti che afferiscono a quel determinato Dipartimento.

**3a fase:** per le strutture pubbliche e private viene valutato il possesso dei requisiti di: singole Unità Operative/Servizi che debbono possedere almeno i requisiti di tipo A per: Area di Degenza Generale (ADEG), parte specifica delle Degenze (ADSP), parte delle eventuali Alte Specialità, Ambulatorio Generale (AMBG) e parte specifica dell'Ambulatorio (a seconda delle attività svolte). Se una delle singole parti dell'Unità Operativa/Servizio non possiede almeno i requisiti di tipo A, non si accreditano l'intera Unità Operativa/Servizio.

Nello schema D vengono raffigurate le fasi precedentemente descritte.

Schema D – Le fasi per l'accreditamento di base delle strutture ospedaliere



Nota: la fase 2 è valida solo per le Strutture Pubbliche

Per le **Strutture Residenziali** si valuterà prima la sezione della Tutela dei Diritti dei Cittadini di cui deve essere posseduto il 100% dei requisiti di tipo A, per proseguire successivamente nella valutazione della sezione delle Residenze Sanitarie (contenente requisiti generali e specifici). Per giungere all'accreditamento completo della struttura tutte le sezioni debbono possedere almeno il 100% dei requisiti di tipo A.

Per le **Strutture Residenziali per Tossicodipendenti** si valuterà soltanto la sezione specifica di cui deve essere posseduto il 100% dei requisiti di tipo A.

Per **Ambulatorio e Poliambulatorio** si valuterà prima la sezione generale relativa ad Ambulatorio ed eventualmente Poliambulatorio, di cui deve essere posseduto il 100% dei requisiti di tipo A. Successivamente si passerà alla valutazione della sezione specifica (una per ogni attività ambulatoriale svolta, qualora tale attività sia stata prevista tra le tipologie del manuale). Tutte le sezioni debbono possedere almeno i requisiti di tipo A.

Per gli **Stabilimenti Termali** si valuterà prima la sezione della Tutela dei Diritti dei Cittadini, di cui deve essere posseduto il 100% dei requisiti di tipo A.

In seguito, si valuterà la sezione specifica della struttura (nella quale si rimanda al rispetto dei requisiti contenuti nella Delibera di Giunta Regionale n.2197 del 23.6.1997).

Per le **Strutture e gli Studi Odontoiatrici** si valuteranno soltanto le sezioni specifiche delle quali deve essere posseduto il 100% dei requisiti di tipo A.

Soddisfatti i requisiti di tipo A (necessari per accedere all'accreditamento istituzionale), secondo la modalità descritta, si valuterà il possesso dei requisiti di tipo B e C, in modo tale da consentire la classificazione delle strutture rispetto alla qualità.

## **4 – CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE RISPETTO ALLA QUALITA'**

Sulla base della rispondenza ai requisiti di tipo A, B, e C, ai sensi dell'art. 15 comma 1 L.R. 20/2000, le strutture vengono classificate in 5 classi di qualità secondo il seguente schema:

<b>classe</b>	<b>criteri</b>
<b>1</b>	<b>ACCREDITAMENTO DI BASE</b> 100 % dei requisiti tipo A posseduti
<b>2</b>	Requisiti tipo A = 100 % Requisiti tipo B = 50 %
<b>3</b>	Requisiti tipo A = 100 % Requisiti tipo B = 75 % Requisiti tipo C = 25 %
<b>4</b>	Requisiti tipo A = 100 % Requisiti tipo B = 100 % Requisiti tipo C = 50 %
<b>5</b>	<b>ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA</b> Requisiti tipo A = 100 % Requisiti tipo B = 100 % Requisiti tipo C = 100 %

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

## 5 – SISTEMA DI INCENTIVAZIONE ALLA QUALITA'

Per le **Strutture Ospedaliere e Residenziali Pubbliche** si prevede un sistema di incentivazione per il raggiungimento delle diverse classi di accreditamento basato sulla distribuzione, a tutte le strutture, di una quota, fino al 3%, del totale delle risorse del Fondo Sanitario Regionale (FSR) ad esse destinate nel sistema di finanziamento.

Più precisamente, le quote da destinare a tale sistema di incentivazione per struttura sono le seguenti:

- Strutture Ospedaliere Pubbliche: fino al 3% della quota del FSR destinata a finanziare le prestazioni ospedaliere (quota DRG del macro livello ospedaliero);
- Strutture Residenziali Pubbliche: fino al 3% della quota del FSR destinata a finanziare il livello residenziale (quota assistenza residenziale del macro livello territoriale).

Tutte le strutture sopra richiamate verranno incentivate in base alla classe di accreditamento raggiunta (da 1 a 5), tenendo conto del fatturato per le Strutture Ospedaliere e delle giornate di degenza per le Strutture Residenziali.

Per la determinazione dell'incentivazione alla qualità per le Strutture Ospedaliere si procederà come segue:

- il punteggio derivante dal livello qualità raggiunto da ciascuna struttura viene moltiplicato per il fatturato registrato dalla stessa;
- il totale delle risorse da destinare all'incentivazione alla qualità viene rapportato al totale di tutte le moltiplicazioni precedenti determinando così il valore economico standard (valore punto qualità);
- il valore punto qualità viene moltiplicato per il fatturato registrato da ogni struttura, determinando così la quota di accesso al premio di incentivazione di ogni struttura ospedaliera<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Strutture Ospedaliere Pubbliche. Gli algoritmi per l'attribuzione dell'incentivazione alla qualità sono i seguenti :

$$D = C / (\sum_i (A_i * B_i))$$

$$E_i = D * (A_i * B_i)$$

dove

A= classe di accreditamento; B= fatturato dell'ospedale; C= x% del macro livello ospedaliero del FSR; D= valore punto qualità; i = singola struttura ospedaliera; E<sub>i</sub> = incentivo qualità per ogni singola struttura ospedaliera

**Esempio:** 3 ospedali con le seguenti caratteristiche: Osp.1: classe di accreditamento 1, fatturato 300 mld; Osp.2: classe di accreditamento 2, fatturato 500 mld; Osp.3: classe di accreditamento 4, fatturato 200 mld

Osp.1:	300*1 = 300
Osp. 2:	500*2 = 1.000
Osp. 3:	200*4 = 800
Totale ( $\sum_i (A_i * B_i)$ )	= 2.100

Finanziamento del livello ospedaliero = 1.000 mld; Quota incentivante: 3% di 1.000 mld = 30 mld

Valore punto qualità (D): 30/2100 = 0,9%

E <sub>1</sub> =	0,9*300 = 4,285
E <sub>2</sub> =	0,9*1.000 = 14,285
E <sub>3</sub> =	0,9*800 = 11,428
E <sub>n</sub> =	30,000

Per le Strutture Residenziali Pubbliche si procederà con la medesima metodologia di calcolo sostituendo il fatturato con il totale delle giornate di degenza registrate. Ovviamente, le singole giornate di degenza verranno pesate in funzione della tipologia di struttura erogante.

## **6 – LA PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO**

I soggetti che intendono chiedere l'accreditamento inoltrano la relativa domanda al Dirigente del Servizio competente in materia di Sanità della Regione completa di:

- domanda su apposito modulo
- autocertificazione concernente la conformità al possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento costituita da: una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (contenuta nel modulo della domanda di cui al punto precedente) firmata dal Responsabile della struttura organizzativa con allegate copie fotostatiche del Manuale di Accredimento autocompilate (cfr. 6.1) e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di intervento oggetto di accreditamento
- apposita scheda per lettura ottica compilata, relativa alle aree di intervento su cui si intende chiedere l'accreditamento (cfr. 6.2)
- documenti attestanti il possesso del requisito contrassegnati nel Manuale con un asterisco
- fotocopia documento d'identità (se la domanda viene inviata per posta).

Occorre precisare che le parti specifiche inserite nel Manuale non contemplano tutte le discipline esistenti in ambito regionale, perciò le strutture che non dovessero trovare rappresentata nel Manuale la loro parte specifica (in particolare alcune tipologie di degenze e di ambulatori) dovranno possedere e quindi autocompilare soltanto le parti generali (p. es. ADEG e AMBG) relative.

### **6.1 - Autovalutazione : sezioni del Manuale da compilare**

Andranno fotocopiate e compilate le sezioni del Manuale di Accredimento relative alle singole aree di intervento delle strutture da accreditare.

Per le **Aziende Ospedaliere e le Case di Cura Private** andranno compilati i seguenti paragrafi del Manuale:

- 1 TDG (Tutela Diritti Cittadini/Utenti);
- 1 DGA (Direzione Generale Aziendale);
- 1 DMO (Direzione Medica Ospedaliera);

## **MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

DDIP (Direzione Dipartimento, nel numero corrispondente ai Dipartimenti, valido solo per il Pubblico);

ADEG (Area di Degenza Requisiti Generali, nel numero corrispondente a tutti i reparti di degenza);

Area di Degenza Requisiti Specifici, ad integrazione dell'ADEG corrispondente, qualora tale disciplina sia stata inserita nel Manuale;

AMBG (Ambulatorio Requisiti Generali, nel numero corrispondente a tutti gli ambulatori presenti);

Ambulatorio Requisiti Specifici, ad integrazione dell'AMBG corrispondente, qualora tale disciplina sia stata inserita nel Manuale. Nel caso vengano svolte diverse attività ambulatoriali, dovrà essere compilata una parte specifica per ogni attività (sempre che sia stata inserita nel manuale).

Nel caso di **Ospedali di Azienda Sanitaria Locale** si segue lo stesso criterio, con la precisazione che per le aree di TDC, DGA e DDIP valgono le autovalutazioni generali aziendali.

Per le **Strutture Residenziali e semiresidenziali** andranno compilate:

1 TDG (Tutela Diritti Cittadini/Utenti);

1 RES (Strutture Residenziali. Tale sezione è comprensiva sia di requisiti generali che specifici per alcune tipologie di strutture).

Nel caso di **Strutture Residenziali e semiresidenziali di Azienda Sanitaria Locale** si segue lo stesso criterio, con la precisazione che per l'area di TDC valgono le autovalutazioni generali aziendali.

Per le **Strutture Residenziali per Tossicodipendenti** andranno compilate:

1 REST (Strutture per Tossicodipendenti).

Per le **Strutture Termali** andranno compilate:

1 TDG (Tutela Diritti Cittadini/Utenti);

1 STER (Strutture Termali).

Per le **Strutture Ambulatoriali e Poliambulatori** andranno compilate:

AMBG (Ambulatorio requisiti generali, nel numero corrispondente a tutti gli ambulatori presenti);

Ambulatorio requisiti specifici, ad integrazione dell'AMBG corrispondente, qualora tale disciplina sia stata inserita nel Manuale. Nel caso vengano svolte diverse attività ambulatoriali nello stesso ambulatorio, dovrà essere compilata una parte specifica per ogni attività (sempre che sia stata inserita nel Manuale).

Per le **Strutture di alta specialità** i requisiti a cui fare riferimento sono quelli delle strutture ospedaliere o ambulatoriali dei paragrafi precedenti in relazione alla tipologia di attività svolta.

Per le **Strutture e Studi odontoiatrici** andranno compilate:

1 ASOD (Struttura odontoiatrica, nel caso di una struttura odontoiatrica);

1 STOD (Studio odontoiatrico, nel caso di uno studio odontoiatrico).

Nello schema C vengono riportate sinteticamente le sezioni del Manuale da compilare per l'autocertificazione

DN

Y

SCHEMA C

SEZIONI DEL MANUALE DA COMPILARE PER L'AUTOCERTIFICAZIONE

REQUISITI AREE DI INTERVENTO	TDC	DGA	DMO	DDIP	ADEG	Degenza specifica	AMBG	Amb. specifico	Alte specialità	RES	REST	STER	STOD e ASOD
PARAGRAFO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11.	12	13
Ospedali	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Case di Cura	X	X	X		X	X	X	X	X				
Ambulatori e Poliambulatori							X	X	X				
Residenze e semiresidenze	X									X			
Residenze per tossicodip.											X		
Terme	X											X	
Studi e strutture odontoiatriche													X

LEGENDA

X = da compilare

X = da compilare se presente

- 1 TUTELA DIRITTI CITTADINI/UTENTI (TDC)
- 2 DIREZIONE GENERALE AZIENDALE (DGA)
- 3 DIREZIONE MEDICA OSP. (DMO)
- 4 DIREZIONE DIPARTIMENTO (DDIP)
- 5 AREA DI DEGENZA (REQUISITI GENERALI) (ADEG)
- 6 AREA DI DEGENZA (REQUISITI SPECIFICI)
- 7 AMBULATORIO e POLIAMBULATORIO (REQUISITI GENERALI) (AMBG)
- 8 AMBULATORIO (REQUISITI SPECIFICI)
- 9 ALTA SPECIALITA'
- 10 RESIDENZE SANITARIE (RES)
- 11 CENTRI RESIDENZIALI CURE PALLIATIVE (HOSP)
- 12 RESIDENZE SANITARIE TOSSICODIPENDENTI (REST)
- 13 STABILIMENTI TERMALI (STER)
- 14 STRUTTURE E STUDI ODONTOIATRICI (ASOD e STOD)

## **6.2. - Compilazione scheda per lettura ottica (SLO)**

La SLO dovrà servire all'organo regionale per il mantenimento di un database informatizzato relativo alle autovalutazioni. La SLO potrà essere reperita presso le ASL, il Servizio Sanità della Regione e gli Ordini dei Medici.

La SLO (così come le già citate copie fotostatiche del Manuale autocompilate allegate alla dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal Responsabile della struttura organizzativa) dovrà essere compilata nel numero corrispondente alle copie fotostatiche prodotte.

La SLO è costituita da due sezioni:

- una su cui scrivere: dati anagrafici, tipologia di presidio, codici assegnati, responsabile, indirizzo, firma e codice paragrafo;
- una da barrare che verrà letta direttamente dal lettore ottico con: codice paragrafo e, in base al n° progressivo del requisito, le risposte da barrare e cioè: SI, NO, NA (non applicabile).



# **II PARTE**

# **I REQUISITI DI ACCREDITAMENTO**

ON

V

# 1 TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI/UTENTI

codice paragrafo

T	D	C	
---	---	---	--

## *La Carta dei Servizi Sanitari*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	La Carta comprende una Guida ai Servizi e vi sono indicati almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'elenco e la sede delle Unità Operative (UO) con relativi numeri telefonici</li> <li>• i servizi offerti dalla struttura</li> <li>• l'indirizzo, il numero telefonico e le modalità di accesso all'URP</li> </ul>		<b>A*</b>
2.	Nella Guida sono indicati orari e modalità di accesso ai servizi <i>Nota:</i> <i>aggiornati almeno annualmente</i>		<b>A</b>
3.	Nella Carta sono presenti gli indicatori di qualità adottati nella struttura		<b>C</b>
4.	Nella Carta sono indicati gli standard riguardanti i tempi massimi di attesa almeno per le seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• rilascio referti</li> <li>• consegna cartelle cliniche</li> <li>• ricovero programmato (escluse le strutture residenziali)</li> <li>• prestazioni specialistiche e diagnostiche</li> </ul>		<b>A</b>
5.	Nella Carta sono indicati anche Impegni e Programmi che l'Azienda intende attuare almeno nei seguenti campi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• relazioni tra operatori ed utenti</li> <li>• umanizzazione e personalizzazione</li> <li>• comfort alberghiero</li> <li>• accoglienza e informazione</li> </ul> <i>Nota:</i> per <b>"Impegni"</b> si intendono le azioni, i processi ed i comportamenti che l'azienda adotta <b>da subito</b> (o nel breve periodo) al fine di garantire alcuni fattori di qualità del servizio o il loro miglioramento. Per <b>"Programmi"</b> si intendono invece cambiamenti sul versante strutturale o organizzativo <b>che non è possibile assicurare immediatamente</b> ; con i programmi si informano i cittadini sulle iniziative in corso, ma non si forniscono garanzie sul servizio reso.		<b>A</b>
6.	Nella redazione della Carta sono state coinvolte le associazioni che rappresentano gli utenti		<b>B</b>
7.	La Carta è stata distribuita a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• associazioni di utenti</li> <li>• ordine dei medici e colleghi professionali</li> <li>• istituzioni</li> <li>• medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta</li> </ul>		<b>A</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• farmacie</li> <li>• tutte le Strutture Sanitarie</li> </ul>		
8.	La Carta contiene l'elenco dei diritti e doveri dell'utente		<b>B</b>

***L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) – Sportello informativo (solo per AUSL, AO)***

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

***Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) (solo per AUSL, AO)***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
15.	E' stato istituito un Centro Unico di Prenotazione (CUP)		<b>A</b>
16.	E' stato nominato un responsabile/referente del CUP		<b>A</b>
17.	Sono fornite agli utenti informazioni circa: costi, tempi e modalità per il pagamento, modalità di preparazione per l'esame		<b>A</b>
18.	E' possibile effettuare prenotazioni tramite CUP sia al mattino sia al pomeriggio		<b>A</b>
19.	L'attività del CUP è periodicamente valutata in ordine a efficienza, accessibilità, congruità con gli obiettivi della struttura e i bisogni degli utenti		<b>A</b>

***L'accessibilità e la fruibilità***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
20.	E' possibile la prenotazione telefonica di esami strumentali e visite specialistiche		<b>A</b>
21.	Sono stati definiti e sono a disposizione del pubblico i criteri per la formazione delle liste d'attesa		<b>A*</b>
22.	La struttura predispone annualmente un rapporto sul rispetto delle liste di attesa e sulle cause che ne hanno determinato i cambiamenti		<b>B</b>
23.	I pagamenti sono effettuabili nell'arco delle 12 ore giornaliere tramite cassa o altre forme di pagamento (bollettini di CC postale, POS, Carte di Credito, possibilità di sportelli automatici, etc.) <i>Nota: valido per le strutture di ricovero per acuti</i>		<b>B</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

24.	Tutto il personale della struttura espone il cartellino indicante generalità e qualifica professionale		<b>A</b>
25.	L'elenco dei responsabili dell'assistenza medica e del/la caposala che operano nell'Articolazione è affisso e visibile dagli utenti		<b>A</b>
26.	E' garantito l'accesso alle organizzazioni di volontariato secondo procedure definite		<b>A</b>
27.	La segnaletica è leggibile a distanza, di giorno e di notte, e di facile comprensione		<b>A</b>
28.	Per facilitare l'accesso e l'individuazione dei percorsi esiste una segnaletica all'esterno dell'edificio, lungo i percorsi e all'ingresso dell'UO e dei servizi di destinazione		<b>A</b>
29.	Negli Ospedali di rete e nelle Aziende Ospedaliere (AO) le indicazioni per l'orientamento dell'utente straniero all'ingresso alla struttura e all'emergenza, ai principali servizi e UO sono facilitati attraverso l'uso di mappature e/o segnaletica multilingue e/o percorsi colorati e/o altro		<b>B</b>
30.	La segnaletica per l'accesso e l'individuazione dei percorsi è almeno in francese e inglese (negli Ospedali di rete e AO)		<b>C</b>
31.	E' consentita all'utente la possibilità di scelta del menù		<b>A</b>
32.	E' consentita all'utente la possibilità di scelta del menù nel rispetto della propria appartenenza religiosa		<b>A</b>
33.	Sono assicurati all'utente altri servizi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• barbiere e parrucchiere</li> <li>• prelievo bancario (negli Ospedali di rete e AO)</li> <li>• libreria e/o edicola (negli Ospedali di rete e AO)</li> </ul>		<b>A</b>
34.	E' consentita all'utente durante la degenza l'assistenza religiosa nel rispetto della propria fede		<b>A</b>
35.	E' assicurato al bisogno l'intervento di servizio sociale		<b>A</b>

***La soddisfazione dell'utente***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
36.	Viene distribuito un questionario per la raccolta del grado di soddisfazione dell'utente e famigliari		<b>A</b>
37.	La qualità percepita dagli utenti (art.14 D.lgs.502/92) è oggetto di monitoraggio da parte della struttura almeno una volta all'anno		<b>A</b>
38.	Sono documentabili le modifiche apportate sull'organizzazione derivate dall'analisi dei risultati		<b>C</b>
39.	E' garantita la possibilità a parenti ed accompagnatori di usufruire, all'interno della struttura, di pasti caldi		<b>C</b>

***La riservatezza dei dati e il consenso informato***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
40.	Esiste e viene applicata una procedura aziendale per la raccolta del consenso informato		<b>A</b>

## 2 DIREZIONE GENERALE

Il presente capitolo riguarda le Direzioni Generali delle strutture sanitarie **Pubbliche e Private**. In particolare sono tenute al rispetto dei requisiti di accreditamento le **Direzioni delle AUSL, delle AO, delle Case di cura Private e delle Strutture Residenziali** che abbiano un numero minimo di **almeno 100 posti letto**.

codice paragrafo

D	G	A	
---	---	---	--

### *La politica, gli obiettivi e le attività*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	<p>Esiste un Piano Strategico Aziendale (PSA), o equivalente per le Amministrazioni Private, in cui sono esplicitati obiettivi e azioni strategiche a breve e medio periodo</p> <p><i>Interpretazione:</i>  <i>obiettivi di medio periodo: entro 2-3 anni</i>  <i>obiettivi di breve periodo: entro 1 anno</i></p>		<b>A*</b>
2.	<p>Gli obiettivi e le azioni strategiche a medio e lungo periodo sono coerenti con i livelli sovraordinati e la normativa vigente</p> <p><i>Interpretazione:</i>  <i>nella stesura del documento sono stati tenuti in considerazione gli indirizzi gestionali forniti dalla Regione e le normative vigenti (in particolare modo il Piano Sanitario Regionale)</i></p>		<b>A</b>
3.	<p>Gli obiettivi e le Azioni Strategiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sono definiti attraverso un processo di negoziazione almeno con la dirigenza delle macrostrutture coinvolte (Dipartimenti, UO, Distretti) nel raggiungimento degli obiettivi</li> <li>• sono concertati con le istituzioni locali</li> <li>• sono definiti attraverso la partecipazione e consultazione delle organizzazioni sindacali, delle rappresentanze degli utenti e degli organismi di volontariato interessati</li> <li>• contengono l'indicazione del tempo necessario al loro perseguimento</li> <li>• contengono l'indicazione delle scadenze entro le quali viene verificato il loro raggiungimento</li> </ul> <p><i>Nota:</i>  <i>tale requisito si applica esclusivamente alle strutture pubbliche</i></p>		<b>A</b>
4.	<p>Il PSA o equivalente è stato divulgato all'interno di tutte le UO dell'Azienda</p> <p><i>Interpretazione:</i>  <i>invio tramite lettera ai singoli dipendenti, riunioni finalizzate, riviste interne.</i></p>		<b>A</b>
5.	<p>Esiste documentazione che il sistema premiante è orientato al miglioramento della qualità delle prestazioni, all'appropriatezza e al</p>		<b>B</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	raggiungimento degli obiettivi economici <i>Nota: tale requisito si applica esclusivamente alle Strutture Pubbliche</i>		
6.	Negli ospedali con più di 350 posti letto è prevista una percentuale di posti letto indistinti di almeno il 15% e sono definiti, con i Dipartimenti, i criteri di utilizzo degli stessi		<b>B</b>
7.	Esiste documentazione relativa alla organizzazione del servizio infermieristico (a livello di Direzione Generale – Direzione Medica Ospedaliera- Direzione Dipartimentale - Servizi Territoriali)		<b>A</b>

**La struttura organizzativa**

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
8.	Esiste un documento in cui viene definita l'organizzazione interna <i>Interpretazione: è stata individuata la struttura organizzativa: componenti di staff, Dipartimenti, UO o altre modalità organizzative interne</i>		<b>A</b>
9.	E' definito ed aggiornato periodicamente l'organigramma delle dirigenze delle UO o delle altre modalità organizzative interne con relativa matrice delle responsabilità ed attività		<b>A</b>
10.	Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei responsabili delle UO o delle altre modalità organizzative interne in caso di assenza programmata e non programmata		<b>A</b>
11.	Esiste un documento contenente l'indicazione delle attività svolte dalla Azienda Sanitaria o Amministrazione Privata <i>Interpretazione: per indicazione delle attività svolte si intende la descrizione sintetica di quanto erogato dalle singole Articolazioni Organizzative. Una elencazione più dettagliata dei servizi erogati andrà formulata nei documenti dei Dipartimenti/Articolazioni Organizzative</i>		<b>B</b>
12.	Esiste un documento contenente indicazioni per l'organizzazione dell'attività libero professionale intramoenia <i>Nota: tale requisito si applica esclusivamente alle Strutture Pubbliche</i>		<b>A</b>
13.	E' garantito il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa nel rapporto di lavoro del personale impegnato nelle strutture		<b>A</b>
14.	Per le Amministrazioni Private è garantita l'applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di lavoro ARIS-AIOP-CGIL-CISL-UIL		<b>A</b>

**L'attivazione, nelle strutture pubbliche, del " Controllo di Gestione" (CdG)**

Nelle Aziende Sanitarie, l'intero circuito della programmazione e del controllo (soluzioni organizzative, contabilità analitica, processo di budgeting e di reporting, analisi degli scostamenti, etc.), può essere formalizzato tramite delibera del direttore generale o più semplicemente con regolamenti organizzativi interni.

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
15.	Sono stati definiti la struttura organizzativa del CdG ed il responsabile <i>Interpretazione: da verificare su organigramma, funzionigramma o delibere</i>		<b>A</b>

*W*

*Y*

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

16.	È stata individuata la mappa dei Centri di Responsabilità (CdR) con l'individuazione del responsabile e dell'autonomia decisionale attribuitagli <i>Interpretazione: da verificare su linee guida di budget e/o regolamento e/o delibere e/o documenti di lavoro del CdG</i>		<b>A*</b>
17.	È stato formalizzato ed attivato il sistema di "budgeting" <i>Interpretazione: da verificare l'esistenza di linee guida di budget e/o delibere e/o documenti di lavoro della Direzione Generale</i>		<b>B</b>
18.	Sono state definite le modalità di negoziazione degli obiettivi, delle attività e delle risorse <i>Interpretazione: da verificare le schede di budget sottoscritte</i>		<b>B</b>
19.	Esiste una procedura per la formalizzazione del budget per CdR <i>Interpretazione: da verificare su regolamenti e/o linee guida e/o delibere</i>		<b>B</b>
20.	È stato formalizzato ed attivato il sistema di "reporting" <i>Interpretazione: da verificare su regolamenti e/o linee guida e/o delibere</i>		<b>B</b>
21.	I report periodici vengono continuamente diffusi e discussi a tutti i livelli di responsabilità <i>Interpretazione: fino ai CdR di primo livello</i>		<b>C</b>
22.	Sono previste modalità di raccordo ed integrazione tra il CdG, gli altri organi di staff (Comitato di Budget, Gestione Risorse Umane, Qualità, etc.) e il Nucleo di Valutazione <i>Interpretazione: da verificare su documenti interni di lavoro</i>		<b>C</b>
23.	Sono previste modalità di raccordo ed integrazione tra il CdG e l'Ufficio Bilancio <i>Interpretazione: da verificare su documenti interni di lavoro</i>		<b>C</b>
24.	È stato attivato il Nucleo di Valutazione aziendale <i>Interpretazione: da verificare su delibera</i>		<b>A</b>

**La gestione degli impianti**

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
25.	Esiste un piano per la messa a norma degli impianti di gas medicinali, aspirazione endocavitaria, ed evacuazione gas medicinali secondo la norma UNI EN 737		<b>C</b>
26.	Esiste un piano per la manutenzione degli impianti di gas medicinali, aspirazione endocavitaria, ed evacuazione gas medicinali secondo la norma UNI EN 737		<b>C</b>

ON

Y

***La gestione delle risorse umane***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
27.	Per tutto il personale della struttura è disponibile un fascicolo personale contenente il curriculum professionale dal quale emergono: <ul style="list-style-type: none"> <li>• i titoli accademici</li> <li>• il percorso professionale</li> <li>• i titoli scientifici</li> <li>• le attività formative di aggiornamento professionale</li> </ul>		<b>B</b>
28.	E' stata formalizzata la funzione di staff alla Direzione Generale e l'individuazione di un responsabile o referente per il coordinamento delle attività di formazione a livello aziendale <i>Nota: la nomina è stata fatta con atto formale</i>		<b>A</b>
29.	Il PSA o equivalente contiene l'esplicitazione della strategia aziendale per la formazione e ne è stata data comunicazione alle organizzazioni sindacali		<b>A</b>
30.	E' stato prodotto ed è stato concertato con le organizzazioni sindacali un "Piano di Formazione" annuale o triennale		<b>A</b>
31.	Il "Piano di Formazione" annuale o triennale contiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il consuntivo delle attività di formazione svolte nell'anno precedente</li> <li>• l'analisi del fabbisogno formativo</li> <li>• l'individuazione degli obiettivi di apprendimento e di risultato</li> <li>• l'individuazione delle metodologie coerenti con gli obiettivi enunciati</li> <li>• il piano di valutazione di processo e di risultato (ricadute operative) delle azioni formative programmate</li> </ul>		<b>C</b>
32.	Gli obiettivi del Piano di Formazione sono coerenti con gli obiettivi aziendali		<b>A</b>
33.	E' stato destinato un budget specifico per realizzare il Piano di Formazione annuale		<b>B</b>
34.	La formulazione del Piano di Formazione e del relativo budget è avvenuta a seguito della rilevazione dei bisogni formativi e con il coinvolgimento delle diverse componenti professionali dell'Azienda		<b>B</b>
35.	Esistono procedure/protocolli operativi sulle attività formative dell'Azienda <i>Nota: esiste un documento chiaro e sintetico che fornisce indicazioni utili e coerenti con la politica aziendale ed i C.C.N.N.L.L. per l'attivazione di percorsi formativi individuali o collettivi, realizzati dall'Azienda o commissariati all'esterno</i>		<b>B</b>
36.	Esiste un documento che regola il piano di acquisto di testi e riviste scientifiche		<b>A</b>
37.	E' documentato l'utilizzo finalizzato del budget preventivato annualmente per l'attività di formazione		<b>B</b>
38.	Il documento sull'utilizzo finalizzato delle risorse destinate alla formazione contiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'investimento realizzato nell'anno (espresso in percentuale sul costo globale del personale)</li> </ul>		<b>C</b>

*Or*

*Y*

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>il n° di ore di formazione erogate per dipendente e per fasce professionali</li> </ul>		
39.	Esiste una biblioteca aziendale centralizzata con punti di consultazione in ogni presidio		<b>C</b>
40.	Le attività di formazione comprendono un programma di addestramento alla Rianimazione Cardio-Polmonare di base che coinvolga almeno il 75 % del personale sanitario		<b>B</b>
41.	Esistono procedure per la valutazione periodica del clima aziendale interno <i>Nota:</i> <i>vengono utilizzati anche indicatori quali: il turnover del personale, il tasso di assenze, il tasso di partecipazione alle riunioni interne, il numero di reclami per comportamenti scorretti degli operatori e i dati sulla conflittualità interna</i>		<b>C</b>
42.	Vengono utilizzati strumenti standardizzati per valutare almeno le seguenti dimensioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>la diffusione della conoscenza degli orientamenti strategici e degli obiettivi dell'Azienda</li> <li>il livello di integrazione delle diverse unità organizzative dell'Azienda</li> <li>il grado di soddisfazione degli operatori nel rapporto con i propri referenti gerarchici e con il sistema di gestione-controllo-verifica</li> <li>il grado di soddisfazione degli operatori nel rapporto con il proprio lavoro</li> <li>il rischio di Burn-out</li> </ul> <i>Nota:</i> <i>tali valutazioni vengono effettuate almeno ogni due anni</i>		<b>C</b>
43.	I risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale vengono discussi e analizzati in apposite riunioni della direzione		<b>C</b>
44.	I risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale sono utilizzati per politiche conseguenti relative alla gestione del personale <i>Nota:</i> <i>esiste evidenza di ciò in atti ufficiali</i>		<b>C</b>
45.	Sono disponibili, per agevolare il reinserimento al lavoro dopo il periodo della gravidanza delle lavoratrici madri, servizi di accoglienza per il nuovo nato <i>Nota:</i> <i>requisito valido per le strutture con un numero di dipendenti maggiore di 1000</i>		<b>C</b>

**La conformità alla normativa vigente e programmazione acquisti**

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
46.	E' disponibile la documentazione che attesti l'avvenuto rilascio di tutte le autorizzazioni e concessioni da parte delle autorità competenti		<b>A</b>
47.	E' disponibile la planimetria generale di tutta la struttura		<b>A</b>
48.	Esiste un piano di ammodernamento delle attrezzature <i>Nota:</i> <i>tale piano può all'inizio riguardare attrezzature il cui valore economico sia superiore ai 20 milioni</i>		<b>B</b>
49.	E' stato individuato con atto formale un responsabile aziendale del		<b>A</b>

## MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE

	<p>parco tecnologico per gli interventi di manutenzione, ordinaria e straordinaria, della struttura e degli impianti generali</p> <p><i>Nota:</i>  <i>in alternativa può essere individuato il quadro delle responsabilità diffuse.</i>  <i>Per <b>Manutenzione ordinaria</b> si intende: uso, gestione ordinaria e quotidiana, regole base di sicurezza, pulizia, conservazione in efficienza, revisione periodica e programmata, sostituzione periodica e prevista di dispositivi o parti di essi.</i>  <i>Per <b>Manutenzione straordinaria</b> si intende: gestione di situazioni imprevedibili o non programmabili</i></p>		
50.	Sono state identificate le procedure generali aziendali per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle risorse tecnologiche generali (es. gas medicali, ascensori, impiantistica etc.)		<b>B</b>
51.	E' stato formalizzato un sistema di rilevazione dei tempi di fermo-macchina delle risorse tecnologiche generali (in caso di guasti)		<b>C</b>
52.	Le procedure per l'acquisizione delle apparecchiature biomediche (generali e delle singole UO) sono regolamentate e vi è evidenza della loro applicazione nei capitolati specifici con definizione di standard di qualità e costo		<b>B</b>
53.	<p>Il personale utilizzatore delle apparecchiature biomediche (generali e delle singole unità operative) è coinvolto nella definizione dei bisogni di acquisto con riferimento in particolare alla definizione di specifiche tecniche, criteri di scelta , bisogni formativi correlati</p> <p><i>Nota:</i>  <i>si dovrà quindi tenere conto di analisi dei costi/benefici, apprezzamento da parte degli utenti, semplicità di utilizzo, controlli di qualità sui prodotti, formazione e servizi post vendita offerti dai fornitori, caratteristiche di sicurezza per il paziente e per gli operatori, compatibilità con l'attrezzatura già esistente</i></p>		<b>C</b>

### ***Il Piano aziendale per la Qualità***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
54.	Esiste un Piano aziendale per la Qualità in cui siano definiti gli obiettivi a breve e medio periodo		<b>A</b>
55.	E' stata formalizzata una funzione di staff alla Direzione Generale con l'individuazione di un responsabile/referente del piano aziendale della qualità in base alle caratteristiche richieste dal Piano Sanitario Regionale		<b>A</b>
56.	Vi è documentazione che annualmente ogni UO effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto sperimentale di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ), in linea con le indicazioni strategiche aziendali		<b>A</b>
57.	Esiste una procedura formalizzata per la valutazione e diffusione periodica dei risultati delle attività di MCQ svolte a livello aziendale		<b>B</b>

### ***I programmi aziendali per il Miglioramento Continuo della Qualità***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
58.	Esiste documentazione che la Direzione Generale ha attivato programmi orientati allo sviluppo dell'appropriatezza d'uso dei trattamenti terapeutici e degli esami diagnostici		<b>A</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

59.	Esiste documentazione che la Direzione Generale ha attivato programmi orientati all’appropriatezza d’uso dei regimi assistenziali (ricoveri ordinari, Day Hospital e attività ambulatoriale)		<b>A</b>
60.	Esiste documentazione che la Direzione Generale ha attivato programmi orientati all’implementazione dei “ <b>profili di assistenza</b> ” <i>Nota: tale requisito si deve intendere solo per il Pubblico</i>		<b>A</b>
61.	I profili di assistenza devono contenere indicatori per il monitoraggio dei risultati di processo ed esito clinico <i>Nota: tale requisito si applica esclusivamente alle Strutture Pubbliche</i>		<b>B</b>
62.	Sono stati attivati i programmi finalizzati a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• “buon uso del sangue, emocomponenti ed emoderivati” almeno sull’uso appropriato dell’albumina</li> <li>• “razionale utilizzo dei farmaci” almeno sulla chemioprolifassi preoperatoria</li> <li>• “razionale utilizzo dei presidi diagnostici” almeno sugli esami preoperatori</li> </ul> <i>Nota: tale requisito si applica esclusivamente alle Strutture Pubbliche</i>		<b>A</b>
63.	I programmi attivati e le scelte fatte sono fondati, laddove ne esistono, su evidenze scientifiche di efficacia		<b>A</b>

***Il sistema informativo***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
64.	Esiste un elenco aggiornato degli obblighi informativi per i livelli regionale e nazionale		<b>A</b>
65.	E’ documentato il rispetto delle scadenze degli obblighi informativi del livello regionale e nazionale		<b>B</b>
66.	E’ stato formalizzato un set di indicatori intra-aziendale per il monitoraggio dell’attività svolta		<b>B</b>
67.	Sono state definite le modalità di gestione dei dati interni ed esterni <i>Interpretazione: per gestione si intende la raccolta, l’elaborazione e la valutazione dei dati</i>		<b>B</b>
68.	Esiste una procedura per il trattamento dei dati sensibili (legge 675/96 e successive integrazioni)		<b>A</b>
69.	Sono definite e regolamentate le procedure di accesso agli archivi		<b>A</b>
70.	Sono state predisposte procedure per la valutazione della qualità dei dati e dei flussi informativi		<b>B</b>
71.	Viene redatta annualmente una relazione sull’attività dell’Azienda		<b>A</b>
72.	La relazione è diffusa ai livelli sovraordinati e al personale dell’Azienda <i>Nota: tramite riunioni finalizzate, pubblicazioni interne, etc.</i>		<b>A</b>

# 3 DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA

codice paragrafo

D	M	O	
---	---	---	--

## *L'articolazione organizzativa (solo per AUSL, AO)*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono stati definiti in un documento l'organigramma del personale, la matrice di responsabilità e le attività corrispondenti della Direzione Medica Ospedaliera (DMO)		<b>A</b>
2.	Viene redatta e diffusa ai livelli sovraordinati una relazione di rendiconto della attività annuale della DMO		<b>B</b>
3.	E' stato predisposto un programma in cui sono individuati gli indirizzi e i criteri per l'accesso alla formazione del personale della DMO		<b>B</b>
4.	Sono definite le procedure per l'ammissione e la definizione delle attività di tutto il personale volontario o frequentatore ed in formazione all'interno del presidio		<b>A</b>
5.	Sono definite le procedure che regolamentano l'accesso e le funzioni delle associazioni di volontariato		<b>A</b>

## *La funzione organizzativa*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
6.	Esiste una procedura che garantisca la continuità assistenziale attraverso la predisposizione dei turni di servizio, di guardia e di pronta disponibilità del personale sanitario, tecnico, amministrativo e professionale addetto ai servizi sanitari		<b>A</b>
7.	Esiste una procedura per l'espletamento dei provvedimenti disciplinari a carico del personale in accordo con la normativa vigente e per quanto di propria competenza		<b>A</b>
8.	Esiste una procedura con cui vengono individuate le modalità di intervento della DMO a supporto delle UO nella interpretazione ed applicazione delle norme e regolamenti, a garanzia di un'omogenea implementazione		<b>B</b>
9.	Sono definite le principali situazioni nelle quali il servizio è chiamato ad esprimere pareri, e sono formalizzate le procedure per la formulazione dei giudizi		<b>B</b>
10.	Sono stati definiti i criteri di allocazione e di gestione delle risorse umane e materiali per i servizi di propria competenza <i>Nota: tale requisito si applica esclusivamente alle Strutture Pubbliche</i>		<b>A*</b>
11.	La DMO ha definito il piano di emergenza per tutta la struttura		<b>A</b>

ON

J

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

12.	La DMO ha definito un piano di massiccio accesso di utenti alla struttura (ad es. in caso di gravi incidenti, calamità etc.)		<b>A</b>
-----	--	--	----------

***La funzione medico-legale***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
13.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura la gestione dell'archivio sanitario, delle cartelle cliniche e del loro rilascio		<b>A</b>
14.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura la gestione del flusso informativo in tutti i casi di denunce obbligatorie		<b>A</b>
15.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura la gestione degli adempimenti di polizia mortuaria		<b>A</b>
16.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura la gestione della cremazione		<b>A</b>
17.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura l'applicazione della normativa in tema di sperimentazione		<b>B</b>
18.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura la gestione degli espunti ed eventuali trapianti		<b>A</b>
19.	La DMO ha regolamentato attraverso una procedura la normativa sulla privacy		<b>A</b>

***La funzione di igiene e tecnica ospedaliera***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
20.	Sono stati definiti i criteri per la gestione degli spazi all'interno della struttura ospedaliera		<b>A</b>
21.	Esistono procedure per il controllo da parte della DMO dei servizi alberghieri della struttura		<b>A</b>
22.	La DMO cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per le pratiche di sanificazione, disinfezione, disinfestazione, sterilizzazione in tutta la struttura		<b>A</b>
23.	La DMO cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la gestione dei rifiuti ospedalieri		<b>A</b>
24.	La DMO cura la produzione ed il rispetto di procedure e regolamenti per la gestione sotto il profilo igienico della ristorazione collettiva		<b>A</b>
25.	La DMO esprime valutazione tecnico-sanitaria e organizzativa sull'acquisto di nuove tecnologie, a partire dalle specifiche tecniche e dalle valutazioni sul rapporto costo/beneficio		<b>A</b>
26.	La DMO ha attivato una procedura per la verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore delle modalità di manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche		<b>A</b>

DN

/

***La funzione di prevenzione***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
27.	La DMO ha definito le strategie e le procedure, per tutto il presidio, per la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere anche attraverso la commissione preposta (CIO)		<b>A*</b>
28.	E' attivo un sistema di sorveglianza epidemiologica delle infezioni ospedaliere		<b>A</b>
29.	Esistono documenti che definiscono i casi e le modalità per l'isolamento dei pazienti affetti da malattie contagiose o presunte tali		<b>A</b>
30.	Sono stati identificati i rischi e definite le procedure per garantire la sicurezza in ambito ospedaliero per gli utenti		<b>A</b>
31.	Esiste evidenza che la DMO collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale per la valutazione e rimozione dei rischi		<b>A</b>

***La funzione di promozione della qualità***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
32.	La DMO ha attivato una procedura, per quanto di competenza, per la gestione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)		<b>A</b>
33.	Si eseguono verifiche periodiche documentate sulla completezza e correttezza della SDO		<b>A</b>
34.	La DMO promuove e partecipa a programmi di valutazione sull'appropriatezza dei ricoveri		<b>C</b>
35.	La DMO promuove e partecipa a programmi di valutazione e miglioramento nella gestione delle liste d'attesa		<b>B</b>
36.	Esiste un programma di audit medico basato sulla valutazione dei prelievi autoptici		<b>B</b>
37.	Il programma di audit medico basato sui rilievi autoptici prevede la valutazione di almeno il 10 % delle morti intraospedaliere		<b>C</b>
38.	La DMO promuove e partecipa a programmi di valutazione e miglioramento relativi all'applicazione dei protocolli diagnostici a livello di UO cliniche e di ambulatorio		<b>B</b>

DN

-

## 4 DIREZIONE DI DIPARTIMENTO

Valido solo per le Strutture Pubbliche

codice paragrafo

D	D	I	P
---	---	---	---

### *La politica, gli obiettivi e le attività'*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste un documento di programmazione, del Dipartimento, in cui sono esplicitati gli obiettivi e le attività di breve-medio periodo coerenti con le linee del Piano Strategico Aziendale (PSA) <i>Nota: tale documento può identificarsi con quanto contenuto nella scheda di budget</i>		<b>A</b>
2.	Gli obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sono misurabili attraverso indicatori specifici</li> <li>• contengono l'indicazione del tempo necessario al loro perseguimento</li> <li>• contengono l'indicazione delle scadenze entro cui andranno verificati</li> </ul>		<b>A</b>
3.	Gli obiettivi e le attività del documento di programmazione sono formulati con il coinvolgimento del Comitato di Direzione del Dipartimento		<b>A</b>
4.	Gli obiettivi e le attività del documento di programmazione sono formulati con il coinvolgimento del personale del Dipartimento		<b>B</b>
5.	Gli obiettivi negoziati nel comitato di direzione, sono portati a conoscenza di tutto il personale del Dipartimento		<b>A</b>
6.	I risultati dell'attività svolta in relazione anche agli obiettivi prefissati nel budget, vengono presentati e discussi in un'apposita riunione con il personale dell'articolazione organizzativa almeno una volta all'anno		<b>A</b>

### *La gestione delle risorse umane*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
7.	E' definito l'organigramma del personale del Dipartimento		<b>A*</b>
8.	E' definita una matrice delle responsabilità e attività corrispondenti		<b>B</b>
9.	Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione degli operatori (in ogni ruolo) in caso di assenza		<b>B</b>
10.	Lo schema organizzativo é riveduto annualmente e ad ogni cambiamento del comitato di Dipartimento		<b>B</b>
11.	Esiste evidenza che il sistema premiante intradipartimentale è stato portato a conoscenza di tutto il personale del Dipartimento		<b>A</b>

DN

Y

***La gestione delle risorse tecnologiche***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
12.	Esiste l'inventario delle attrezzature presenti nel Dipartimento comprendente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il tipo di strumento</li> <li>• il fornitore</li> <li>• il riferimento al contratto di acquisizione</li> <li>• il codice identificativo aziendale (se l'attrezzatura è di proprietà dell'Ente)</li> </ul>		<b>B</b>
13.	Sono stati individuati i referenti per l'attivazione delle procedure di manutenzione delle singole attrezzature		<b>A</b>
14.	Esiste evidenza della esecuzione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria		<b>B</b>
15.	Le attività analitiche eventualmente svolte nelle UO cliniche al di fuori del Laboratorio Analisi devono essere autorizzate dal Direttore Sanitario, sentito il Responsabile del Laboratorio Analisi, e aggiornate nel tempo		<b>A</b>
16.	Per tutte le attività analitiche svolte al di fuori del Laboratorio Analisi, è disponibile una procedura che deve contenere almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• modalità di preparazione del paziente</li> <li>• modalità di raccolta e conservazione del campione</li> <li>• descrizione della procedura di analisi</li> </ul>		<b>A</b>
17.	Per tutte le attività analitiche svolte al di fuori del Laboratorio Analisi esiste una procedura, concordata con il Laboratorio Analisi, relativa ad un programma di Controllo di Qualità Interno		<b>A</b>

***Le procedure organizzative generali***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
18.	Esiste un protocollo operativo in cui sono esplicitati: <ul style="list-style-type: none"> <li>• criteri di accesso e trasferimento del paziente</li> <li>• programmazione liste di attesa</li> <li>• accoglimento e registrazione</li> </ul>		<b>A</b>
19.	Sono disponibili e applicati tutti i protocolli operativi generali della struttura, emanati dalla Direzione Medica Ospedaliera, relativi almeno a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• conservazione, manipolazione e smaltimento di sostanze chimiche e biologiche</li> <li>• prelievo, conservazione e trasporto di tutti i materiali organici da sottoporre ad accertamenti</li> <li>• utilizzo delle precauzioni universali</li> </ul>		<b>A</b>
20.	Esistono protocolli operativi per il collegamento con i Servizi e le UO funzionalmente connessi		<b>B</b>

DN

y

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

21.	Esistono procedure per la gestione delle consulenze cliniche tra le diverse UO		<b>B</b>
22.	Le attività assistenziali vengono assicurate secondo precisi piani di lavoro (discussi con le figure professionali presenti nell'articolazione organizzativa)		<b>B</b>
23.	Per le attività assistenziali vengono definiti precisi indicatori		<b>B</b>
24.	Per le UO cliniche con degenza sono documentate la predisposizione e l'applicazione di protocolli diagnostici, concordati con i dirigenti dei servizi diagnostici, relativi agli esami all'ingresso per almeno i 3 DRG più frequenti		<b>A</b>
25.	Per le attività ambulatoriali sono documentate la predisposizione e l'applicazione di protocolli diagnostici concordati con i dirigenti dei servizi diagnostici, per le 5 patologie più frequenti		<b>A</b>
26.	Le motivazioni delle variazioni apportate ai protocolli diagnostici devono essere documentate		<b>A</b>
27.	Esiste un protocollo interno per l'accesso agli esami di alta specialità (TAC e RNM)		<b>A</b>
28.	Sono definiti i criteri di accesso al ricovero ordinario e al DH per l'utilizzazione dei posti indistinti		<b>A</b>

***I profili di assistenza***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
29.	Il Dipartimento predispone annualmente almeno un profilo di assistenza e revisiona quelli precedentemente costruiti		<b>A*</b>
30.	Per ogni profilo di assistenza sono indicati: <ul style="list-style-type: none"> <li>• i criteri che ne hanno determinato la scelta</li> <li>• la descrizione del profilo</li> <li>• gli indicatori di esito clinico e di processo</li> <li>• il coordinatore o il gruppo di coordinamento</li> <li>• gli operatori che hanno partecipato alla stesura</li> <li>• la data della compilazione o della conferma o dell'aggiornamento</li> </ul>		<b>A</b>
31.	Tutti gli operatori delle UO coinvolte nella costruzione del profilo sono stati informati sui contenuti dello stesso e formati relativamente alle nuove procedure assistenziali		<b>A</b>
32.	I documenti relativi al profilo sono collocati in posizione facilmente accessibile in ogni UO		<b>A</b>
33.	Viene effettuata annualmente la valutazione del grado di applicazione del profilo di assistenza e sono valutati i motivi di scostamento dal profilo stesso		<b>B</b>

ON

g

***La promozione della qualità***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
34.	Il Dipartimento partecipa annualmente almeno ad un progetto di MCQ al di fuori di quelli definiti dalla Direzione Generale		<b>A</b>
35.	I dati dei risultati delle varie attività di MCQ vengono periodicamente discussi in riunioni interne		<b>A</b>
36.	Viene effettuata e documentata una revisione clinica della casistica trattata dai professionisti almeno mensilmente in tutte le UO		<b>B</b>
37.	I miglioramenti e i risultati raggiunti sono documentati e pubblicizzati		<b>C</b>
38.	Almeno una delle UO del Dipartimento partecipa a programmi di accreditamento professionale tra pari		<b>C</b>
39.	E' stato individuato e viene periodicamente valutato un set di indicatori di esito clinico		<b>C</b>

***Il sistema informativo***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
40.	Esiste evidenza che i flussi informativi verso la Direzione Generale avvengono nei modi e nei tempi previsti dal sistema informativo aziendale		<b>A</b>
41.	Viene redatta annualmente una relazione sull'attività del Dipartimento, concordata con i professionisti, che contenga la valutazione degli esiti clinici basata su un sistema di indicatori costruiti dal Dipartimento		<b>C</b>
42.	La relazione sulle attività del Dipartimento è portata a conoscenza dei livelli sovraordinati		<b>C</b>

***La comunicazione***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
43.	Il Dipartimento ha predisposto la Guida ai Servizi		<b>A</b>
44.	La Guida ai Servizi è aggiornata almeno annualmente		<b>B</b>
45.	Nella Guida ai Servizi vengono indicate anche le prestazioni erogabili dal personale della struttura in regime libero-professionale (intra-moenia) con le relative modalità di accesso, tempi di attesa, oneri a carico dell'utente		<b>B</b>

*Or*

*γ*

## 5 AREA DI DEGENZA

I requisiti sottoelencati sono validi anche per Day Hospital e Day Surgery quando costituiti in Unità Operative autonome.

codice paragrafo

A	D	E	G
---	---	---	---

### *La Guida ai Servizi*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	La Guida è fornita all'utente		<b>A</b>
2.	Nella Guida sono esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente		<b>A</b>
3.	La Guida contiene informazioni riguardanti almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• nome e cognome del responsabile dell'Area di Degenza e dello staff</li> <li>• prestazioni erogabili</li> <li>• modalità di accesso</li> <li>• orari di ricevimento da parte dei sanitari dell'UO</li> <li>• orario per le visite (superiore alle 4 ore/giorno, se consentito dalla tipologia dell'UO)</li> <li>• orari di erogazione dei pasti</li> <li>• modalità per ritiro referti e/o documentazione clinica</li> </ul>		<b>A</b>
4.	Nella Guida sono indicati i servizi di cui il cittadino può disporre durante il ricovero e le modalità di accesso agli stessi		<b>A</b>
5.	Nella Guida sono indicati spazi ed arredamenti a disposizione dei pazienti		<b>B</b>

### *Aspetti alberghieri*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
6.	E' garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza		<b>B</b>
7.	E' garantita per l'utenza la possibilità di scelta dei cibi preferiti tra quelli previsti nel menù giornaliero		<b>A</b>

### *Aspetti Assistenziali*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
8.	E' garantita al personale la possibilità, anche logistica, di effettuare		<b>B</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	riunioni interne ed attività di studio		
9.	Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività di visita/medicazione		<b>A</b>
10.	Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività di medicazione <i>Interpretazione: dispositivo medico: qualsiasi strumento o sostanza che viene a contatto con l'uomo</i>		<b>A</b>
11.	Vengono garantiti il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita/medicazione		<b>A</b>
12.	Esistono e vengono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione e trattamento dei decubiti in tutti i casi di necessità		<b>A</b>
13.	Esistono e vengono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni ospedaliere		<b>A</b>
14.	Esistono e vengono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle cadute accidentali		<b>A</b>
15.	Sono previste procedure per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza ai pazienti		<b>A</b>

**La cartella clinica**

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
16.	Esistono e vengono applicate disposizioni per la compilazione della cartella clinica comprensive di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• modalità di compilazione</li> <li>• identificazione delle responsabilità per la compilazione</li> <li>• definizione dei tempi massimi consentiti per la compilazione e per il completamento</li> </ul>		<b>A</b>
17.	Nella cartella clinica sono disponibili le informazioni sull'anamnesi generale e specifica relative al motivo del ricovero		<b>A</b>
18.	Nella cartella clinica sono disponibili le informazioni sull'esame obiettivo generale e specifico relativo al motivo del ricovero		<b>A</b>
19.	Nella cartella clinica è specificata la diagnosi o l'ipotesi diagnostica al momento del ricovero		<b>A</b>
20.	La cartella clinica contiene le relazioni dettagliate su tutti gli interventi diagnostici e terapeutici effettuati: <ul style="list-style-type: none"> <li>• prescrizioni diagnostiche</li> <li>• prescrizioni terapeutiche</li> <li>• reazioni avverse</li> <li>• tutte le procedure operatorie e le altre invasive</li> </ul>		<b>A</b>
21.	Nella cartella clinica c'è evidenza di consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto		<b>A</b>
22.	Nella cartella clinica sono riportati tutti i referti/rapporti di consulenza		<b>A</b>

DN

- Y

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

23.	Nella cartella vengono riportate annotazioni sul decorso clinico del paziente ed eventuali rivalutazioni dello stesso		<b>A</b>
24.	Nella cartella vengono riportate tutte le diagnosi rilevanti stabilite durante il ricovero		<b>A</b>
25.	Nella cartella clinica, nel caso di pazienti sottoposti a procedure operatorie o altre invasive e/o ad anestesia, sono incluse le seguenti informazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnosi preoperatoria</li> <li>• descrizione dell'intervento (rilievi, procedure tecniche usate, parti prelevate, eventuali complicanze intraoperatorie)</li> <li>• diagnosi post operatoria</li> <li>• nome dei componenti dell'intera équipe</li> </ul>		<b>A</b>
26.	Nella cartella clinica, nel caso di pazienti sottoposti a procedure operatorie o altre invasive e/o ad anestesia, sono incluse le seguenti informazioni relative al periodo postoperatorio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• segni vitali e livello di coscienza</li> <li>• terapie effettuate</li> <li>• ogni evento inusuale e/o le complicazioni postoperatorie e la gestione di tali eventi</li> <li>• la dimissione del paziente dall'area di assistenza post-anestesia</li> </ul>		<b>B</b>
27.	Nella cartella clinica è presente copia della lettera di dimissione, nella quale vengono riassunte in maniera concisa le seguenti informazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la ragione dell'ospedalizzazione</li> <li>• i rilievi significativi</li> <li>• gli interventi diagnostico-terapeutici effettuati</li> <li>• la condizione del paziente alla dimissione</li> <li>• la chiara indicazione per il medico di famiglia della terapia da svolgere fuori dalla struttura ospedaliera e di eventuali controlli o follow up</li> <li>• ogni specifica istruzione data al paziente e/o familiari, qualora necessaria</li> </ul>		<b>A</b>
28.	La lettera di dimissione contiene informazioni relative all'assistenza infermieristica post-ricovero		<b>B</b>
29.	In caso di trasferimento del paziente ad altra struttura, viene redatta una lettera di trasferimento e se ne conserva copia nella cartella clinica		<b>A</b>
30.	In caso di ricovero in situazioni di emergenza, nella cartella clinica sono acquisite le informazioni e/o i dati relativi alla fase prericovero necessari a garantire la continuità dell'assistenza		<b>A</b>
31.	Vengono compilate cartelle cliniche computerizzate per ogni paziente		<b>C</b>
32.	Una rete informatica collega tra di loro i vari servizi del reparto (degenza ordinaria, degenza diurna, ambulatori, laboratorio)		<b>B</b>
33.	La rete informatica del reparto è collegata al laboratorio analisi, alla diagnostica per immagini, ai servizi e agli altri reparti		<b>B</b>
34.	Quando un paziente è ammesso in ospedale, l'organizzazione dispone una procedura per assemblare tutte le informazioni relative agli accessi precedenti		<b>B</b>

02

2

**La documentazione infermieristica (D.I.)**

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
35.	La D.I. è strutturata/formalizzata in base alle esigenze assistenziali della singola UO e contiene almeno la reportistica delle attività assistenziali e delle prestazioni eseguite		<b>A</b>
36.	La D.I. costituisce parte integrante della cartella clinica		<b>A</b>
37.	La D.I. contiene sezioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• registrazione di dati di tipo anagrafico</li> <li>• registrazione, all'ingresso e in itinere, di dati di tipo anamnestico-clinico</li> <li>• identificazione dei bisogni assistenziali (diagnosi infermieristica) e la relativa pianificazione degli interventi</li> <li>• descrizione quotidiana degli interventi di assistenza infermieristica (diario)</li> <li>• valutazione dei risultati degli interventi di assistenza infermieristica</li> <li>• registrazione di dati/informazioni diversi (relativi alla terapia, alla rilevazione di parametri vitali etc.)</li> </ul>		<b>B</b>
38.	Le attività assistenziali sono realizzate anche attraverso procedure integrate con le altre professionalità		<b>C</b>
39.	Esistono e sono verificabili procedure di qualità e di adeguatezza per la compilazione e verifica periodica della D.I.		<b>A</b>

**La dimissione: i bisogni dell'utente e la continuità assistenziale**

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
40.	La dimissione è comunicata all'utente con sufficiente anticipo <i>Nota:</i> <i>almeno il giorno precedente.</i> <i>Non applicabile alle U.O. ad elevato turn-over e a ciclo breve</i>		<b>A</b>
41.	Per i pazienti che necessitano di dimissioni protette è garantita la continuità assistenziale concordata con gli operatori del distretto di appartenenza e di questo percorso il paziente stesso viene informato		<b>A</b>
42.	Il paziente all'atto della dimissione viene informato sul programma assistenziale e sui controlli da eseguire		<b>A</b>
43.	All'atto della dimissione, il paziente che non viene dimesso a domicilio riceve informazioni sulle strutture in cui proseguire il trattamento post acuto		<b>B</b>
44.	Il Medico di Medicina Generale viene informato sugli obiettivi assistenziali raggiunti durante la degenza e sulle proposte relative agli obiettivi perseguibili dopo la dimissione, con il proseguo delle cure		<b>B</b>
45.	L'utente viene informato alla dimissione sulle modalità per ottenere la certificazione e la documentazione clinica		<b>A</b>

DN

Y

**6 REQUISITI ORGANIZZATIVI PER LE  
STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI  
IN REGIME DI RICOVERO OSPEDALIERO A  
CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER  
ACUTI**

ON

γ

## 6.1 PRONTO SOCCORSO

Per tale sezione non deve essere compilata la parte contenente i requisiti per l'Area di Degenza in generale (Paragrafo 5 – Area di Degenza)

codice paragrafo

<b>D</b>	<b>P</b>	<b>S</b>	
----------	----------	----------	--

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' presente un sistema di archiviazione cartaceo su registro		<b>A</b>
2.	E' presente un sistema di archiviazione cartaceo a moduli separati		<b>A</b>
3.	E' presente un sistema di archiviazione computerizzato <i>Nota:</i> <i>Può essere in aggiunta o alternativo ai due precedenti. In quest'ultimo caso i due requisiti precedenti sono NA (non applicabili)</i>		<b>B</b>
4.	Per tutti gli utenti è prevista la compilazione del verbale di pronto soccorso che prevede le seguenti specifiche informazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• codice di priorità e codice di patologia assegnati in sede di triage o ambulanza</li> <li>• data e ora di arrivo del paziente (triage), inizio visita, medico accettante</li> <li>• dati anagrafici compreso sesso</li> <li>• numero tessera sanitaria o codice fiscale</li> <li>• problema principale (o attuale)</li> <li>• eventuale immunità al tetano</li> <li>• segni vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, scala di Glasgow) su schema predisposto ( <input type="checkbox"/> )</li> <li>• esame obiettivo</li> <li>• prestazioni erogate ed eventuali referti (consulenze, accertamenti diagnostici, interventi terapeutici), anche in fotocopie allegate</li> <li>• diagnosi</li> <li>• evoluzione durante osservazione (anche attraverso l'utilizzo di una cartella a parte) ( <input type="checkbox"/> )</li> <li>• prognosi ( <input type="checkbox"/> )</li> <li>• eventuale rifiuto di prestazioni con possibilità di firma ( <input type="checkbox"/> )</li> <li>• informativa inviata (indicazione sul destinatario e motivazione in caso di formulazione di denuncia) ( <input type="checkbox"/> )</li> <li>• provvedimento finale (ricovero, dimissione, trasferimento, decesso,</li> </ul>		<b>A</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	<p>salma a disposizione dell’Autorità Giudiziaria o riscontro diagnostico)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• data e ora provvedimento finale</li> <li>• firma del medico che provvede alla dimissione</li> </ul> <p><i>Nota per i punti contrassegnati con (□): qualora le condizioni del paziente e la situazione prevedano la rilevazione/registrazione di tali dati</i></p>		
5.	<p>Sono disponibili i seguenti moduli per le denunce obbligatorie per legge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• infortunio sul lavoro o malattia professionale</li> <li>• malattie infettive e contagiose</li> <li>• rapporto all’Autorità Giudiziaria</li> <li>• constatazione di decesso e denuncia cause di morte (mod. ISTAT)</li> <li>• intossicazione da antiparassitari</li> </ul>		<b>A</b>
6.	<p>Sono disponibili moduli per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• primo certificato per infortunio sul lavoro nell’industria</li> <li>• consenso informato per la somministrazione di emoderivati e mezzi di contrasto iodati</li> <li>• richiesta trattamento sanitario obbligatorio</li> <li>• segnalazione di reazioni avverse a farmaci</li> <li>• segnalazione di morsi di animali possibili portatori di rabbia</li> <li>• certificato di assistenza al parto</li> </ul>		<b>A</b>
	Vengono compilati report organizzativi che comprendono:		
7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rinvii a domicilio</li> </ul>		<b>A</b>
8.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ricoveri nell’ospedale</li> </ul>		<b>A</b>
9.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• trasferimenti ad altri ospedali</li> </ul>		<b>A</b>
10.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prestazioni erogate e fatturazione (divisa per soggetti di spesa: paziente, AUSL, INAIL etc.)</li> </ul>		<b>B</b>
11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tempi di permanenza in pronto soccorso</li> </ul>		<b>B</b>
12.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• consulenze richieste</li> </ul>		<b>B</b>
13.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• andamento degli indicatori di qualità (valutazione almeno semestrale)</li> </ul>		<b>C</b>
14.	Viene redatta una relazione annuale sulla attività svolta dal servizio che illustra il raggiungimento degli obiettivi e l’incidenza di eventi indesiderati.		<b>A</b>
15.	E’ attivato un sistema di triage che assicura l’immediato accoglimento del paziente da parte di un infermiere adeguatamente formato che valuta la criticità e stabilisce la priorità di accesso assegnando un codice di gravità		<b>A</b>
16.	Esistono procedure operative scritte e firmate dal responsabile in base alle quali attribuire il codice di gravità		<b>A</b>
17.	Esiste una scheda infermieristica di triage nella quale vengono registrati i dati salienti e le decisioni prese		<b>A</b>
18.	La scheda infermieristica di triage viene archiviata ed è disponibile		<b>A</b>
19.	La scheda infermieristica di triage è integrata nel sistema informatizzato		<b>C</b>
20.	Viene fatta periodica verifica della congruità tra codice attribuito e reale		<b>A</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	gravità clinica		
21.	Vengono raccolte informazioni su diagnosi finale e esito dei pazienti ricoverati con le seguenti patologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arresto cardiaco</li> <li>• Politrauma</li> <li>• Shock</li> <li>• Dispnea severa</li> </ul>		<b>B</b>
22.	Vengono raccolte informazioni sull'attività di accettazione/assegnazione del paziente alle UO attraverso studi campione o analisi dei trasferimenti intraospedalieri		<b>C</b>
	<b>Sono disponibili le seguenti procedure operative:</b>		
23.	• Modalità di identificazione dei pazienti sconosciuti		<b>B</b>
24.	• Gestione oggetti di proprietà dei pazienti		<b>B</b>
25.	• Trasmissione di informazioni a parenti, forze dell'ordine, giornalisti, estranei		<b>B</b>
26.	• Denuncia all'Autorità Giudiziaria		<b>B</b>
27.	• Modalità di trasferimento dei pazienti critici		<b>B</b>
	<b>Sono disponibili i seguenti profili di assistenza:</b>		
28.	• Arresto cardiaco		<b>A</b>
29.	• Rianimazione cardiopolmonare		<b>A</b>
30.	• Trauma cranico		<b>B</b>
31.	• Politrauma		<b>B</b>
32.	• Dolore addominale		<b>B</b>
33.	• Dolore toracico		<b>B</b>
34.	• Avvelenamenti		<b>B</b>
35.	• Edema polmonare acuto		<b>B</b>
36.	• Episodio acuto di COPD		<b>B</b>
37.	• Aritmie minacciose		<b>B</b>
	<b>Sono disponibili le seguenti procedure operative per le modalità di profilassi di:</b>		
38.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tetano</li> <li>• Rabbia</li> <li>• Post-esposizione a sangue umano</li> <li>• Post-esposizione a meningite</li> <li>• Gestione dei pazienti violenti</li> <li>• Principali procedure invasive</li> </ul>		<b>B</b>

02

## 6.2 RIANIMAZIONE

*Per tale sezione deve essere compilata anche la parte contenente i requisiti per l'Area di Degenza in generale (Paragrafo 5 – Area di Degenza). Non è richiesto il possesso dei requisiti che, in relazione alla tipologia dell'Unità Operativa considerata, si configurano come non applicabili.*

codice paragrafo

D	R	I	A
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	In maniera continuativa nell'arco delle 24 h sono disponibili i referti provenienti dai seguenti servizi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnostica per immagini</li> <li>• laboratorio analisi</li> </ul>		A
2.	Esiste un rapporto definito e scritto tra servizio di farmacia e terapia intensiva per il controllo e l'audit delle scorte di farmaci, il loro uso ed i protocolli di somministrazione		B
3.	L'andamento clinico dei pazienti viene registrato : <ul style="list-style-type: none"> <li>• in maniera sistematica</li> <li>• con note in progress</li> <li>• con commenti sull'andamento clinico</li> <li>• con commenti sui trend dei parametri vitali e sui parametri ematologici, biochimici e microbiologici oltre che sul bilancio idrico</li> </ul>		A
4.	Sono disponibili procedure per l'utilizzo di farmaci per il trattamento delle più gravi emergenze (arresto cardiaco, aritmie, anafilassi, ipertensione e ipotensione, ipertermia maligna, psicosi acute e convulsioni)		A
5.	Sono disponibili procedure per l'utilizzo di antidoti per le intossicazioni più comuni		A
6.	Esiste una procedura per la sorveglianza e il controllo delle infezioni che comprenda anche esami microbiologici sul sangue, i fluidi e i devices invasivi		A
7.	Sono seguite procedure per il controllo della contaminazione dell'aria		A
8.	Si seguono procedure per il corretto uso degli antibiotici		A
9.	Sono disponibili procedure per lo svezzamento dai respiratori automatici e dall'alimentazione artificiale		A

## 6.3 UTIC

*Per tale sezione deve essere compilata anche la parte contenente i requisiti per l'Area di Degenza in generale (Paragrafo 5 – Area di Degenza). Non è richiesto il possesso dei requisiti che, in relazione alla tipologia dell'Unità Operativa considerata, si configurano come non applicabili.*

codice paragrafo

D	U	T	I
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono stati prodotti e vengono seguiti profili di assistenza per il trattamento delle seguenti patologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infarto miocardico acuto e complicanze</li> <li>• Angina instabile</li> <li>• Trattamento tamponamento cardiaco</li> <li>• Trattamento aritmie minacciose</li> </ul>		<b>A</b>
2.	Esiste evidenza di codificati collegamenti funzionali con Pronto Soccorso, Sistema Territoriale di Soccorso, Servizio di Rianimazione, Servizio di Radiologia e Diagnostica per Immagini, Laboratorio di Analisi, Servizio di Cardiologia Interventistica e Divisione Cardiochirurgica dello stesso Ospedale o di quello di riferimento, Servizio di Riabilitazione.		<b>A</b>
3.	Esistono procedure per l'accesso a consulenze di tipo specialistico		<b>A</b>
4.	Sono disponibili le procedure per : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'accesso dei pazienti</li> <li>• l'accesso del personale</li> <li>• l'accesso dei visitatori</li> </ul>		<b>A</b>
5.	Sono disponibili le procedure per la prevenzione delle infezioni crociate		<b>A</b>
6.	Sono disponibili le procedure per la prevenzione delle sindromi da immobilizzazione		<b>A</b>

ON

1

## 6.4 REPARTO OPERATORIO

*Questa sezione deve essere compilata a cura della struttura organizzativa responsabile del reparto operatorio.*

*Per tale sezione non deve essere compilata la parte contenente i requisiti per l'Area di Degenza in generale (Paragrafo 5 – Area di Degenza)*

*La presente sezione va compilata anche per le UO autonome di Day Surgery.*

codice paragrafo

R	O	P	E
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono definiti i criteri per la predisposizione del programma settimanale degli interventi elettivi per ogni sala		<b>A</b>
2.	Sono disponibili procedure che definiscono l'organizzazione in caso di urgenze		<b>A</b>
3.	Sono disponibili procedure per la gestione degli interventi "latex free"		<b>C</b>
4.	Sono disponibili e ben in evidenza procedure di comportamento per il personale ed eventuali visitatori		<b>A</b>
5.	Sono disponibili procedure per l'accettazione/gestione del paziente in sala operatoria		<b>A</b>
6.	Esiste evidenza che in sala operatoria vengono effettuate indagini strumentali per valutare la presenza di gas anestetici almeno ogni 6 mesi		<b>B</b>
7.	Esiste evidenza che in sala operatoria vengono effettuate indagini strumentali per valutare la classificazione particellare e microbiologica in "at rest" e in "operation" almeno annualmente		<b>B</b>
8.	Esiste evidenza che in sala operatoria vengono effettuate indagini strumentali per valutare la classificazione microbiologica sulle superfici in "at rest" almeno annualmente		<b>B</b>
9.	Esiste una procedura per il controllo periodico dei parametri microclimatici		<b>B</b>
10.	Esiste una procedura per il controllo periodico del gradiente pressorio della sala rispetto agli ambienti confinanti		<b>B</b>
11.	Esiste una procedura per il controllo periodico del "recovery time" (tempo per il ritorno in classe della sala)		<b>B</b>
12.	Esiste una procedura per la verifica, all'atto della messa in opera dei filtri assoluti, con il "DOP leak test" o similari		<b>B</b>
13.	Tutti i controlli sull'impianto di condizionamento vengono effettuati in accordo con la norma serie ISO 14644 (impianti di condizionamento)		<b>C</b>
14.	Esistono procedure per lo stoccaggio e la movimentazione del materiale sterile		<b>B</b>

## 6.5 OSTETRICA – GINECOLOGIA

codice paragrafo

D	O	S	T
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono promosse iniziative che mirano alla rimozione degli ostacoli organizzativo-funzionali che si frappongono alla pratica del rooming-in e alla promozione dell'allattamento al seno		<b>B</b>
2.	E' garantita la possibilità per la madre di usufruire di spazi e presidi (lettino, fasciatoio, lavandino, bilancia, materiale per pulizia neonati) per la cura e la pulizia del neonato		<b>B</b>
3.	La cartella clinica contiene, tra l'altro, le seguenti indicazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• scheda travaglio-parto (partogramma)</li> <li>• scheda neonato</li> </ul>		<b>A</b>
4.	La struttura dispone di una procedura per il monitoraggio del benessere materno/fetale in gravidanza <i>Nota:</i> <i>si tratta di programmi inquadrabili nell'ambito del piano sanitario nazionale e valutazioni specifiche clinico strumentali e di laboratorio da effettuare in presenza di indicazioni specifiche (anomalie congenite, infezioni congenite, specifiche patologie)</i>		<b>A</b>
5.	Esistono procedure per la valutazione clinico-strumentale nella gestione di anomalie e infezioni congenite		<b>A</b>
6.	Per le seguenti patologie specifiche sono previsti particolari protocolli diagnostico-terapeutici: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diabete gestazionale</li> <li>• ipertensione gravidica</li> <li>• ritardo nella crescita</li> <li>• parto pretermine</li> <li>• aborto</li> </ul>		<b>C</b>
7.	La struttura dispone ed attua protocolli diagnostici per il monitoraggio del benessere materno e del neonato nel post partum e nel puerperio		<b>B</b>
8.	La struttura dispone di procedure per il collegamento funzionale con le strutture territoriali		<b>A</b>
9.	Sono garantiti, formalmente e funzionalmente, il collegamento e la possibilità di trasferimento ad unità assistenziali di livello superiore		<b>A</b>

DN

## 6.6 PUNTO NASCITA BLOCCO PARTO

Per tale sezione non deve essere compilata la parte contenente i requisiti per l'Area di Degenza in generale (Paragrafo 5 – Area di Degenza)

codice paragrafo

D	P	N	
---	---	---	--

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' prevista la possibilità di assistere due parti in contemporanea <i>Nota: il numero di parti assistibili contemporaneamente aumenta secondo un rapporto incrementale con il numero di parti/anno</i>		<b>A</b>
2.	E' garantita la possibilità di poter assistere contemporaneamente due neonati nell'isola neonatale <i>Nota: il numero di neonati assistibili contemporaneamente aumenta secondo un rapporto incrementale con il numero di parti/anno e con la complessità del livello assistenziale</i>		<b>A</b>
3.	La struttura dispone di una procedura per il monitoraggio del benessere materno/fetale durante il travaglio ed il parto		<b>A</b>
4.	E' garantita la possibilità alle partorienti di effettuare il parto demedicalizzato che prevede un'assistenza alla gestante fisiologica con uso ristrettissimo di farmaci e procedure infermieristiche		<b>C</b>
5.	Esistono delle procedure per la gestione delle partorienti affette da patologie infettive		<b>A</b>
6.	L'UO ha definito le procedure per l'assistenza materno-fetale durante il travaglio ed il parto		<b>A</b>
7.	E' garantita alla donna partorienti la possibilità di poter fruire della presenza di una persona di sua scelta		<b>A</b>
8.	E' garantito, formalmente e funzionalmente, il collegamento con i punti nascita di livello superiore		<b>A</b>
9.	E' garantita l'assistenza immediata d'urgenza ai soggetti che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche richiedenti l'intervento dei servizi di trasporto, nell'attesa che il paziente possa essere preso in carico da questi ultimi		<b>A</b>
10.	Sono previste procedure per la raccolta dei dati, così come eventualmente concordato con il Distretto e il Dipartimento di Prevenzione, necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita		<b>B</b>

## 6.7 TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Per tale sezione deve essere compilata anche la parte contenente i requisiti per l'Area di Degenza in generale (Paragrafo 5 – Area di Degenza). Al riguardo, non è richiesto il possesso dei requisiti che, in relazione alla tipologia dell'Unità Operativa considerata, si configurano come non applicabili.

codice paragrafo

D	T	I	N
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' garantito il collegamento funzionale con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiologia pediatrica</li> <li>• Cardiologia pediatrica</li> <li>• Chirurgia pediatrica</li> <li>• Neurologia pediatrica</li> <li>• Ortopedia pediatrica</li> </ul>		<b>A</b>
2.	E' garantito il collegamento funzionale con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiochirurgia</li> <li>• Neurochirurgia</li> <li>• Oculistica</li> <li>• Chirurgia plastica</li> <li>• Otorinolaringoiatria</li> </ul>		<b>A</b>
3.	Il Centro Emotrasfusionale e il Laboratorio Analisi garantiscono le urgenze		<b>A</b>
4.	Esiste una procedura per l'effettuazione di TAC e RMN		<b>A</b>
5.	E' disponibile il collegamento funzionale con l'Anatomia Patologica		<b>A</b>
6.	Esiste una scheda o libretto di dimissione per tutti i neonati, sani e patologici		<b>A</b>
7.	Esiste una relazione di dimissione per i neonati patologici che informi il curante sulla patologia e sul decorso		<b>A</b>
8.	Esiste una procedura per l'accesso del personale e dei visitatori		<b>A</b>
9.	Il reparto è aperto ad entrambi i genitori		<b>A</b>
10.	I genitori hanno la possibilità di accudire direttamente il loro neonato purché clinicamente stabile <i>Nota: almeno in alcune ore del giorno</i>		<b>B</b>
11.	Esiste all'interno del reparto o in sua vicinanza la possibilità di permanenza delle nutrici		<b>A</b>
12.	Esiste un programma di follow up del neonato a rischio di handicap		<b>C</b>
13.	Esiste un collegamento funzionale tra UO e Strutture Territoriali		<b>A</b>
14.	Esiste una procedura per l'intervento plurispecialistico, quando necessario		<b>B</b>
15.	E' garantito, attraverso una procedura, il coordinamento del trasporto di emergenza neonatale		<b>C</b>
16.	Esistono procedure per la selezione delle donatrici, la raccolta, conservazione ed utilizzo del latte materno (Banca del latte)		<b>C</b>

## 6.8 NIDO

*Per tale sezione deve essere compilata anche la parte contenente i requisiti per l'Area di Degenza in generale (Paragrafo 5 – Area di Degenza). Al riguardo, non è richiesto il possesso dei requisiti che, in relazione alla tipologia dell'Unità Operativa considerata, si configurano come non applicabili.*

codice paragrafo

<b>D</b>	<b>N</b>	<b>I</b>	<b>D</b>
----------	----------	----------	----------

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' garantita la possibilità di assistere in urgenza un neonato/a in incubatrice provvista di capote per la somministrazione di ossigeno		<b>A</b>
2.	Esistono e vengono seguite procedure per le manovre assistenziali d'emergenza		<b>A</b>
3.	E' garantita la possibilità di determinare ematocrito, bilirubina e glicemia su prelievi capillari		<b>A</b>
4.	L'attività analitica svolta è autorizzata dal Direttore Sanitario in accordo con il Responsabile del Laboratorio Analisi e aggiornata nel tempo		<b>A</b>
5.	E' garantita la possibilità di determinare la concentrazione di ossigeno nell'aria inspirata		<b>A</b>
6.	E' garantita la possibilità di misurare la pressione arteriosa		<b>A</b>
7.	Sono favorite le pratiche del rooming-in e l'allattamento al seno		<b>B</b>
8.	E' garantita la possibilità per la madre di usufruire di spazi e presidi per la cura, la pulizia e la nutrizione del neonato		<b>B</b>
9.	E' garantita la possibilità di usufruire di spazi e presidi per la visita medica del neonato, per il colloquio con i genitori e per la compilazione delle cartelle		<b>A</b>
10.	Esiste una procedura per l'effettuazione della fototerapia		<b>A</b>
11.	E' garantito, formalmente e funzionalmente, il collegamento con i punti di livello assistenziale superiore		<b>A</b>
12.	E' garantita l'assistenza immediata d'urgenza ai soggetti che imprevedibilmente presentano condizioni cliniche richiedenti l'intervento del servizio di trasporto, nell'attesa che il paziente possa essere preso in carico da questi ultimi		<b>A</b>
13.	Viene redatta la lettera di dimissione attestante la normalità del neonato e/o suggerente eventuali accertamenti o controlli da parte dei servizi territoriali (Distretto, Consultorio Familiare, Pediatria di Libera Scelta)		<b>A</b>
14.	Sono previste procedure per la raccolta dei dati, così come eventualmente concordato con il Distretto e il Dipartimento di Prevenzione, necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento		<b>B</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	parto-nascita		
15.	E' favorita la collaborazione con altre strutture (Distretto e Dipartimento di Prevenzione) nei progetti attinenti le vaccinazioni obbligatorie, la promozione dell'allattamento al seno etc.		<b>B</b>
16.	E' garantita l'applicazione di linee guida nazionali/regionali predisposte per il livello di appartenenza, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali etc.		<b>A</b>
17.	E' garantita la possibilità di effettuare attività ambulatoriali e di Day Hospital		<b>A</b>

ON

1

## 6.9 PEDIATRIA

codice paragrafo

D	P	E	D
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono garantite l'assistenza pediatrica e l'attività di pronto soccorso pediatrico 24/24 ore		<b>A</b>
2.	Sono favorite le pratiche del rooming-in e l'allattamento al seno		<b>B</b>
3.	L'organizzazione della Degenza Pediatrica è articolata per fasce di età		<b>A</b>
4.	L'organizzazione della Degenza Pediatrica è articolata per presenza o meno di patologia e livelli di gravità della stessa		<b>A</b>
5.	Per le condizioni che lo richiedono sono state predisposte procedure concordate con l'Area di Emergenza e Rianimazione Pediatrica e Generale		<b>A</b>
6.	E' garantito, formalmente e funzionalmente, il collegamento con i livelli superiori di assistenza		<b>A</b>
7.	Esistono procedure che favoriscono i contatti genitore bambino e l'assistenza pediatrica		<b>A</b>
8.	Il reparto è aperto ad entrambi i genitori		<b>A</b>
9.	I genitori hanno possibilità di accudire direttamente il loro bambino purché clinicamente stabile		<b>A</b>
10.	Esistono procedure per il collegamento funzionale tra UO e Strutture Territoriali		<b>B</b>
11.	E' garantito il collegamento funzionale con i Servizi di Laboratorio Analisi e Radiologia 24/24 ore		<b>A</b>
12.	E' garantita la possibilità di attuare misure di isolamento		<b>A</b>
13.	Esiste una relazione di dimissione per i neonati patologici e per i pazienti pediatrici che informi il curante sulla patologia e sul decorso		<b>A</b>

## 6.10 ORTOPEDIA

codice paragrafo

D	O	R	T
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Si attuano protocolli diagnostico-terapeutici standardizzati di antibiotico-profilassi e/o terapia		A
2.	Si adottano misure di prevenzione della patologia trombo-embolica post-operatoria		A
3.	Si seguono protocolli diagnostico-terapeutici standardizzati di gastro-protezione		A
4.			
5.	Esiste una procedura per l'utilizzo della diagnostica portatile nell'Area di Degenza		A
6.	Esiste una procedura per il drenaggio venoso passivo assistito		A
7.	Esistono procedure per la mobilizzazione passiva degli arti		A
8.	Esiste un collegamento funzionale con una equipe di riabilitazione che formula il progetto riabilitativo per il disabile e provvede al suo trattamento già in fase acuta di malattia nell'UO di Ortopedia		A
9.	Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici per la gestione delle urgenze in ortopedia		A
	Si adottano sistemi di misura dell'outcome specifici per patologia:		
10.	Eventi tromboembolici		C
11.	Infezione della ferita chirurgica		C
12.	Osteomielite secondaria		C
13.	Esiti permanenti dopo fratture semplici degli arti superiori ed inferiori		C

## 6.11 ANALGESIA

codice paragrafo

A	N	G	E
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono stati prodotti e vengono seguiti profili di assistenza per il trattamento delle seguenti patologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalee e dolore cranio-facciale</li> <li>• Dolore rachideo</li> <li>• Dolore vascolare</li> <li>• Dolore oncologico</li> <li>• Dolore neuropatico</li> </ul>		A
2.	Sono presenti procedure documentate riferite alla diagnostica strumentale e farmacologica delle cefalee, con linee guida aggiornate		B
3.	Le prestazioni vengono regolarmente registrate e la refertazione è corredata di: dati anamnestici, risultati dell'esame, conclusioni diagnostico-terapeutiche		A
4.	Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per i test diagnostici e prognostici farmacologici e.v. ed intrarachidei, qualora effettuati		A
5.	Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per i blocchi anestetici periferici diagnostici, qualora effettuati		A
6.	Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per la teletermografia, qualora effettuata		A
7.	Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per i trattamenti antalgici-antinfiammatori loco-regionali centrali e periferici, qualora effettuati		A
8.	Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per i trattamenti antalgici-antinfiammatori e.v. regionali, qualora effettuati		A
9.	Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per l'impianto di neurostimolatore midollare, qualora effettuato		A
10.	Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per l'impianto di dispositivi per somministrazione continua perimidollare farmacologica, qualora effettuato		A
11.	Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per gli interventi di neurolesione, qualora effettuati		A
12.	Sono disponibili e vengono applicate procedure aggiornate per l'epiduroscopia, qualora effettuata		A
13.	Sono disponibili le procedure per la raccolta del consenso informato		A

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	relativamente ai seguenti interventi terapeutici e diagnostici, qualora effettuati: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impianto di dispositivi per somministrazione continua perimidollare farmacologica</li> <li>• Interventi di neurolesione</li> <li>• Esame di epiduroscopica</li> </ul>		
14.	Esiste una procedura sul follow-up per la chirurgia antalgica e le cefalee		<b>C</b>
15.	Viene effettuato un controllo ambulatoriale su pazienti inviati a domicilio affetti da dolore da cancro in trattamento con infusione continua perimidollare di farmaci		<b>B</b>
16.	La struttura garantisce le prestazioni 24/24 ore		<b>C</b>
17.	La struttura garantisce le prestazioni di accesso in urgenza		<b>C</b>
18.	E' disponibile una procedura per il collegamento e le informazioni con i M.M.G. durante il percorso di cura		<b>B</b>
19.	La struttura garantisce un'assistenza sociale e psicologica dei pazienti affetti da dolore cronico		<b>B</b>
20.	Esiste un collegamento funzionale con il Centro Residenziale Cure Palliative (Hospice), quando presente		<b>A</b>

ON

Y

## 6.12 CARDIOLOGIA

codice paragrafo

D	C	A	R
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili e vengono applicate procedure per l'elettrostimolazione d'urgenza		<b>A</b>
2.	Sono disponibili e vengono applicate procedure per l'elettrostimolazione definitiva, se effettuata		<b>A</b>
3.	Sono disponibili e vengono applicate procedure per il controllo telemetrico dei pazienti, se effettuato		<b>A</b>
4.	Sono disponibili e vengono applicate procedure per le attività diagnostiche non invasive effettuate		<b>A</b>
5.	Qualora si effettui attività ecografica con sonda transesofagea e vascolare, è disponibile la procedura		<b>A</b>
	Sono utilizzati profili di assistenza aggiornati, validati, comprensivi di indicatori per il trattamento delle seguenti patologie:		
6.	Infarto miocardico acuto		<b>A</b>
7.	Angina instabile		<b>B</b>
8.	Angina stabile		<b>B</b>
9.	Scompenso cardiaco refrattario		<b>B</b>
10.	Trattamento dei parossismi di fibrillazione atriale		<b>B</b>
11.	Sono disponibili procedure aggiornate per l'uso delle seguenti metodiche diagnostiche, qualora effettuate:		
12.	Coronarografia		<b>A</b>
13.	Cateterismo cardiaco		<b>A</b>
14.	Ecocardiografia (di base)		<b>A</b>
15.	Eco-stress		<b>A</b>
16.	Scintigrafia miocardica		<b>A</b>
17.	Test ergometrico		<b>A</b>
18.	Sono disponibili linee guida aggiornate con le indicazioni per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilassi anticoagulante</li> <li>• Impianto di pace-maker</li> <li>• Studio elettrofisiologico</li> </ul>		<b>A</b>

## 6.13 PNEUMOLOGIA

codice paragrafo

<b>D</b>	<b>P</b>	<b>N</b>	<b>E</b>
----------	----------	----------	----------

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' garantita la possibilità di ricovero in regime di isolamento (in caso di patologia infettiva) per almeno il 10 % dei degenti		<b>A</b>
2.	E' garantita una procedura per la gestione di ossigeno e ventilo terapia in regime domiciliare		<b>A</b>
3.	E' garantito il servizio/funzione di asmologia ed allergologia respiratoria		<b>A</b>
4.	Esistono procedure per le attività di prevenzione, diagnosi e terapia della Tbc		<b>A</b>
5.	E' garantito il servizio/funzione di fisiopatologia respiratoria		<b>A</b>
6.	E' garantito il servizio/funzione di broncoscopia		<b>A</b>
7.	Esistono procedure per l'effettuazione di broncoscopie ed eventuali complicanze compreso l'intervento dell'equipe rianimatoria		<b>A</b>
8.	E' garantito il collegamento funzionale con le Unità Operative di Diagnostica per Immagini, Cardiologia, Laboratorio Analisi, Chirurgia Generale e Laboratorio di Anatomia Patologica		<b>A</b>
9.	E' garantito il collegamento funzionale con le Unità Operative di Chirurgia Toracica, Rianimazione, UTIC, Dietologia, Neurologia, Infettivologia		<b>C</b>
10.	E' garantita la possibilità di effettuare esami broncoscopici in urgenza		<b>A</b>
11.	E' garantita la possibilità di effettuare emogasanalisi in urgenza		<b>A</b>
12.	Esistono procedure per le modalità di raccolta dell'escreato		<b>A</b>
13.	Esistono procedure per la gestione del paziente in ossigenoterapia		<b>A</b>
14.	Esistono procedure per l'assistenza al trattamento delle emergenze respiratorie (IRA, emoftoe massiva etc.)		<b>A</b>
15.	Esistono procedure per la gestione del paziente affetto da patologia pleurica con drenaggio toracico (modalità di aspirazione ecc.)		<b>A</b>
16.	Esistono procedure per le modalità di somministrazione degli aerosol dosati (opera di informazione e di controllo sulle corrette modalità di esecuzione da parte dei pazienti)		<b>A</b>

## 6.14 GASTROENTEROLOGIA

codice paragrafo

D	G	A	S
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici per la gestione delle urgenze in gastroenterologia		A
2.	Esistono procedure per la gestione ed il monitoraggio dei pazienti critici per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• emorragie digestive</li> <li>• pancreatiti acute</li> <li>• coma epatico</li> <li>• epatite fulminante</li> </ul>		C
3.	Sono disponibili e vengono applicate procedure per la gestione del paziente sottoposto a sedazione per endoscopia digestiva		A
4.	Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici per la gestione dei pazienti con malattie infettive o immunocompromessi		A
5.	E' stato definito e regolamentato, attraverso una procedura, il rapporto con i familiari dei degenti e col medico di famiglia		A
6.	Sono definite procedure per la conduzione di almeno due tecniche diagnostiche e terapeutiche effettuate (es. sondaggio gastrico, endoscopia gastrointestinale, paracentesi addominale)		A
7.	Esiste un collegamento funzionale con le unità di trapianto		C

ON

Y

## 6.15 DIABETOLOGIA

codice paragrafo

D	D	I	A
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' disponibile materiale educativo		<b>A</b>
2.	Esistono e vengono applicate procedure per le attività di informazione ed educazione sanitaria specifiche per il settore		<b>A</b>
3.	La cartella clinica diabetologica contiene oltre a quanto già richiesto nella parte dedicata all' Area di Degenza in generale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• stato delle complicanze oculari</li> <li>• stato delle complicanze cardiovascolari</li> <li>• stato delle complicanze neurologiche</li> <li>• stato delle complicanze renali</li> <li>• data dell'ultima valutazione delle complicanze</li> <li>• indici di controllo metabolico con la determinazione della emoglobina glicata</li> </ul>		<b>A</b>
4.	Ogni Servizio di Diabetologia deve possedere dati per almeno il 50% dei seguenti temi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il numero di diabetici assistiti ed il suo rapporto con il bacino di utenza espressi come numero totale</li> <li>• ... e come visitati nell'ultimo anno</li> <li>• il numero dei pazienti assistiti insulino-trattati</li> <li>• preferibilmente suddivisi in insulino-dipendenti e non</li> <li>• il numero dei pazienti trattati con ipoglicemizzanti orali</li> <li>• ed il numero dei trattati esclusivamente con regime dietetico</li> <li>• la prevalenza delle complicanze dei pazienti diabetici seguiti</li> <li>• il numero e tipologia delle prestazioni fornite giornalmente</li> <li>• il numero degli accessi non programmati</li> </ul>		<b>B</b>
5.	Ogni Servizio di Diabetologia deve possedere dati per almeno il 50% dei seguenti temi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• incidenza di complicanze</li> <li>• incidenza di amputazioni</li> <li>• incidenza di cecità</li> <li>• incidenza di pazienti passati alla dialisi</li> <li>• incidenza cause di morte</li> <li>• incidenza crisi ipoglicemiche giunte al PS</li> <li>• HbA1c media</li> <li>• episodi di coma chetoacidotico</li> <li>• giornate di ricovero per diabete complicato e non</li> <li>• percentuale di pazienti in autocontrollo</li> </ul>		<b>C</b>

On

1

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

6.	Sono presenti procedure per la valutazione delle complicanze di competenza (quando non demandate tramite accordi con altri servizi)		<b>A</b>
7.	Esiste un procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale e gli specialisti d'organo, allo scopo di garantire la continuità assistenziale		<b>A</b>
8.	E' garantito un servizio/funzione di podologia		<b>B</b>
9.	E' disponibile materiale educativo		<b>A</b>
10.	Esistono e vengono applicate procedure per le attività di informazione ed educazione sanitaria specifiche per il settore		<b>A</b>
11.	Vengono consegnate al paziente informazioni scritte sulle modalità di esecuzione dei test eseguibili a domicilio		<b>A</b>
12.	La struttura garantisce la refertazione, nella stessa giornata di accesso, dei principali esami di laboratorio (almeno per Hb glicata e glicemia)		<b>C</b>

02

## 6.16 NEFROLOGIA

codice paragrafo

D	N	E	F
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' assicurata la consulenza nefrologica alle altre UO		<b>A</b>
2.	Esiste una procedura formalizzata per l'accettazione e la gestione delle acuzie		<b>A</b>
3.	L'équipe medica assicura l'effettuazione di agobiopsia renale percutanea sotto guida ecografica		<b>A</b>
4.	Sono previste procedure per la cura degli aspetti riabilitativi psico-fisici del paziente nefropatico		<b>B</b>
5.	Sono previste a necessità procedure per la dimissione protetta per l'assistenza domiciliare		<b>B</b>
6.	E' garantita l'integrazione tra l'assistenza nefrologica dell'Unità Operativa e il Centro Trapianti di riferimento (sia per il paziente in lista che per quello trapiantato)		<b>A</b>
7.	Sono disponibili procedure per la gestione dei farmaci antirigetto		<b>A</b>
8.	E' monitorato l'uso e il consumo di farmaci di costo elevato, almeno per l'Eritropoietina		<b>A</b>
9.	Esiste una procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale		<b>A</b>
10.	L'Unità Operativa garantisce, anche a scopo di educazione e promozione della salute, attività informative verso altre UO e servizi territoriali		<b>C</b>
11.	Esistono attività ambulatoriali nefrologiche ad accesso facilitato (prenotazione telefonica, informazioni su orari, modalità di accesso e funzionamento dell'ambulatorio) per il paziente nefropatico cronico		<b>A</b>
12.	E' attivata una procedura per la gestione delle liste di attesa dell'ambulatorio		<b>A</b>
13.	Tutto il personale è coinvolto nella stesura e diffusione di protocolli, procedure e linee guida		<b>A</b>

## 6.17 MALATTIE INFETTIVE

codice paragrafo

D	I	N	F
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esistono procedure per la prevenzione delle infezioni negli operatori		A
2.	Esiste evidenza dell'esistenza di un piano educativo rivolto al paziente ed alle figure relazionali più prossime per prevenire la trasmissione di malattie infettive		A
3.	Esiste una procedura per la presa in carico del paziente		A
4.	Esiste un documento sanitario (per es. la cartella clinica) che contempli il percorso assistenziale del paziente affetto da particolari patologie caratterizzate dall'utilizzo di differenti regimi assistenziali (degenza ordinaria, diurna, ambulatoriale, domiciliare)		A
5.	Esistono procedure per la prevenzione delle infezioni crociate		A
6.	Esiste una procedura per l'effettuazione dell'aerosol terapia		A
7.	Esistono protocolli diagnostico-terapeutici per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• epatiti</li> <li>• pazienti anti HIV+</li> <li>• pazienti con AIDS</li> <li>• febbri di NDD</li> </ul>		A
8.	E' stato attivato il servizio di ospedalizzazione a domicilio di soggetti con AIDS		A
9.	Esiste una cartella clinica domiciliare che attesti gli accessi del personale sanitario		A
10.	Il personale, nell'attività domiciliare, rispetta le procedure previste per l'ambiente ospedaliero		A
11.	Sono disponibili procedure riguardanti lo smaltimento dei rifiuti a domicilio ed il trasporto dei materiali biologici		A
12.	Esistono protocolli diagnostico-terapeutici per il monitoraggio sierico e la tipizzazione antiretrovirale negli incidenti degli operatori sanitari		A

## 6.18 NEUROLOGIA

codice paragrafo

D	N	E	U
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' garantito, all'interno della struttura, un servizio/funzione di elettrofisiologia clinica		A
2.	E' garantito, all'interno della struttura, un servizio/funzione di neuropsicologia		A
3.	Sono state previste procedure per la salvaguardia dei pazienti a rischio di manovre autolesive (p.es. apertura limitata delle finestre, solo vasistas, serrature alle finestre, etc.)		A
4.	Esistono procedure per la sonografia dei plessi epiaortici e transcranica, qualora effettuate		A
5.	Esistono e vengono applicate procedure che garantiscono una adeguata prevenzione e terapia dei decubiti		A
6.	Esiste un collegamento funzionale con le UO di Neurochirurgia e Neuroradiologia (non necessariamente presenti nella stessa struttura)		A
7.	E' garantito il collegamento funzionale con l'equipe riabilitativa		A
8.	Esiste una procedura per il collegamento con l'Unità di Valutazione di Distretto (UVD)		A

ON

Y

## 6.19 PSICHIATRIA

codice paragrafo

<b>D</b>	<b>P</b>	<b>S</b>	<b>I</b>
----------	----------	----------	----------

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esistono procedure scritte relative alla prevenzione di manovre autolesive		<b>A</b>
2.	Vengono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori (eliminazione degli spigoli vivi nelle strutture murarie e nei componenti di arredamento, vetri antisfondamento per porte e finestre etc.)		<b>A</b>
3.	Esistono procedure per l'accesso alle prestazioni di elettroencefalografia con analisi spettrale		<b>B</b>
4.	Esiste una procedura per il controllo diretto e/o indiretto dei pazienti all'interno della struttura		<b>B</b>
5.	Esistono procedure per i collegamenti funzionali con gli altri servizi del Dipartimento di Salute Mentale		<b>A</b>
6.	Per ciascun utente viene formulato un progetto terapeutico-riabilitativo		<b>C</b>
7.	Esistono procedure relative alla prevenzione e al controllo dei rischi specifici per il personale riguardo alle pratiche di sostegno sociale e psicologico necessarie per ridurre lo stress psicologico e il burn-out degli operatori nell'esercizio delle specifiche funzioni		<b>A</b>

02

Y

## 6.20 EMATOLOGIA

codice paragrafo

D	E	M	A
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' garantita la possibilità di ricoverare pazienti immunodepressi in camera sterile		A
2.	Sono presenti procedure per l'esecuzione delle seguenti manovre strumentali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• aspirati</li> <li>• biopsie ossee</li> <li>• rachicentesi etc.</li> </ul>		A
3.	Sono disponibili e vengono applicate procedure per la gestione di cellule staminali ematopoietiche a scopo di trapianto autologo, qualora effettuato		A
4.	Sono disponibili e vengono applicate procedure per la gestione di cellule staminali ematopoietiche a scopo di trapianto eterologo, qualora effettuato		A
5.	Si effettuano meeting clinici e di ricerca bisettimanali per i medici		B
6.	Si effettuano meeting clinici e di ricerca mensili per gli infermieri		B
7.	Al momento dell'accettazione viene consegnato un opuscolo con tutte le informazioni e le norme di comportamento per il paziente ed i familiari		A
8.	Esistono protocolli scritti ben definiti e discussi fra medici e infermieri per tutte le attività più importanti fra cui almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• infusione di chemioterapia</li> <li>• trasfusioni di emoderivati</li> <li>• controlli microbiologici ed infettivologici</li> </ul>		A
9.	Viene richiesto il consenso informato per tutte le manovre più importanti eseguite sul paziente compresi i protocolli sperimentali che vanno accuratamente specificati, le terapie trasfusionali ed i prelievi specifici per HIV		A
10.	Il paziente viene messo al corrente del risultato definitivo di tutti gli accertamenti e le cure		A
11.	Esiste una procedura per l'accesso diretto a visite specialistiche ematologiche		B
12.	Esiste una procedura per la gestione delle prenotazioni delle visite		A
13.	I controlli seguenti la prima visita vengono concordati direttamente col medico specialista che segue il paziente		B

## 6.21 ONCOLOGIA

codice paragrafo

D	O	N	C
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili procedure per gli aspetti protezionistici nella manipolazione dei farmaci antitumorali		A
2.	Sono disponibili protocolli diagnostico-terapeutici almeno per i tumori più frequenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mammella</li> <li>• polmone</li> <li>• stomaco</li> <li>• colon-retto</li> </ul>		A
3.	Sono definiti protocolli diagnostico terapeutici per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• terapia antiemetica</li> <li>• uso dei fattori di crescita</li> <li>• trattamento degli stravasi</li> </ul>		A
4.	Sono esplicitati i criteri per la scelta dei pazienti da sottoporre a trattamento		A
5.	Dopo ogni prestazione o breve ciclo terapeutico viene fatta pervenire una lettera/relazione al medico curante nella quale sono chiaramente indicati i trattamenti eseguiti ed i possibili effetti collaterali e le modalità di gestione degli stessi		A
6.	Esistono protocolli operativi per il sostegno psicologico al paziente e alla famiglia		A
7.	E' garantita ai familiari, anche dopo la dimissione, la possibilità di comunicare con il personale medico per problemi riguardanti la gestione degli effetti collaterali dovuti al trattamento chemioterapico		A
8.	Esistono protocolli operativi di accesso cadenzato dei pazienti per i trattamenti		A
9.	E' garantita la possibilità di effettuare l'isolamento dei pazienti che lo necessitano		A

## 6.22 LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

codice paragrafo

L	D	P	A
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esistono procedure per il collegamento con l'Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) per garantire la continuità assistenziale		A
2.	Esistono procedure per il collegamento con le Unità Operative di degenza per Acuti		A
3.	Esistono procedure per il collegamento con le Unità Operative di Riabilitazione		A
4.	Vengono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni degli operatori da movimentazione dei carichi		A
5.	E' garantito un servizio/funzione di Assistenza Sociale		A
6.	Esistono e vengono applicate procedure che garantiscono una adeguata prevenzione e terapia dei decubiti		A
7.	Esistono e vengono applicate procedure per l'accesso alla Lungodegenza Post-Acuzie		A

On

## 6.23 GERIATRIA

codice paragrafo

D	G	E	R
---	---	---	---

### REQUISITI ORGANIZZATIVI

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Viene eseguita la valutazione delle attività della vita quotidiana (ADL) all'ingresso ed alla dimissione		A
2.	Viene garantita la sicurezza dei pazienti (corrimano, spigoli smussati etc.)		A
3.	Viene favorito all'interno della struttura l'orientamento dei pazienti anche attraverso l'uso di codici colore		B
4.	Sono definite le procedure di assistenza per le principali patologie trattate		A
5.	E' disponibile una procedura per la consulenza di tipo psicologico		A
6.	Esistono procedure che regolano l'intervento riabilitativo precoce		A
7.	E' previsto un collegamento funzionale con l'equipe riabilitativa		A
8.	Esistono codificati protocolli che regolano l'attività di Day Hospital		A
9.	Esistono codificati protocolli che regolano l'attività di spedalizzazione domiciliare		A
10.	Esistono codificati protocolli che regolano i rapporti con l'esterno tramite l'assistente sociale		B
11.	Il programma terapeutico ed il luogo di assistenza dopo il ricovero vengono concordati con il paziente o i parenti		A
12.	Esiste una procedura per il collegamento con l'Unità di Valutazione di Distretto (UVD)		A
13.	Vengono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni degli operatori da movimentazione dei carichi		A
14.	Esistono e vengono applicate procedure che garantiscono una adeguata prevenzione e terapia dei decubiti		A

## 6.24 RIABILITAZIONE OSPEDALIERA INTENSIVA

codice paragrafo

R	O	I	
---	---	---	--

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' garantita la possibilità logistica di effettuare riunioni di équipe		<b>A</b>
2.	Esistono procedure che garantiscono un metodo di integrazione multiprofessionale nella stesura e nella realizzazione del progetto riabilitativo individuale e dei singoli programmi riabilitativi che lo compongono		<b>A</b>
3.	E' garantita, attraverso procedure ed idonei strumenti organizzativi, la integrazione multiprofessionale nella progettazione e nella realizzazione delle attività assistenziali infermieristiche		<b>A</b>
4.	La dimissione del paziente è formalizzata attraverso una procedura integrata tra le diverse professionalità operanti nel reparto e sintetizzata da una idonea documentazione		<b>B</b>
5.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza degli ospiti		<b>A</b>
6.	La stesura del progetto riabilitativo individuale e le verifiche periodiche sul grado di realizzazione sono basate su valutazioni funzionali condotte con strumenti validati		<b>A</b>
7.	Esiste 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 necessari per il proseguimento delle cure a domicilio. Nel caso dei Centri Ospedalieri di Riabilitazione Privati la procedura prevede l'attivazione dei competenti organi degli Enti Pubblici per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale dopo la dimissione		<b>A</b>
8.	La struttura dispone di procedure per il collegamento con l'alta specialità riabilitativa		<b>B</b>
9.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli diagnostico-terapeutici per le principali patologie trattate, basati, ove disponibili, su evidenze scientifiche di efficacia		<b>A</b>
10.	E' effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici		<b>B</b>
11.	E' prevista la consulenza protesica		<b>A</b>
12.	E' disponibile una consulenza di tipo psicologico		<b>B</b>
13.	E' disponibile un servizio/funzione di assistenza sociale		<b>A</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

14.	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento dei pazienti (es. codice colore)		<b>A</b>
15.	Esistono procedure per garantire all'interno della struttura una agevole mobilitazione (attiva e passiva) degli utenti		<b>A</b>
16.	Vengono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori (eliminazione di piastrelle rotte, spigoli, manovelle sporgenti dei letti; uso di sostanze-dispositivi antisdrucchio, etc.)		<b>A</b>
17.	E' garantito il confezionamento di ausili ed ortesi		<b>B</b>
18.	Sono garantite la terapia occupazionale e l'ergoterapia		<b>B</b>
19.	Esiste all'interno della struttura un servizio/funzione di analisi strumentale del movimento e della postura		<b>C</b>
20.	Sono garantite le attività di riabilitazione individuali e di gruppo in acqua		<b>C</b>
21.	Esiste una procedura per sperimentazione di soluzioni di automazione domestica finalizzate all'aumento dell'autonomia del paziente dopo il rientro a casa		<b>C</b>
22.	E' garantito l'addestramento all'uso di modalità di comunicazione verbale e non verbale alternative		<b>B</b>

ON

✓

## 6.25 RADIOTERAPIA

Qualora l'Unità Operativa disponga di posti letto propri, deve essere compilata anche la parte contenente i requisiti per l'Area di Degenza in generale (Paragrafo 5 – Area di Degenza).

codice paragrafo

R	A	D	I
---	---	---	---

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

DN

Y

## 6.26 GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO (FARMACIA OSPEDALIERA)

Per tale sezione non deve essere compilata la parte contenente i requisiti per l'Area di Degenza in generale (Paragrafo 5 – Area di Degenza)

codice paragrafo

D	F	A	R
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono presenti procedure documentate riferite alle principali attività di produzione galenica e controlli di qualità		A
2.	Sono presenti procedure per la preparazione e conservazione di farmaci sterili e mescolanze infusionali, qualora effettuate		A
3.	Sono presenti procedure per la preparazione e conservazione dei nutrienti per la nutrizione artificiale, qualora effettuate		A
4.	Sono presenti procedure per il trasporto, lo stoccaggio e la movimentazione dei farmaci e del materiale sanitario, sterile e non sterile		A
5.	Sono presenti procedure riferite alle attività di approvvigionamento e conservazione (temperatura, umidità) di farmaci e del materiale sanitario di competenza		A
6.	Sono presenti procedure riferite alle attività di dispensazione dei farmaci e del restante materiale sanitario		A
7.	Sono presenti procedure riferite alle attività culturali d'informazione ed educazione sul farmaco (gestione del Prontuario Terapeutico e del Repertorio dei materiali sanitari)		A
8.	Sono presenti procedure riferite alle attività connesse alla sperimentazione clinica		B
9.	Sono presenti procedure riferite alle attività di Farmacovigilanza (raccolta delle segnalazioni di effetti indesiderati da farmaci e incidenti legati a dispositivi medici)		A
10.	Sono presenti procedure riferite alle attività di analisi della prescrizione farmaceutica (indagini statistiche dei consumi ed epidemiologiche)		A
11.	Sono presenti procedure riferite alle attività di controllo (controlli di qualità sulle preparazioni, sulle sostanze o sul materiale sanitario)		B
12.	Sono presenti procedure riferite alle attività di ispezione agli armadi farmaceutici di reparto		A
13.	Sono presenti procedure riferite alle attività per la gestione di prestazioni farmaceutiche d'urgenza		A

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

14.	Sono presenti procedure riferite alle attività per la gestione di farmaci non in commercio in Italia (D.L. 11/12/97)		<b>A</b>
15.	Esiste l'elenco dei prodotti gestiti, coerente con le esigenze terapeutiche e diagnostiche della struttura		<b>A</b>
16.	Esistono procedure relative ai tempi e alle modalità di accesso alle prestazioni da parte delle altre UO della struttura		<b>A</b>
17.	Esistono procedure relative all'intervallo di tempo tra l'inoltro della richiesta e l'erogazione della prestazione per le altre UO della struttura		<b>A</b>
18.	Esistono procedure relative alle modalità di certificazione dell'avvenuta prestazione per le altre UO della struttura		<b>A</b>
19.	Esiste una procedura per le preparazioni galeniche particolari contenente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'identificazione quali/quantitativa del prodotto</li> <li>• l'identificazione del richiedente</li> <li>• l'identificazione del paziente (richieste personalizzate)</li> <li>• la motivazione clinica per i prodotti per i quali è richiesta la procedura</li> <li>• l'eventuale sussistenza di criteri d'urgenza e priorità</li> <li>• la data di esecuzione della prestazione</li> <li>• l'identificazione dell'operatore preparatore</li> <li>• l'identificazione del farmacista responsabile della prestazione</li> </ul>		<b>A</b>
20.	Il Servizio di Farmacia è dotato di un punto informativo, opportunamente segnalato ed organizzato, al quale gli utenti, interni ed esterni, possono fare riferimento		<b>C</b>
21.	Sono disponibili procedure per la gestione di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• movimenti di magazzino in entrata ed in uscita anche ai fini dell'attività di controllo e vigilanza sui farmaci e materiali sanitari</li> <li>• gestione anagrafica dei centri di costo, dei fornitori e dei listini</li> <li>• emissione di ordini</li> <li>• attività di controllo (giacenza, scorta minima, scadenze, lotti di produzione)</li> <li>• reports mensili di consumo per centri di costo</li> </ul>		<b>A</b>
22.	Sono disponibili procedure per la manipolazione di sostanze tossiche-nocive		<b>A</b>

021

V

## 7 AMBULATORIO e POLIAMBULATORIO

Requisiti generali per qualsiasi tipologia di ambulatorio sia di indirizzo medico che chirurgico  
codice paragrafo

A	M	B	G
---	---	---	---

### *La Guida ai Servizi (per ambulatorio e poliambulatorio)*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	La Guida è fornita all'utente		<b>A</b>
2.	Nella Guida sono esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente		<b>A</b>
3.	La Guida contiene informazioni riguardanti almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• nome e cognome del responsabile dell'ambulatorio</li> <li>• elenco delle prestazioni erogabili</li> <li>• modalità di accesso</li> <li>• orari di accesso</li> <li>• orari per il rilascio di eventuali referti</li> </ul>		<b>A</b>
4.	La Guida contiene informazioni riguardanti costi, tempi e modalità di pagamento		<b>B</b>

### *L'organizzazione (per ambulatorio e poliambulatorio)*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
5.	Esiste una procedura per lo smaltimento rifiuti		<b>A</b>
6.	Il materiale disinfettato o sterile viene adeguatamente conservato secondo protocolli scritti		<b>A</b>
7.	Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività ambulatoriali		<b>A</b>
8.	Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali <i>Interpretazione:</i> <b>dispositivo medico:</b> qualsiasi strumento o sostanza che viene a contatto con l'uomo		<b>A</b>
9.	Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività ambulatoriali		<b>A</b>
10.	Esiste e viene seguita una procedura per fornire le informazioni al pubblico riguardanti almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• indicazioni per la preparazione del paziente agli esami/interventi</li> <li>• eventuali suggerimenti o prescrizioni per il periodo successivo agli esami/interventi</li> </ul>		<b>A</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

11.	Nel referto rilasciato al paziente sono contenuti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ipotesi diagnostiche</li> <li>• terapie consigliate</li> <li>• ulteriori accertamenti previsti (con indicazioni del periodo ipotizzato)</li> </ul>		<b>A</b>
12.	Esiste l'evidenza di un sistema di prenotazioni trasparente e verificabile per il controllo delle liste di attesa		<b>A</b>
13.	Esiste un sistema per la gestione delle code		<b>A</b>
14.	E' presente un archivio informatizzato per la gestione dei dati relativi ai pazienti		<b>B</b>
15.	E' documentata la partecipazione da parte del personale sanitario ad un corso di rianimazione cardiopolmonare di base <i>Nota: almeno il 75 % del personale sanitario</i>		<b>B</b>
16.	Vengono svolte attività per la valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza		<b>B</b>

***L'attività di tipo invasivo e/o cruento (per ambulatorio e poliambulatorio)***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
17.	I presidi ambulatoriali che usufruiscono, per le attività di disinfezione e sterilizzazione, di strutture esterne: <ul style="list-style-type: none"> <li>• adottano protocolli operativi per le procedure di lavaggio, raccolta, invio del materiale</li> <li>• adottano protocolli operativi per le procedure di ricevimento ed immagazzinamento del materiale</li> </ul>		<b>A</b>
18.	I presidi ambulatoriali che usufruiscono, per le attività di disinfezione e sterilizzazione, di strutture esterne: <ul style="list-style-type: none"> <li>• acquisiscono e conservano i protocolli operativi utilizzati dalla struttura esterna (Centrale di sterilizzazione) per le procedure di sterilizzazione e disinfezione</li> <li>• acquisiscono e conservano la documentazione del rispetto da parte della Centrale di sterilizzazione esterna dei requisiti minimi di cui alla D.G.R. 2200 del 24/10/00 relativi al Cap. 6.13 "Servizio di sterilizzazione"</li> </ul>		<b>B</b>
19.	Esiste una procedura per la raccolta del consenso informato		<b>A</b>

***La Struttura Organizzativa del Poliambulatorio (requisiti solo per il poliambulatorio)***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
20.	E' definito l'organigramma del personale del poliambulatorio, che viene periodicamente aggiornato		<b>A</b>

*Dr*

*γ*

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

21.	E' definita una matrice delle responsabilità e attività corrispondenti		<b>B</b>
22.	Sono chiaramente indicate le modalità di sostituzione dei responsabili in caso di assenza		<b>A</b>
23.	Esiste un programma di accoglienza e addestramento per i nuovi assunti <i>Nota: in tale programma sono previste informazioni relative a: principali funzioni e obiettivi della struttura, utilizzo delle risorse, applicazione di procedure e linee guida relative alla gestione dei rischi per salute e alla sicurezza sul lavoro, leggi e regolamenti pertinenti all'attività della struttura</i>		<b>A</b>
24.	Esiste un piano annuale di formazione del personale concordato con gli operatori		<b>C</b>

***Le Attrezzature del Poliambulatorio (requisiti solo per il poliambulatorio)***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
25.	Esiste l'inventario delle attrezzature presenti nel poliambulatorio comprendente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il tipo di strumento</li> <li>• il fornitore</li> <li>• il riferimento al contratto di acquisizione</li> <li>• il codice identificativo (se l'attrezzatura è di proprietà della struttura)</li> </ul>		<b>B</b>
26.	Sono stati individuati i referenti per l'attivazione delle procedure di manutenzione delle singole attrezzature		<b>A</b>

***Il Sistema Informativo del Poliambulatorio (requisiti solo per il poliambulatorio)***

27.	Esiste evidenza che i flussi informativi avvengono in modi e tempi previsti dal sistema informativo attraverso una procedura specifica <i>Nota: tale requisito si applica esclusivamente alle Strutture Pubbliche</i>		<b>A</b>
28.	Viene garantita la riservatezza dei dati e delle informazioni		<b>A</b>

***La Qualità del Poliambulatorio (requisiti solo per il poliambulatorio)***

29.	L'articolazione organizzativa partecipa annualmente almeno ad un progetto di miglioramento della qualità		<b>A</b>
30.	I dati dei risultati delle varie attività di miglioramento della qualità vengono periodicamente discussi in riunioni interne		<b>A</b>

**8 REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER  
LE STRUTTURE CHE EROGANO  
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA  
SPECIALISTICA IN REGIME  
AMBULATORIALE**

DN

Y

## 8.1 MEDICINA DI LABORATORIO

codice paragrafo

M	L	A	B
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Vengono effettuate e documentate riunioni periodiche di servizio con riassunto delle conclusioni ed elenco firmato dei partecipanti		<b>A</b>
2.	Esiste una planimetria del Laboratorio esposta e ben visibile		<b>A</b>
3.	Esistono schede per ogni singolo strumento da cui si evidenzia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• data e modalità di acquisizione</li> <li>• azienda fornitrice</li> <li>• numero di matricola</li> <li>• responsabile addetto e suo sostituto</li> <li>• manutenzione ordinaria e programmata (tipo di operazioni, cadenza, operatore abilitato)</li> <li>• manutenzione straordinaria per riparazione guasti e verifica periodica della funzionalità (effettuata dall'azienda fornitrice)</li> <li>• documentazione di tutte le operazioni eseguite (data, firma, rapporti del servizio di assistenza)</li> </ul> Nota: almeno per gli strumenti acquistati dopo il 1998		<b>A</b>
4.	Esistono istruzioni scritte relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• preparazione del paziente e modalità di prelievo</li> <li>• conservazione e trasporto dei materiali biologici (anche in relazione alle misure di sicurezza) con indicazione specifica della facoltà di rifiuto dei campioni non idonei</li> </ul>		<b>A</b>
5.	Esiste un sistema computerizzato per l'approvvigionamento dei reagenti		<b>C</b>
6.	Il SIL (Sistema Informatico di Laboratorio): <ul style="list-style-type: none"> <li>• mantiene in linea gli esami di almeno un anno</li> <li>• consente la gestione del magazzino dei reagenti</li> <li>• consente la fatturazione ed il calcolo del ticket</li> <li>• fornisce statistiche relative agli esami effettuati in relazione alla loro provenienza (reparti , punti prelievo, etc.), tipologia, costi</li> </ul>		<b>C</b>
7.	I risultati degli esami effettuati devono essere conservati per almeno tre anni		<b>A</b>
8.	Per la microbiologia esiste un sistema di gestione dei dati per il controllo delle infezioni ospedaliere, con possibilità di inviare report periodici per i reparti		<b>B</b>
9.	E' individuato un responsabile del coordinamento e della gestione della qualità (RGQ) all'interno del Laboratorio		<b>A</b>
10.	I risultati del controllo di qualità interno devono essere validati, al momento della determinazione, dal personale incaricato e conservati		<b>A</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	almeno un anno		
11.	In microbiologia il QCI (VIC) relativo agli antibiogrammi viene eseguito con ceppi ATCC (E.Coli, S.Aureus, P.Aeruginosa, E.Fecalis) almeno una volta al mese, comunque ogni cambio lotto		<b>C</b>
12.	Il laboratorio partecipa al programma di valutazione esterna di qualità promosso dalla Regione, con esito positivo per i profili analitici concordati con la Regione stessa		<b>B</b>
13.	I risultati del QCI (VIC) e della VEQ devono essere discussi periodicamente con gli operatori coinvolti <i>Nota: i verbali di queste riunioni devono essere conservati</i>		<b>A</b>
14.	Nel referto devono essere riportati: gli intervalli di riferimento o, ove possibile, i valori decisionali		<b>A</b>
15.	Nel referto è riportato anche il metodo utilizzato		<b>C</b>
16.	Esiste una procedura scritta per la trasmissione orale dei risultati		<b>A</b>
17.	I Laboratori delle strutture dove operano reparti intensivi o semiintensivi e/o Dipartimenti di Emergenza assicurano l'attività analitica e regolamentano la consulenza diagnostico-specialistica 24 ore su 24		<b>A</b>
18.	Esiste una procedura scritta per l'organizzazione del lavoro nei giorni festivi e nelle ore notturne, sia come pannello di esami disponibili, che come modalità di erogazione del servizio, in cui viene indicato il personale addetto (numero, qualifica, funzioni e responsabilità delle varie figure professionali)		<b>A</b>
19.	Il tecnico di laboratorio può trasmettere direttamente i risultati degli esami richiesti in urgenza (validazione tecnica), purchè vengano rispettati i criteri sopra stabiliti <i>Nota : requisito valido per i Laboratori Pubblici. L'elenco degli esami andrà definito in sede locale fra il Responsabile del Laboratorio ed i reparti clinici in sintonia con quanto previsto negli obiettivi programmatici delle rispettive Direzioni Aziendali</i>		<b>A</b>
20.	Esiste l'elenco delle prestazioni erogate con l'indicazione di quelle effettuate all'interno del Laboratorio e di quelle demandate ad altri Laboratori		<b>A</b>

ON

γ

## 8.2 MEDICINA TRASFUSIONALE

codice paragrafo

A	T	R	A
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Il Servizio garantisce le prestazioni 24/24 h		C
2.	La Struttura possiede il servizio di guardia attiva 24h su 24h		C
3.	E' attivo il collegamento con il CRCC e CRCP		A
4.	E' attivo il collegamento con le strutture trasfusionali territoriali-provinciali		B
5.	Il Servizio ottempera alle norme UNI (10526/96) per lo scambio di informazioni tra le strutture del sistema trasfusionale		B
6.	Il Servizio ottempera alle raccomandazioni trasfusionali del Consiglio d'Europa-Comitato dei Ministri		B
7.	Il Servizio ha attivato il Sistema Qualità ISO 9000		C
	<b>ATTIVITA' SELEZIONE DEI DONATORI</b>		
8.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		A
9.	Sono state attivate procedure della Qualità		B
10.	E' stato attivato un sistema di protezione del donatore		A
11.	E' stato attivato un sistema di protezione del ricevente		A
	<b>ATTIVITA' RACCOLTA DELLA DONAZIONE</b>		
12.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		A
13.	Sono state attivate procedure della Qualità		B
14.	Sono stati attivati i controlli pre-donazione		A
15.	Sono state definite le modalità per l'esecuzione dei prelievi		A
	<b>ATTIVITA' PREPARAZIONE EMOCOMPONENTI</b>		
16.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		A
17.	Sono state attivate procedure della Qualità		B
18.	E' stata attivata la preparazione degli emocomponenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangue Intero</li> <li>• Concentrati eritrocitari</li> <li>• Concentrati eritrocitari buffy-coat depleti</li> <li>• Concentrati eritrocitari in soluzioni additive</li> <li>• Concentrati eritrocitari in soluzioni additive, buffy-coat depleti</li> <li>• Emazie lavate</li> <li>• Concentrati eritrocitari leucodepleti</li> <li>• Concentrati piastrinici random da PRP</li> <li>• Concentrati piastrinici random da buffy-coat</li> <li>• Concentrati piastrinici da aferesi</li> <li>• Concentrati piastrinici random da PRP leucodepleti</li> </ul>		A

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentrati piastrinici random da buffy-coat leucodepleti</li> <li>• Concentrati piastrinici da aferesi leucodepleti</li> <li>• Plasma fresco congelato da separazione</li> <li>• Plasma fresco congelato da aferesi</li> <li>• Concentrati granulocitari da aferesi</li> </ul> <p><i>Nota:</i> la presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettersi in relazione con il livello del presidio presso il quale viene effettuata la preparazione</p>		
19.	<p>E' stata attivata la preparazione degli emocomponenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emazie irradiate</li> <li>• Emazie congelate</li> <li>• Concentrati piastrinici irradiati</li> <li>• Crioprecipitato</li> <li>• Concentrati granulocitari da aferesi irradiati</li> <li>• Concentrati di cellule staminali periferiche omologhe</li> <li>• Concentrati di cellule staminali periferiche autologhe</li> </ul> <p><i>Nota:</i> la presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettersi in relazione con il livello del presidio presso il quale viene effettuata la preparazione</p>		<b>B</b>
20.	<p>E' stata attivata la preparazione degli emocomponenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Piastrine congelate</li> <li>• Concentrati di cellule staminali midollari omologhe</li> <li>• Concentrati di cellule staminali midollari autologhe</li> <li>• Concentrati di cellule staminali da cordone ombelicale</li> </ul> <p><i>Nota:</i> la presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettersi in relazione con il livello del presidio presso il quale viene effettuata la preparazione</p>		<b>C</b>
<b>ATTIVITA' LABORATORIO IMMUNOEMATOLOGIA</b>			
21.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
22.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
23.	Sono stati attivati i Controlli di Qualità interni Strumentazioni		<b>A</b>
24.	Sono stati attivati i Controlli di Qualità interni Reagenti immunoematologia		<b>A</b>
25.	Sono stati attivati i Controlli di Qualità interni Metodiche immunoematologiche		<b>B</b>
26.	<p>Vengono espletate le attività del laboratorio di immunoematologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipizzazione standard del donatore</li> <li>• Tipizzazione pazienti adulti</li> <li>• Tipizzazioni pazienti prepuberi e femmine in età fertile</li> <li>• Abs antiplastrine</li> </ul> <p><i>Nota:</i> le attività espletate sono da mettersi in relazione con il livello del presidio</p>		<b>A</b>
<b>ATTIVITA' LABORATORIO SIEROVIROLOGIA</b>			
27.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
28.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
29.	Sono stati attivati i Controlli di Qualità interni Strumentazioni		<b>A</b>
30.	Sono stati attivati i Controlli di Qualità interni Tests di screening e		<b>A</b>

OK

8

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	conferma (obbligatori e facoltativi)		
	<b>ATTIVITA' ETICHETTATURA</b>		
31.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
32.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
33.	Viene espletata l'attività di etichettatura relativa a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prodotti/Materiali in accettazione</li> <li>• Prodotti/Materiali in uscita</li> </ul>		<b>A</b>
34.	Viene espletata l'attività di etichettatura relativa alla produzione di emocomponenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prelievo</li> <li>• Attesa validazione</li> <li>• Frazionamento</li> <li>• Validazione</li> <li>• Quarantena</li> <li>• Assegnazione</li> </ul>		<b>A</b>
	<b>ATTIVITA' DI CONSERVAZIONE- TRASPORTO – SCADENZA</b>		
35.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
36.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
37.	Per la sezione conservazione-trasporto-scadenza vengono espletate le attività specifiche relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emoteche differenziate</li> <li>• Incubatori piastrinici differenziati</li> <li>• Congelatori plasmatici differenziati</li> <li>• Controllo temperature emoteche</li> <li>• Controllo temperature congelatori plasmatici e cellulari</li> <li>• Trasporto emocomponenti</li> </ul>		<b>A</b>
	<b>ATTIVITA' DI AFERESI</b>		
38.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
39.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
40.	Vengono espletate le attività di aferesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plasmacitoaferesi - Protezione del donatore</li> <li>• Plasmacitoaferesi - Protezione del ricevente</li> <li>• Prelievo donazione in aferesi</li> <li>• Aferesi Terapeutica - Protezione del Paziente</li> <li>• Aferesi terapeutica</li> </ul>		<b>A</b>
	<b>ATTIVITA' PROVE DI COMPATIBILITA' - TYPE &amp; SCREEN</b>		
41.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
42.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
43.	Vengono espletate le attività di Cross match		<b>A</b>
44.	Vengono espletate le attività di Type & Screen		<b>A</b>
	<b>ATTIVITA' ASSEGNAZIONE</b>		
45.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
46.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
47.	Vengono espletate le attività di assegnazione:		<b>A</b>

*OK*

*Y*

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione assegnazioni “normali”</li> <li>• Gestione assegnazioni “urgenti”</li> <li>• Gestione assegnazioni “urgentissime”</li> <li>• Gestione “rientri”</li> </ul>		
	<b>ATTIVITA' PROFILASSI MEN</b>		
48.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
49.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
50.	Vengono espletate le attività di Screening madre-neonato		<b>A</b>
51.	Vengono espletate le attività di profilassi con Ig anti-D		<b>B</b>
	<b>ATTIVITA' TERAPIE TRASFUSIONALI</b>		
52.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
53.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
54.	Sono stati attivati i sistemi di sicura identificazione del Ricevente		<b>A</b>
55.	Sono stati identificati i contenuti del Modulo o Scheda trasfusionale		<b>A</b>
56.	Vengono espletate le attività relative al Buon Uso del Sangue		<b>A</b>
	<b>ATTIVITA' COMPLICANZE TRASFUSIONALI</b>		
57.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
58.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
59.	Vengono effettuate indagini di controllo Immunologiche		<b>A</b>
	<b>ATTIVITA' TRASFUSIONI AUTOLOGHE</b>		
60.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
61.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
62.	Vengono espletate le attività per la protezione del paziente-donatore		<b>A</b>
63.	Vengono effettuati i controlli pre-donazione autologa		<b>A</b>
64.	Viene effettuato il Predeposito		<b>A</b>
65.	Viene effettuato il recupero perioperatorio		<b>B</b>
	<b>ATTIVITA' TIPIZZAZIONE TISSUTALE</b>		
66.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
67.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
68.	Viene effettuata la tipizzazione molecolare HLA di II Classe		<b>B</b>
69.	E' stato attivato il Sistema di sicurezza identificativa dei campioni		<b>A</b>
	<b>ATTIVITA' RACCOLTA E CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI PERIFERICHE E CORDONALI</b>		
70.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
71.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
72.	Vengono espletate le attività di raccolta e conservazione relativamente a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cellule Staminali Periferiche Omologhe</li> <li>• Cellule Staminali Periferiche Autologhe</li> <li>• Tipizzazione cellulare</li> </ul>		<b>B</b>
73.	Vengono espletate le attività di raccolta e conservazione relativamente a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cellule Staminali da cordone ombelicale</li> </ul>		<b>C</b>

*W*

*γ*

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipizzazione SC cordonali</li> <li>• Validazione SC cordonali</li> </ul>		
	<b>ATTIVITA' DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE AMBULATORIALI</b>		
74.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
75.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
	<b>ATTIVITA' DIAGNOSTICA E TERAPIA DELLE MALATTIE EMORRAGICHE E TROMBOTICHE</b>		
76.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
77.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
78.	Vengono espletate le attività relative alla TAO: monitoraggio e terapia		<b>C</b>
79.	Vengono espletate le attività di diagnostica di laboratorio		<b>B</b>
80.	Vengono espletate le attività per la diagnosi e trattamento delle coagulopatie congenite		<b>C</b>
	<b>ATTIVITA' CRIOCONSERVAZIONE E DISTRIBUZIONE DI TESSUTI</b>		
81.	E' definita l'organizzazione generale della sezione		<b>A</b>
82.	Sono state attivate procedure della Qualità		<b>B</b>
83.	Vengono espletate le attività di crioconservazione e distribuzione dei tessuti relativamente a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selezione del Donatore</li> <li>• Modalità di conservazione</li> <li>• Modalità di distribuzione</li> </ul>		<b>B</b>

04

V

## 8.3 ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

codice paragrafo

A	R	A	D
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste una procedura per la registrazione dei materiali di consumo		<b>A</b>
2.	Nel caso di una richiesta di prestazione per la quale non sia necessaria una preavutazione della documentazione radiologica e/o clinica precedentemente eseguita, è possibile la prenotazione telefonica dell'indagine richiesta		<b>A</b>
3.	Nel caso in cui vengano eseguite attività di radiologia interventistica esiste una procedura per garantire un intervento chirurgico d'urgenza in caso di necessità		<b>A</b>
4.	Sono documentati la conoscenza e l'aggiornamento continuativo da parte di tutto il personale delle norme di protezione sanitaria da applicare anche nei confronti dei pazienti		<b>A</b>
5.	Esiste una procedura per l'informazione rivolta alla popolazione femminile di età fertile affinché dichiarino il suo possibile stato di gravidanza		<b>A</b>
6.	Esistono procedure per l'archiviazione della documentazione fotografica o digitale o su altro supporto		<b>A</b>
7.	Esiste una procedura per la valutazione dell'appropriatezza degli esami effettuati		<b>B</b>
8.	Esiste una procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale per la gestione degli esami urgenti		<b>B</b>
9.	E' garantita la possibilità di ritiro dei referti oltre le ore 18 per almeno due giorni alla settimana		<b>C</b>
10.	E' garantita la possibilità di ritiro dei referti in uno sportello unico per diversi servizi diagnostici (es. servizio di radiologia, laboratorio analisi etc.) <i>Nota:</i> <i>tale requisito è valido solo per le Strutture Pubbliche</i>		<b>C</b>

## 8.4 ANATOMIA, ISTOLOGIA e CITOLOGIA PATOLOGICA

codice paragrafo

A	P	A	T
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste documentazione che il servizio garantisce la disponibilità del 80% dei referti relativi a biopsie incisionali e a citologici non cervico vaginali entro 6 giorni lavorativi		<b>B</b>
2.	Esiste documentazione che il servizio garantisce la disponibilità del 80% dei referti relativi a pezzi chirurgici e citologici cervico vaginali entro 15 giorni lavorativi		<b>B</b>
3.	Esiste documentazione che il servizio garantisce la disponibilità del 80% dei referti relativi a autopsia entro 10 giorni lavorativi (referto provvisorio), 40 giorni lavorativi (referto definitivo)		<b>B</b>
4.	Il Servizio è collegato funzionalmente con i blocchi operatori per la diagnostica estemporanea intraoperatoria (esistenza di procedure)		<b>A</b>
5.	Il Servizio è collegato funzionalmente con l'area mortuaria per l'attività autoptica, qualora la sala non sia all'interno del servizio		<b>A</b>
6.	Esiste un sistema di archiviazione che consente un agevole reperimento di materiali e referti		<b>A</b>
7.	Il sistema di archiviazione contiene anche: <ul style="list-style-type: none"> <li>• registro numerico di accettazione</li> <li>• archivio delle richieste di diagnosi (<i>le richieste possono essere eliminate dopo 6 mesi</i>)</li> <li>• archivio dei residui dei frammenti bioptici mantenuti in fissativo (<i>i tessuti in formalina possono essere eliminati dopo 4 settimane dalla redazione e consegna del referto</i>)</li> <li>• archivio delle inclusioni e dei preparati isto/citologici (<i>i preparati citologici cervico vaginali negativi devono essere conservati per almeno 5 anni</i>)</li> <li>• archivio cartaceo dei referti isto/citologici e protocolli autoptici aggiornato con le richieste di revisione e consulenza con relative risposte (<i>è opportuna la documentazione annuale di: n. di inclusioni, n. di preparati istologici, n. di preparati citologici cervicovaginali, n. di preparati immunoistochimici, n. di preparati citologici non cervicovaginali, n. di autopsie</i>)</li> </ul>		<b>A</b>
8.	Esiste una procedura che comprende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'identificazione del paziente e del medico che ha richiesto la diagnosi</li> <li>• l'acquisizione delle informazioni cliniche rilevanti</li> </ul>		<b>A</b>
9.	La procedura di esecuzione della fase analitica sul materiale biologico comprende:		<b>A</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la corretta e completa identificazione dei campioni biologici</li> <li>• la completezza della descrizione macroscopica ove utile per una migliore definizione diagnostica e prognostica</li> <li>• la completezza della descrizione microscopica</li> <li>• la completezza delle informazioni sulle tecniche ancillari eventualmente impiegate</li> <li>• l'utilizzazione nella diagnosi della terminologia standardizzata e codificabile</li> <li>• la chiara identificazione del medico anatomo/patologo responsabile della diagnosi</li> </ul>		
	Il Servizio svolge un volume di attività assistenziali pari a:		
10.	• almeno 7.000 casi istologici/ anno		<b>C</b>
11.	• almeno 7.000 casi citologici cervico vaginali/anno		<b>C</b>
12.	• almeno 5.000 casi citologici non cervico vaginali/anno		<b>C</b>
13.	• almeno 50 casi autoptici/anno		<b>C</b>
14.	• almeno 1.500 ago aspirati/anno		<b>C</b>
15.	L'attività di laboratorio per la citologia esfoliativa è di almeno di 10.000 esami/anno		<b>C</b>
16.	L'attività di laboratorio per lo screening cervico-vaginale raggiunge almeno 25.000 esami/anno		<b>C</b>
17.	Qualora venga effettuata attività autoptica, esistono protocolli operativi dedicati		<b>A</b>
18.	Esistono protocolli operativi per la preparazione/campionamento/esame del materiale bioptico		<b>A</b>
19.	Esistono protocolli operativi per le attività di citologia		<b>A</b>
20.	Esistono protocolli operativi per l'archiviazione delle istocitoteche e dei blocchetti in paraffina		<b>A</b>
21.	Esistono protocolli operativi per la conservazione temporanea/indefinita del materiale bioptico chirurgico		<b>A</b>
22.	Esistono protocolli operativi per l'esecuzione di prelievi e agoaspirati		<b>A</b>

ON

- Y

## 8.5 ENDOSCOPIA DIGESTIVA

codice paragrafo

A	E	N	D
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Viene garantita la pronta disponibilità di un rianimatore quando le procedure o le condizioni del paziente lo richiedono		<b>A</b>
2.	Sono disponibili procedure per la sedazione cosciente		<b>A</b>
3.	Esistono procedure per il controllo del rischio da gas anestetici		<b>A</b>
4.	Esistono procedure per la protezione contro il rischio radiogeno e biologico		<b>A</b>
5.	E' stata definita l'organizzazione del servizio per l'erogazione delle prestazioni sia routinarie che in urgenza		<b>A</b>
6.	E' garantita l'apertura del servizio per almeno 5 giorni alla settimana		<b>B</b>
7.	E' garantito un servizio di pronta disponibilità per le emergenze notturne e festive		<b>C</b>
8.	Esistono procedure per prelievo, conservazione, registrazione e trasporto dei campioni biologici da sottoporre ad accertamenti		<b>B</b>
9.	E' disponibile il registro delle complicanze		<b>C</b>
10.	Sono disponibili procedure per la gestione delle complicanze		<b>C</b>

DN

Y

## 8.6 ALLERGOLOGIA

codice paragrafo

A	L	L	E
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le spirometrie, se effettuate		<b>A</b>
2.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le rinoscopie, se effettuate		<b>B</b>
3.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per la gestione delle emergenze e per la rianimazione cardio polmonare		<b>A</b>
4.	Le prestazioni vengono regolarmente registrate e la refertazione è corredata di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dati anamnestici</li> <li>• risultati dell'esame</li> <li>• conclusioni diagnostico terapeutiche</li> </ul>		<b>A</b>
5.	La struttura assicura le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> <li>• consulenza specialistica</li> <li>• raccolta dati epidemiologici</li> <li>• diagnostica delle dermatiti allergiche da contatto</li> <li>• diagnostica in vivo delle allergopatie respiratorie e alimentari</li> <li>• valutazione funzionale delle allergopatie respiratorie</li> <li>• esecuzione e monitoraggio clinico e strumentale dell'immunoterapia specifica per allergeni inalanti</li> </ul>		<b>A</b>
6.	La struttura assicura le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnostica delle allergopatie da farmaci e da insetti</li> <li>• esecuzione di protocolli di desensibilizzazione con farmaci (FANS antibiotici, etc.) e test di provocazione orale</li> <li>• esecuzione di protocolli di desensibilizzazione con veleni di imenotteri</li> <li>• test di provocazione in doppio cieco controllato con placebo per alimenti ed additivi alimentari</li> <li>• test di provocazione bronchiale specifico con allergene</li> <li>• diagnostica delle allergopatie professionali</li> </ul>		<b>B</b>

*Or*

*Y*

## 8.7 DERMATOLOGIA

codice paragrafo

A	D	E	R
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi, qualora vengano effettuate prestazioni utilizzando sorgenti artificiali di raggi UVA ed UVB		<b>A</b>
2.	In caso di attività ambulatoriale diversificata sono presenti schede o registri diversificati		<b>B</b>
3.	Esiste un programma finalizzato alla prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della pelle che preveda anche un eventuale coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale <i>Nota: valido solo per le Strutture Pubbliche</i>		<b>B</b>
4.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per la verifica periodica della casistica con correlazione clinica anatomo-patologica dei casi particolari		<b>C</b>
5.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per il controllo programmato dei pazienti trattati per patologie croniche ed oncologiche		<b>B</b>
6.	Sono stati predisposti profili di assistenza che comprendano anche l'organizzazione dei follow up periodici programmati almeno per le seguenti patologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• linfomi</li> <li>• melanomi</li> </ul> <i>Nota: valido solo per le Strutture Pubbliche</i>		<b>B</b>
7.	Sono disponibili protocolli operativi per le attività di crioterapia, qualora vengano effettuate		<b>A</b>
8.	Sono disponibili protocolli operativi per le attività di laserterapia, qualora vengano effettuate		<b>A</b>
9.	Sono disponibili protocolli operativi per lo stoccaggio del materiale		<b>A</b>
10.	Sono disponibili procedure per la gestione del paziente nella fase successiva all'intervento		<b>A</b>

DN

- Y

## 8.8 PNEUMOLOGIA

codice paragrafo

A	P	N	E
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per la gestione delle emergenze e per la RCP di base e avanzata (comprese l'intubazione e la cardioversione)		<b>A</b>
2.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le spirometrie, se effettuate		<b>A</b>
3.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le saturimetrie, se effettuate		<b>A</b>
4.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le prove da sforzo, se effettuate		<b>A</b>
5.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per l'emogasanalisi, se effettuata		<b>A</b>
6.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per i test di iperreattività bronchiale, se effettuati		<b>A</b>
7.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per il monitoraggio del sonno, se effettuato		<b>C</b>
8.	Se effettuate, sono applicate procedure per la broncoscopia e per la gestione delle eventuali complicanze		<b>A</b>
9.	Se effettuata, sono applicate procedure per la toracoscopia e per la gestione delle eventuali complicanze, che comprenda l'intervento dell'equipe rianimatoria		<b>A</b>
10.	Sono disponibili e vengono applicate procedure codificate per la calibrazione dello spirometro che prevedono: <ul style="list-style-type: none"> <li>• calibrazione giornaliera dei volumi mediante siringa di 3 litri (con foglio di registrazione) a differenti flussi</li> <li>• calibrazione mensile del volume residuo (con foglio di registrazione)</li> </ul>		<b>B</b>
11.	Nei referti dei test di iperreattività bronchiale è indicata la metodica utilizzata (dosimetrica o continua)		<b>A</b>
12.	E' disponibile e viene applicata una procedura per la calibrazione dell'ampolla che eroga la soluzione, utilizzata nei test di iperreattività bronchiale, ogni 6 mesi con il metodo della doppia pesata		<b>B</b>
13.	Esiste una procedura per la calibrazione dello spirometro		<b>B</b>
14.	Il referto dell'esame spirografico è comprensivo di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• tracciato (report grafico)</li> <li>• valori rilevati</li> <li>• valori teorici di riferimento</li> <li>• % del valore rilevato rispetto al teorico</li> <li>• conclusioni diagnostiche</li> </ul>		<b>A</b>
15.	Sono disponibili e vengono applicate procedure scritte per l'attività di prevenzione, diagnosi e terapia della tubercolosi		<b>A</b>

## 8.9 OTORINOLARINGOIATRIA

codice paragrafo

A	O	T	O
---	---	---	---

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

02

✓

## 8.10 OCULISTICA

codice paragrafo

A	O	C	U
---	---	---	---

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

## 8.11 UROLOGIA

codice paragrafo

A	U	R	O
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili e vengono applicate procedure per la prevenzione e protezione del personale e dei pazienti dai rischi dell'utilizzo di sostanze potenzialmente nocive per la disinfezione di alto livello dello strumentario endoscopico		A
2.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le prestazioni di ecografia transrettale, se effettuate		A
3.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le prestazioni di ecografia addominale, se effettuate		A
4.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le prestazioni di ecografia testicolare, se effettuate		A
5.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le prestazioni di biopsia prostatica ecoguidata, se effettuate		A
6.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le prestazioni di ecocolor doppler penieno e testicolare, se effettuate		A
7.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le prestazioni di endoscopia, se effettuate		A
8.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le prestazioni di urodinamica, se effettuate		A
9.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per l'attività di andrologia, se effettuata		B
10.	Esistono procedure per prelievo, conservazione, registrazione e trasporto dei campioni biologici da sottoporre ad accertamenti		B

QW

## 8.12 MEDICINA NUCLEARE

codice paragrafo

A	M	N	U
---	---	---	---

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

On

γ

## 8.13 ANALGESIA

codice paragrafo

A	M	A	N
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per la gestione delle emergenze e per la RCP		<b>A</b>
2.	La struttura assicura l'attività di consulenza specialistica		<b>A</b>
3.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per i trattamenti ipostimolanti analgesici ed antinfiammatori locali e loco-regionali, qualora effettuati		<b>B</b>
4.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le terapie comportamentali, qualora effettuate		<b>B</b>
5.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli operativi per le terapie fisiche e riflessoterapie, qualora effettuate		<b>B</b>
6.	Per attività ambulatoriali diversificate sono presenti schede o registri diversificati		<b>B</b>
7.	E' documentata un'attività di aggiornamento del personale sanitario medico attraverso la partecipazione a corsi e/o congressi accreditati		<b>A</b>
8.	Esiste un'attività ambulatoriale dedicata al controllo post-ricovero		<b>B</b>
9.	Esiste una procedura per la valutazione periodica della condizione psico-fisica del paziente portatore di pompa o elettrostimolatore midollare		<b>B</b>
10.	Esiste un'attività ambulatoriale dedicata e ad accesso diretto per i pazienti con cefalea		<b>B</b>
11.	Sono previste procedure psicodiagnostiche per la gestione dei pazienti in carico		<b>B</b>
12.	Esiste un collegamento funzionale con il Centro Residenziale Cure Palliative (Hospice), quando presente		<b>C</b>

## 8.14 CENTRO DIALISI AMBULATORIALE

codice paragrafo

C	S	D	O
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste una procedura formalizzata per l'accesso alla terapia dialitica sia programmata che in urgenza		A
2.	Vengono prodotte informazioni scritte sulla tipologia di prestazioni del servizio		A
3.	Esiste una attività ambulatoriale ad accesso diretto per la presa in carico del paziente affetto da insufficienza renale cronica		A
4.	Esistono precisi protocolli per l'inizio del trattamento dialitico secondo linee guida validate nazionali o internazionali		A
5.	Esistono procedure per il controllo dei rischi ed un piano di prevenzione		A
6.	Viene effettuata una valutazione periodica dell'uso delle risorse materiali (es. farmaci)		A
7.	Esiste un protocollo di vaccinazione per l'epatite		A
8.	Esistono procedure per il monitoraggio degli accessi vascolari, anche in collegamento con il Centro Regionale di riferimento secondo linee guida validate nazionali o internazionali		A
9.	Viene valutata periodicamente la condizione psico-sociale del paziente da figure professionali specializzate		B
10.	Sono adottati indicatori di adeguatezza dialitica secondo linee guida validate nazionali o internazionali		A
11.	Esiste un protocollo di trattamento dell'anemia		A
12.	Vengono monitorizzati i seguenti indicatori: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sieroconversioni HBV e HCV/anno</li> <li>• n° trasfusioni/paziente/anno</li> <li>• n° giorni di ricovero/paziente dializzato/anno</li> <li>• n° episodi di edema polmonare/paziente/anno</li> <li>• n° colture positive dell'acqua e bagno dialisi/totale colture</li> <li>• dose eritropoietina/paziente/anno (in base a target validati secondo linee guida nazionali o internazionali)</li> </ul>		A
13.	Esiste un'attività ambulatoriale dedicata e ad accesso diretto per i pazienti in dialisi domiciliare		A
14.	Esiste un collegamento funzionale tra nefrologo del centro e medici di medicina generale (scheda paziente, riunioni periodiche)		B
15.	Tutto il personale è coinvolto nella stesura e diffusione di protocolli, procedure e linee guida		A

ON

Y

## 8.15 CENTRO DIALISI OSPEDALIERO

codice paragrafo

A	S	D	O
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste una procedura formalizzata per l'accesso alla terapia dialitica sia programmata che in urgenza nel Centro, nel CAL e nel CAD di competenza		A
2.	Nel Centro, nel CAL e nel CAD di competenza vengono prodotte informazioni scritte, sulla tipologia di prestazioni del servizio e le modalità di erogazione per le Unità Operative dell'Ospedale e per i Servizi Territoriali		A
3.	Nel Centro, nel CAL e nel CAD di competenza esiste una attività ambulatoriale ad accesso diretto per la presa in carico del paziente affetto da insufficienza renale cronica		A
4.	Nel Centro, nel CAL e nel CAD di competenza esistono precisi protocolli per l'inizio del trattamento dialitico secondo linee guida validate nazionali o internazionali		A
5.	Esiste un percorso agevolato per l'accesso del paziente dializzato/trapiantato ai servizi diagnostici		B
6.	Esistono procedure per il controllo dei rischi ed un piano di prevenzione		A
7.	Viene effettuata una valutazione periodica dell'uso delle risorse materiali (es. farmaci)		A
8.	Esiste un protocollo di vaccinazione per l'epatite B		A
9.	Esistono procedure per la creazione ed il monitoraggio degli accessi vascolari, anche in collegamento con il Centro Regionale di riferimento secondo linee guida validate nazionali o internazionali		A
10.	Esistono procedure per il posizionamento e la gestione del catetere peritoneale		A
11.	Viene valutata periodicamente la condizione psico-sociale del paziente da figure professionali specializzate		B
12.	Sono adottati indicatori di adeguatezza dialitica		A
13.	Viene garantito il posizionamento di cateteri venosi centrali		A
14.	Esiste un protocollo di trattamento dell'anemia		A
15.	Vengono monitorizzati i seguenti indicatori: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sieroconversioni HBV e HCV/anno</li> <li>• n° trasfusioni/paziente/anno</li> <li>• n° giorni di ricovero/paziente dializzato/anno</li> <li>• n° episodi di edema polmonare/paziente/anno</li> <li>• n° colture positive dell'acqua e bagno dialisi/totale colture</li> <li>• dose eritropoietina/paziente/anno (in base a target validati secondo linee guida nazionali o internazionali)</li> </ul>		A

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

16.	Esiste un'attività ambulatoriale dedicata e ad accesso diretto per i pazienti con trapianto renale		<b>A</b>
17.	Esiste un'attività ambulatoriale dedicata e ad accesso diretto per i pazienti in dialisi domiciliare		<b>A</b>
18.	Esiste un collegamento funzionale tra nefrologo del Centro e Medici di Medicina Generale (p.es.: scheda paziente, riunioni periodiche, etc.)		<b>B</b>
19.	Il nefrologo dedicato alla dialisi domiciliare coordina gli interventi assistenziali, assicura un piano assistenziale individuale e periodici incontri tra le figure professionali e le altre strutture coinvolte (Medici di Medicina Generale, infermiere, psicologo, assistente sociale, ADI, RSA) e con i familiari		<b>A</b>
20.	Tutto il personale è coinvolto nella stesura e diffusione di protocolli, procedure e linee guida		<b>A</b>
21.	Vengono rispettati i criteri di attribuzione dei pazienti al Centro Dialisi più vicino alla residenza		<b>A</b>
22.	Esiste l'elenco degli esami periodici di controllo effettuati ai pazienti		<b>A</b>
23.	Esiste un prospetto riepilogativo mensile delle tipologie di trattamento dialitico eseguite		<b>A</b>

Or

Y

## 8.16 CAL (Centro dialisi assistenza limitata) e CAD (Centro dialisi assistenza decentrata)

codice paragrafo

A	C	A	L
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste un percorso organizzativo facilitato per l'accesso del paziente dializzato ai servizi diagnostici		<b>A</b>
2.	Esistono procedure per il controllo dei rischi ed un piano di prevenzione		<b>A</b>
3.	Viene effettuata una valutazione periodica dell'uso delle risorse (materiali e farmaci)		<b>A</b>
4.	Esiste un protocollo di vaccinazione per l'epatite B		<b>A</b>
5.	Esistono procedure codificate per la creazione ed il monitoraggio degli accessi vascolari, anche in collegamento con il Centro Regionale di riferimento secondo linee guida validate nazionali o internazionali		<b>A</b>
6.	Esistono procedure codificate per il posizionamento e la gestione del catetere peritoneale secondo linee guida validate nazionali o internazionali		<b>A</b>
7.	Viene valutata periodicamente la condizione psico-sociale del paziente da figure professionali specializzate		<b>B</b>
8.	Sono adottati indicatori di adeguatezza dialitica secondo linee guida validate nazionali o internazionali		<b>A</b>
9.	Esiste un protocollo di trattamento dell'anemia		<b>A</b>
10.	Vengono monitorizzati i seguenti indicatori: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sieroconversione HBV e HCV/anno</li> <li>• n° trasfusioni/paziente/anno</li> <li>• n° giorni di ricovero/paziente dializzato/anno</li> <li>• n° episodi di edema polmonare/paziente/anno</li> <li>• n° colture positive dell'acqua e bagno dialisi/totale colture</li> <li>• dose eritropoietina/paziente/anno</li> </ul>		<b>B</b>

ON

- 2

## 8.17 PRESIDI AMBULATORIALI DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

codice paragrafo

A	P	R	I
---	---	---	---

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

ON

V

## 8.18 CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE

codice paragrafo

A	C	R	I
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni		A
2.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti		A
3.	E' effettuata all'ingresso, alla dimissione e periodicamente, in caso di presa in carico prolungata, la valutazione funzionale con strumenti validati		A
4.	Esiste 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 prevede l'attivazione dei competenti organi degli Enti Pubblici per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale		A
5.	Ciascun ospite ha una cartella o scheda su cui ogni operatore annota cure e trattamenti		A
6.	La documentazione clinica viene periodicamente sottoposta a revisione della completezza ed adeguatezza		B
7.	E' stato identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di struttura e dei rapporti con i familiari		C
8.	Sono disponibili e vengono applicati protocolli diagnostico-terapeutici per le principali patologie trattate, basati, ove disponibili, su evidenze scientifiche di efficacia		B
9.	E' effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici		C
10.	Esistono procedure scritte per la formulazione dei piani di trattamento che devono essere redatti e verificati dall'equipe multi-disciplinare e devono contenere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• modalità di effettuazione delle valutazioni (test clinici e strumentali)</li> <li>• modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi</li> <li>• modalità di valutazione dei risultati attesi</li> </ul>		B
11.	E' prevista la consulenza protesica		A
12.	Sono adottate misure per facilitare l'orientamento (es. codici colore)		C
13.	Vengono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori (eliminazione di piastrelle rotte, spigoli, manovelle sporgenti dei letti; uso di sostanze-dispositivi antisdrucchiolo etc.)		A

ON

γ

## 8.19 SERT

codice paragrafo

A	S	E	R
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Il servizio è facilmente accessibile anche attraverso l'utilizzo di mezzi pubblici		A
2.	Esistono procedure definite per l'accoglienza e la presa in carico degli utenti		A
3.	Il servizio ha predisposto procedure per la gestione dei casi in carico comprendenti le fasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnosi</li> <li>• terapia medico farmacologica</li> <li>• interventi psicologici</li> <li>• interventi di carattere sociale ed educativo</li> </ul>		A
4.	Il servizio ha predisposto procedure per interventi a bassa soglia		A
5.	Il servizio ha predisposto procedure per l'invio dell'utente in comunità terapeutiche		A
6.	Il servizio ha predisposto procedure per la gestione dei casi inseriti in comunità		A
7.	Il servizio ha predisposto procedure per la gestione del reinserimento dell'utente		A
8.	Il servizio ha predisposto procedure per il collegamento con gli altri servizi: ospedale, laboratori analisi etc.		A
9.	Il servizio ha predisposto procedure per l'effettuazione delle terapie alternative		B
10.	Il servizio ha predisposto procedure per la rapida risposta alle emergenze		A
11.	Il servizio ha predisposto procedure per il monitoraggio e la valutazione dei casi		A
12.	Il servizio ha predisposto procedure di collegamento con altri servizi di tipo istituzionale sul territorio (carcere, istituzioni scolastiche etc.)		A
13.	Il servizio dispone di uno sportello informativo		B
14.	Gli interventi di carattere sociale comprendono l'inserimento lavorativo		B
15.	Sono assicurati interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria (sia per i giovani che per gli adulti)		A
16.	Sono previsti interventi di consulenza legale		C
17.	Sono previsti interventi di consulenza in carcere e in altre sedi, in caso di misure alternative (arresti domiciliari)		B
18.	Sono previsti interventi di tipo psicologico e di sostegno socio educativo alla famiglia dei casi in carico		B
19.	Viene monitorizzato, tramite indicatori, per ciascun caso trattato il rapporto con le sostanze e la qualità della vita		C

## 8.20 CENTRO DI SALUTE MENTALE

codice paragrafo

C	S	M	E
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esistono procedure definite per l'accoglienza e la presa in carico dei pazienti		<b>B</b>
2.	Viene effettuata, e ne esiste evidenza, una valutazione della patologia e dei bisogni del paziente		<b>A</b>
3.	Esistono e vengono seguite procedure per la formulazione di un piano terapeutico individualizzato		<b>A</b>
4.	Vengono predisposti ed attuati piani terapeutico-riabilitativi individuali, in cui si tenga conto del coordinamento tra i diversi presidi di tutela della salute mentale		<b>A</b>
5.	Esistono e vengono seguite procedure relative alle modalità di rapporto con i familiari ed i Medici di Medicina Generale		<b>A</b>
6.	Sono previsti, ove necessario, interventi di tipo psicologico e di sostegno socio-educativo alla famiglia dei pazienti in carico		<b>B</b>
7.	Vengono svolte attività di tutela della salute mentale		<b>A</b>
8.	Vengono realizzati programmi rivolti ai singoli, ai gruppi e alle comunità, con il coinvolgimento di altri soggetti, pubblici e privati		<b>C</b>

Q.N

V

## 8.21 CONSULTORIO FAMILIARE

codice paragrafo

A	C	O	N
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono assicurate l'unitarietà (attraverso l'utilizzo di procedure standardizzate) e l'integrazione socio-sanitaria all'interno di ogni attività consultoriale		<b>A</b>
2.	Esiste un documento in cui viene esplicitata l'organizzazione in generale e, qualora effettuate, l'organizzazione delle attività ad alta specializzazione		<b>A</b>
3.	E' previsto un collegamento funzionale con i Servizi di Colposcopia e di Ecografia afferenti all'organizzazione aziendale, per l'invio di segnalazioni provenienti dal Consultorio Familiare		<b>B</b>
4.	Sono previste procedure per la raccolta dei dati necessari per la sorveglianza epidemiologica, utilizzabili a scopo preventivo, statistico ed epidemiologico		<b>A</b>
5.	Sono promosse iniziative finalizzate all'informazione, all'educazione e alla prevenzione dei tumori della sfera genitale		<b>A</b>
6.	La struttura svolge iniziative finalizzate alla promozione dell'allattamento al seno		<b>A</b>
7.	Sono promosse iniziative finalizzate all'informazione e all'educazione sessuale per la procreazione responsabile		<b>A</b>
8.	Sono disponibili profili di assistenza relativi a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• IVG</li> <li>• Gravidanza</li> <li>• Puerperio</li> </ul>		<b>B</b>
9.	E' predisposta una procedura per la definizione delle modalità di presa in carico dell'utente		<b>B</b>
10.	E' garantita l'offerta attiva di servizi a livello territoriale, tenendo conto dei bisogni differenziati, verso specifici bacini di utenza (fasce deboli, utenti extracomunitari)		<b>C</b>

*DN*

## 8.22 CENTRI AMBULATORIALI DI TERAPIA IPERBARICA

In assenza di specifici provvedimenti normativi per le procedure indicate potranno prendersi come riferimento le linee guida ISPESL (documento 30/4/98 “La gestione in sicurezza delle camere iperbariche multiposto in ambiente clinico”)

codice paragrafo

A	I	P	E
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono attuate procedure di controllo dell'accesso alla camera iperbarica dei singoli pazienti, atte a prevenire situazioni di pericolo derivante dall'introduzione di qualsiasi materiale o oggetto che possa indurre situazioni di rischio per esplosioni e incendi		A
2.	Sono previste procedure per l'introduzione di eventuali presidi di carattere medico o infermieristico o di qualsiasi altro oggetto, per motivi di servizio, all'interno della camera		A
3.	Sono attuate procedure per il controllo dell'aria immessa nella camera iperbarica		A
4.	Sono previste e messe in atto procedure per la manutenzione ordinaria e straordinaria di tutti i sistemi ed impianti		A
5.	Sono presenti procedure da attuare in caso di emergenza per possibili avarie o incidenti		A
6.	Sono attuate procedure per la gestione dei pazienti con particolare riferimento a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• indicazioni appropriate al trattamento</li> <li>• visita medica di idoneità</li> <li>• compilazione cartella clinica</li> </ul>		A

ON

**9 REQUISITI ORGANIZZATIVI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE IN REGIME DI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO PER ACUTI**

LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALITA' DEVONO CORRISPONDERE A QUANTO PREVISTO DAL PIANO SANITARIO REGIONALE , L.R. 20/10/98 N. 34, IN MERITO ALLA CLASSIFICAZIONE DEI LIVELLI DOTAZIONALI PER AREE DI INTERVENTO (SETTING OPERATIVI) PARAGRAFO 4.3.2

I REQUISITI A CUI FARE RIFERIMENTO SONO QUELLI DEL PRESENTE MANUALE RELATIVI ALLE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE (PARAGRAFI 7 E 8) O IN REGIME DI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO O DIURNO PER ACUTI (PARAGRAFI 5 E 6)

ON

- /

**10 REQUISITI ORGANIZZATIVI PER LE  
STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI  
RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI, A  
CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO**

*QW*

*- 1*

## 10.1 RESIDENZE SANITARIE

Le strutture interessate dal presente capitolo sono, in riferimento al Piano Sanitario Regionale 98/2000 L.R. n° 34 del 20/10/98:

- Nuclei di Assistenza Residenziale
- RSA per anziani non autosufficienti (comprese quelle che ospitano nuclei per malati di Alzheimer o demenze)
- Residenze Sanitarie Terapeutiche (RST)
- Residenze Sanitarie per Disabili
- Residenze Sanitarie Riabilitative

codice paragrafo

R	E	S	G
---	---	---	---

### *La struttura organizzativa*

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

### *La sicurezza e il benessere*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
9.	E' garantita la possibilità di socializzazione e attività creativa per l'utenza		A
10.	E' garantita all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento		B

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

11.	E' garantito l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle zone di libero accesso per l'utenza		<b>A</b>
12.	Sono stati individuati i referenti per l'attivazione delle procedure di manutenzione delle singole attrezzature		<b>A</b>
13.	Esiste evidenza della esecuzione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria		<b>A</b>
14.	E' garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza		<b>A</b>
15.	E' garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza		<b>A</b>
16.	Vengono adottate tutte le necessarie misure per la prevenzione degli infortuni di ospiti e operatori (eliminazione di piastrelle rotte, spigoli, manovelle sporgenti dei letti; uso di sostanze-dispositivi antisdrucchiolo etc.)		<b>A</b>
17.	Sono previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti		<b>A</b>
18.	La struttura ha modalità di custodia valori e beni personali		<b>A</b>
19.	Ai fini della prevenzione degli infortuni è garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza		<b>B</b>

**Il locale visita**

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
20.	Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente		<b>A</b>
21.	Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione <i>Interpretazione:</i> <b>dispositivo medico:</b> qualsiasi strumento o sostanza che viene a contatto con l'uomo		<b>A</b>
22.	Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita e medicazione		<b>A</b>

**La formazione**

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
23.	Esiste un programma di accoglienza per i nuovi assunti che comprenda informazioni su: <ul style="list-style-type: none"> <li>• politiche, obiettivi e funzioni della struttura</li> <li>• organigramma della struttura</li> <li>• procedure e protocolli operativi</li> <li>• esigenze in materia di valutazione della qualità, di utilizzazione</li> </ul>		<b>B</b>

ON

Y

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	delle risorse, di gestione dei rischi della salute e della sicurezza del lavoro • leggi e regolamenti pertinenti all'attività dell'articolazione organizzativa		
24.	Esiste un programma di addestramento per i nuovi assunti <i>Nota:</i> <i>periodo di affiancamento ad un operatore esperto per l'apprendimento delle modalità di esecuzione di una particolare attività</i>		<b>A</b>
25.	Esiste un documento scritto che definisce il programma annuale di formazione continua <i>Nota:</i> <i>in tale programma vengono previste: la partecipazione a riunioni, seminari, convegni, corsi pertinenti alla funzione dell'articolazione organizzativa, la partecipazione ad attività di ricerca e la partecipazione a gruppi di miglioramento</i>		<b>B</b>
26.	La programmazione delle attività di formazione continua viene effettuata con la partecipazione degli operatori coinvolti		<b>B</b>
27.	L'attività formativa degli operatori viene documentata in una relazione annuale al responsabile della struttura		<b>B</b>

***Il percorso assistenziale***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
28.	Esiste formalizzazione scritta dei criteri e delle procedure di accesso e trasferimento dei pazienti che coinvolge i seguenti soggetti: • Distretto • UVD • Medici di Medicina Generale • Strutture di ricovero per acuti • Altre strutture residenziali		<b>A</b>
29.	Ciascun residente ha un piano assistenziale individuale scritto riportato su cartella o scheda, che viene periodicamente aggiornato in incontri dell'equipe assistenziale multidisciplinare		<b>A</b>
30.	Ciascun ospite ha una cartella clinica individuale in cui ogni operatore annota cure e trattamenti		<b>A</b>
31.	E' stato identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari		<b>C</b>
32.	In caso di ricovero in ospedale per acuti, l'ospite è accompagnato da una sintesi clinica e sono mantenuti i rapporti durante il periodo di ricovero		<b>A</b>
33.	Esiste una procedura di dimissione protetta per il rientro a domicilio degli ospiti (che preveda la comunicazione al medico curante, l'addestramento dei familiari, l'acquisizione di tutti i materiali necessari, il proseguimento a domicilio delle cure necessarie). Nel caso di residenze sanitarie private la procedura prevede l'attivazione dei competenti organi degli Enti Pubblici per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale		<b>A</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

34.	La struttura ha predisposto una procedura per il trasporto degli ospiti in caso di necessità		<b>A</b>
35.	Esiste documentazione della gestione delle liste d'attesa		<b>A</b>
36.	Esistono procedure scritte relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari		<b>B</b>
37.	E' chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni		<b>A</b>

***L'assistenza sanitaria***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
38.	I Medici di Medicina Generale, quando previsto, garantiscono la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità previste dall'Accordo Integrativo Regionale		<b>A</b>
39.	Sono presenti procedure per la gestione delle emergenze		<b>A</b>
40.	Esiste una procedura per le richieste di visite specialistiche		<b>A</b>
41.	Le cure infermieristiche e alla persona sono regolarmente annotate in cartella		<b>A</b>
42.	Esistono procedure scritte per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il bagno e la doccia</li> <li>• l'igiene orale</li> <li>• l'igiene a letto</li> </ul>		<b>A</b>
43.	Esistono procedure per la somministrazione di farmaci		<b>A</b>
44.	La distribuzione e somministrazione di farmaci è fatta da un infermiere professionale		<b>A</b>
45.	I problemi di comunicazione e sensoriali degli ospiti sono riportati in cartella		<b>A</b>
46.	Vi sono procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale		<b>A</b>
47.	Vi sono programmi individuali di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette		<b>B</b>
48.	E' garantita l'attività di podologia		<b>B</b>
49.	Esistono procedure per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito		<b>A</b>
50.	Il decorso delle piaghe da decubito viene monitorato regolarmente in cartella		<b>A</b>
51.	Il personale di assistenza è stato specificamente addestrato alla prevenzione e al trattamento dei decubiti		<b>A</b>
52.	Esistono procedure per il controllo delle infezioni negli ospiti a rischio (es cateterizzati e tracheostomizzati)		<b>A</b>
53.	Volontari e parenti sono addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti		<b>C</b>
54.	I familiari sono addestrati al nursing prima della dimissione		<b>B</b>
55.	E' garantita la funzione di assistenza sociale		<b>A</b>
56.	In cartella sono registrate informazioni sui problemi sociali dell'ospite e della famiglia		<b>B</b>

ON

Y

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

57.	Viene garantito l'accesso alle prestazioni specialistiche disponibili all'interno della struttura e sono previste vie preferenziali per l'accesso a prestazioni/esami non eseguibili nella struttura		<b>A</b>
58.	Si svolgono attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo		<b>A</b>

***Gli aspetti alberghieri***

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

***RSA Anziani***

***(requisiti particolari per strutture che ospitano pazienti affetti da demenze)***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
72.	E' effettuata prima dell'ammissione una valutazione sanitaria completa per distinguere le varie fasi della demenza		<b>A</b>
73.	Esistono procedure per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'uso di contenzione fisica</li> <li>• l'uso di psicofarmaci</li> <li>• la protezione degli ospiti con problemi comportamentali dal rischio di cadute e traumi</li> <li>• l'assunzione di liquidi e l'alimentazione</li> <li>• i bisogni specifici dei pazienti con difficoltà cognitive</li> </ul>		<b>B</b>

*Or*

*Y*

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

74.	Esistono programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti		<b>A</b>
75.	Vengono erogate prestazioni riabilitative di mantenimento e di terapia occupazionale		<b>A</b>
76.	E' identificata per ogni ospite una persona che lo rappresenta per quanto riguarda confidenzialità delle informazioni, consenso ai trattamenti, gestione delle finanze e dei beni personali		<b>A</b>
77.	E' organizzata e facilitata l'attività di un gruppo di sostegno per i familiari		<b>B</b>
78.	Esistono procedure per l'attività riabilitativa di base		<b>A</b>

***RSA per disabili***

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
79.	Viene garantito l'accesso alle prestazioni specialistiche disponibili all'interno della struttura e sono previste vie preferenziali per l'accesso a prestazioni/esami non eseguibili nella struttura		<b>A</b>
80.	Si svolgono attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo		<b>A</b>
81.	Sono disponibili linee guida, elaborate da autori ben identificabili e periodicamente revisionate, che orientano il personale nelle attività abitualmente espletate		<b>B</b>
82.	E' effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione delle linee guida		<b>B</b>
83.	E' previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità presenti		<b>A</b>
84.	E' prevista la consulenza protesica		<b>A</b>
85.	Esistono procedure per le attività riabilitative di base		<b>A</b>

***RS riabilitative***

86.	Viene garantito l'accesso alle prestazioni specialistiche disponibili all'interno della struttura e sono previste vie preferenziali per l'accesso a prestazioni/esami non eseguibili nella struttura		<b>A</b>
87.	Si svolgono attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo		<b>A</b>
88.	Sono disponibili linee guida, elaborate da autori ben identificabili e periodicamente revisionate, che orientano il personale nelle attività abitualmente espletate		<b>B</b>
89.	E' effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione delle linee guida		<b>B</b>
90.	E' previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità presenti		<b>A</b>
91.	E' prevista la consulenza protesica		<b>A</b>
92.	Esistono procedure per le attività riabilitative di base		<b>A</b>

## 11 CENTRI RESIDENZIALI CURE PALLIATIVE (HOSPICE)

codice paragrafo

H	O	S	P
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste formalizzazione scritta dei criteri e delle procedure di accesso e/o trasferimento dei pazienti che coinvolgono almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• le strutture di ricovero per acuti</li> <li>• i servizi territoriali</li> <li>• le residenze sanitarie e socio-sanitarie</li> </ul>		<b>A</b>
2.	Esiste formulazione scritta delle procedure di collegamento con i Servizi di Assistenza Domiciliare		<b>A</b>
3.	Esiste e viene seguito un protocollo di accettazione diretta del paziente		<b>B</b>
4.	Esistono e vengono seguiti protocolli per la presa in carico del paziente		<b>A</b>
5.	Sono definiti i criteri per la formulazione del programma terapeutico-assistenziale individualizzato		<b>B</b>
6.	Il programma terapeutico-assistenziale, di cui esiste documentazione, viene formulato e periodicamente aggiornato in incontri dell'equipe assistenziale multidisciplinare		<b>A</b>
7.	Il programma terapeutico-assistenziale è orientato a migliorare la qualità della vita residua del paziente. Esso prevede: <ul style="list-style-type: none"> <li>• una valutazione multidisciplinare finalizzata all'individuazione dei bisogni assistenziali, con particolare riguardo verso quelli della sfera fisica, psicoemozionale, sociale e spirituale</li> <li>• la formulazione del piano di intervento</li> <li>• la verifica della sua implementazione</li> <li>• la rivalutazione periodica del piano</li> </ul>		<b>A</b>
8.	La valutazione multidisciplinare del paziente viene effettuata con strumenti di misura e monitoraggio adeguati (schede, scale, test)		<b>B</b>
9.	Esistono e vengono seguiti protocolli diagnostico-terapeutici per il: <ul style="list-style-type: none"> <li>• trattamento del dolore</li> <li>• trattamento della nausea e del vomito</li> <li>• trattamento della dispnea</li> <li>• trattamento dell'occlusione intestinale</li> <li>• trattamento dell'edema polmonare acuto</li> </ul>		<b>A</b>
10.	Esistono e vengono seguiti protocolli assistenziali per: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il trattamento della stipsi</li> <li>• la gestione dell'incontinenza</li> </ul>		<b>B</b>

OW

Y

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la gestione del catetere vescicale</li> <li>• la gestione degli accessi intravascolari</li> <li>• la gestione del paziente privo di conoscenza</li> <li>• la prevenzione e il trattamento dei decubiti</li> <li>• la medicazione di lesioni cutanee e mucose ulcerate</li> <li>• l'igiene del cavo orale</li> <li>• l'idratazione per os</li> <li>• la comunicazione (ascolto, relazione d'aiuto etc.)</li> </ul>		
11.	Esistono e vengono seguiti protocolli scritti per le seguenti attività assistenziali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• igiene del malato</li> <li>• mobilizzazione</li> <li>• alimentazione</li> </ul>		<b>C</b>
12.	E' stato definito e viene applicato un protocollo di comunicazione con il paziente e con i familiari o altre persone di riferimento		<b>B</b>
13.	E' stato definito e viene applicato un protocollo di preparazione e supporto del lutto		<b>C</b>
14.	Esistono e vengono seguiti protocolli per la dimissione del paziente		<b>A</b>
15.	Esistono e vengono attuati piani specifici di formazione ed aggiornamento continuo del personale, nei quali si ponga particolare attenzione agli aspetti relazionali riferiti al paziente e alla famiglia		<b>A</b>
16.	E' stato definito e viene attuato un programma di supporto per la prevenzione della sindrome da burn-out negli operatori		<b>A</b>
17.	Sono formalizzate le attività di accoglienza ed utilizzo nella struttura di volontari organizzati ed appositamente formati		<b>C</b>
18.	Viene attuato un programma di audit clinico strutturato con incontri mensili		<b>C</b>

*ON*

*Y*

## 12 STRUTTURE RESIDENZIALI PER TOSSICODIPENDENTI

codice paragrafo

R	E	S	T
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Sono redatte procedure per la definizione delle modalità e dei criteri di ammissione e di dimissione		<b>A</b>
2.	Esiste un elenco delle attività educative e riabilitative regolarmente svolte		<b>A</b>
3.	Per ciascun ospite viene formulato ed è documentato un progetto terapeutico-riabilitativo, coerente con il programma formulato dal SERT di riferimento		<b>A</b>
4.	Ciascun progetto terapeutico-riabilitativo si ispira ai criteri ed obiettivi generali fissati, in particolare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• rispetta i fondamentali diritti della persona ed esclude nelle diverse fasi dell'intervento ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale</li> <li>• promuove il raggiungimento di uno stato di maturità e di autonomia</li> <li>• descrive la metodologia degli interventi</li> </ul>		<b>A</b>
5.	Sono definite le regole di vita comunitaria, anche al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive		<b>A</b>
6.	Vengono svolte attività formativo/occupazionali volte al recupero scolastico		<b>B</b>
7.	Vengono svolte attività formativo/occupazionali: corsi di formazione professionale, attività lavorative		<b>A</b>
8.	Vengono svolte attività di socializzazione: attività ricreative, sportive e culturali individuali e di gruppo		<b>A</b>

## 13 STABILIMENTI TERMALI

codice paragrafo

S	T	E	R
---	---	---	---

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	Esiste documentazione che viene rispettato quanto previsto dalla Delibera della Giunta Regionale n.2197 del 23.6.1997		A

011

# 14 STRUTTURE E STUDI ODONTOIATRICI

## 14.1 STRUTTURE ODONTOIATRICHE

codice paragrafo

A	S	O	D
---	---	---	---

### *Diritti degli utenti*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	La Guida ai Servizi è fornita all'utente		A
2.	Nella Guida ai Servizi sono esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente		A
3.	La Guida contiene informazioni riguardanti almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• nome e cognome dei medici e odontoiatri operanti nella struttura</li> <li>• elenco delle prestazioni erogabili</li> <li>• modalità di accesso</li> <li>• orari di accesso</li> <li>• orari per il rilascio di eventuali referti</li> </ul>		A
4.	La Guida ai Servizi contiene informazioni riguardanti costi, tempi e modalità di pagamento		B
5.	Vengono svolte attività per la valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza		B
6.	E' presente un sistema di segreteria telefonica che dia informazioni su orari di apertura e modalità di prenotazione		A
7.	Esiste l'evidenza di un sistema di prenotazioni trasparente e verificabile per il controllo delle liste di attesa		A

### *L'organizzazione*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
8.	Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività ambulatoriali		A
9.	Esiste e viene seguita una procedura per fornire le informazioni al pubblico riguardanti eventuali suggerimenti o prescrizioni per il periodo successivo agli interventi		A
10.	Viene rilasciato al paziente un referto contenente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ipotesi diagnostiche</li> <li>• terapie consigliate</li> </ul>		C

ON

Y

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ulteriori accertamenti previsti (con indicazioni del periodo ipotizzato)</li> <li>• trattamenti effettuati</li> </ul>		
11.	E' presente un archivio informatizzato		<b>B</b>
12.	Esiste un programma di accoglienza e addestramento per i nuovi assunti <i>Nota: in tale programma sono previste informazioni relative a: principali funzioni e obiettivi della struttura, utilizzo delle risorse, applicazione di procedure e linee guida relative alla gestione dei rischi per salute e alla sicurezza sul lavoro, leggi e regolamenti pertinenti all'attività della struttura</i>		<b>A</b>
13.	Esiste un piano annuale di formazione del personale concordato con gli operatori		<b>C</b>
14.	E' documentata una attività di aggiornamento del personale sanitario medico attraverso la partecipazione a corsi e/o congressi accreditati		<b>A</b>
15.	E' documentata la partecipazione da parte del personale medico ed ausiliario ad un corso di rianimazione cardiopolmonare di base		<b>A</b>
16.	Esiste una procedura per la raccolta del consenso informato		<b>A</b>
17.	Il personale addetto ai sevizi è riconoscibile attraverso un cartellino di riconoscimento		<b>A</b>
18.	La struttura garantisce le prestazioni di accesso in urgenza		<b>C</b>
19.	In caso di prestazioni ortognatodontiche fornite dalla struttura, è prevista la presenza di un professionista che autocertifichi il suo impegno lavorativo a tempo pieno in ortognatodonzia (esclusivista)		<b>B</b>
20.	In caso di prestazioni ortognatodontiche fornite dalla struttura, è prevista la presenza di un professionista con titolo di specializzazione in ortognatodonzia, che autocertifichi il suo impegno lavorativo a tempo pieno in ortognatodonzia (specialista/esclusivista)		<b>C</b>

***L'organizzazione igienico sanitaria***

21.	Esiste una procedura per lo smaltimento rifiuti		<b>A</b>
22.	Sono disponibili e vengono applicate procedure che garantiscano per ogni utente l'utilizzo di set sterili		<b>A</b>
23.	Il materiale disinfettato o sterile viene adeguatamente conservato secondo protocolli scritti		<b>A</b>
24.	Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività ambulatoriali		<b>A</b>
25.	Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali <i>Interpretazione: dispositivo medico: qualsiasi strumento o sostanza che viene a contatto con l'uomo</i>		<b>A</b>
26.	Le strutture che usufruiscono, per le attività di disinfezione e sterilizzazione, di organismi esterni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• adottano protocolli operativi per le procedure di lavaggio, raccolta, invio del materiale</li> </ul>		<b>A</b>

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE**

	<ul style="list-style-type: none"><li>• adottano protocolli operativi per le procedure di ricevimento ed immagazzinamento del materiale</li><li>• acquisiscono e conservano i protocolli operativi utilizzati dalla struttura esterna (Centrale di sterilizzazione) per le procedure di sterilizzazione e disinfezione</li><li>• acquisiscono e conservano la documentazione del rispetto da parte della Centrale di sterilizzazione esterna dei requisiti minimi di cui alla D.G.R 2200 del 24/10/00 relativi al Cap. 6.13 “Servizio di sterilizzazione”</li></ul>		
--	---	--	--

*Calz.*

*Y*

## 14.2 STUDI ODONTOIATRICI

codice paragrafo

S	T	O	D
---	---	---	---

### *I Diritti degli utenti e l'organizzazione*

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA	LIVELLO
1.	La Guida ai Servizi è fornita all'utente		<b>A</b>
2.	Nella Guida ai Servizi sono esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente		<b>A</b>
3.	La Guida ai Servizi contiene informazioni riguardanti almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• nome e cognome del Responsabile dello studio</li> <li>• elenco delle prestazioni erogate</li> <li>• orari di accesso</li> <li>• modalità di accesso</li> <li>• orari per il rilascio di eventuali referti</li> </ul>		<b>A</b>
4.	La Guida ai Servizi contiene informazioni riguardanti costi, tempi e modalità di pagamento		<b>B</b>
5.	Il personale addetto ai servizi è riconoscibile attraverso un cartellino di riconoscimento		<b>A</b>
6.	Esiste l'evidenza di un sistema di prenotazioni trasparente e verificabile per il controllo delle liste di attesa		<b>A</b>
7.	E' presente un sistema di segreteria telefonica che dia informazioni su orari di apertura e modalità di prenotazione con criteri predefiniti		<b>B</b>
8.	L'attività clinica viene documentata attraverso un sistema di cartelle cliniche		<b>B</b>
9.	Lo studio garantisce le prestazioni di accesso in urgenza		<b>C</b>
10.	E' documentata la frequentazione da parte del personale medico ed ausiliario di un corso di rianimazione cardiopolmonare di base		<b>A</b>
11.	E' documentata una attività di aggiornamento del personale sanitario medico attraverso la frequenza di corsi e/o congressi accreditati		<b>B</b>
12.	In caso di prestazioni ortognatodontiche fornite dalla struttura, è prevista la presenza di un professionista che autocertifichi il suo impegno lavorativo a tempo pieno in ortognatodonzia (esclusivista)		<b>B</b>
13.	In caso di prestazioni ortognatodontiche fornite dalla struttura, è prevista la presenza di un professionista con titolo di specializzazione in ortognatodonzia, che autocertifichi il suo impegno lavorativo a tempo pieno in ortognatodonzia (specialista/esclusivista)		<b>C</b>

***L'organizzazione igienico sanitaria***

14.	Esiste una procedura per lo smaltimento rifiuti		<b>A</b>
15.	Sono disponibili e vengono applicate procedure che garantiscano per ogni utente l'utilizzo di set sterili		<b>A</b>
16.	Il materiale disinfettato o sterile viene adeguatamente conservato secondo protocolli scritti		<b>A</b>
17.	Esistono e vengono seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività ambulatoriali		<b>A</b>
18.	Esistono e vengono seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali <i>Interpretazione:</i> <b>dispositivo medico:</b> qualsiasi strumento o sostanza che viene a contatto con l'uomo		<b>A</b>
19.	Le strutture che usufruiscono, per le attività di disinfezione e sterilizzazione, di organismi esterni: <ul style="list-style-type: none"> <li>• adottano protocolli operativi per le procedure di lavaggio, raccolta, invio del materiale</li> <li>• adottano protocolli operativi per le procedure di ricevimento ed immagazzinamento del materiale</li> <li>• acquisiscono e conservano i protocolli operativi utilizzati dalla struttura esterna (Centrale di sterilizzazione) per le procedure di sterilizzazione e disinfezione</li> <li>• acquisiscono e conservano la documentazione del rispetto da parte della Centrale di sterilizzazione esterna dei requisiti minimi di cui alla D.G.R 2200 del 24/10/00 relativi al Cap. 6.13 "Servizio di sterilizzazione"</li> </ul>		<b>A</b>

DN

Y

ALLEGATO

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL' ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE  
SANITARIE E SOCIO-SANITARIE AI SENSI DELLA LR 20/2000

Mod. ACCR IST

Al Dirigente del Servizio Sanità  
Regione Marche  
Via Gentile Da Fabriano, 3  
Ancona

A

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale n: _____ Telefono n _____

B

In qualità di: <input type="checkbox"/> titolare <input type="checkbox"/> legale rappresentante
della: <input type="checkbox"/> Società <input type="checkbox"/> Ente <input type="checkbox"/> Azienda <input type="checkbox"/> Studio _____
Partita IVA _____ con Sede in _____
Via _____ n _____

Chiede il rilascio:

- dell'accreditamento istituzionale (art 16 LR 20/2000)
- dell'accreditamento temporaneo (art 18 LR 20/2000)
- dell'accreditamento provvisorio (art 25 LR 20/2000)

C

Per: <input type="checkbox"/> la Struttura <input type="checkbox"/> lo Studio
Denominata /o (1): _____
che eroga prestazioni (2): _____
in regime (3): _____
con una dotazione di (4) n: _____ posti letto

Sita/o nel Comune di \_\_\_\_\_

Via / P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

OV

Y

## MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara:

- che per la/le strutture / lo studio (\*) è stata rilasciata l'autorizzazione definitiva o provvisoria all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria (art. 8 e art. 24 della LR 20/2000), così come previsto dagli art. 16 e 25 della LR 20/2000; oppure è stata presentata domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio sanitaria (art 8 della LR 20/2000), così come previsto dall'art. 18 della LR 20/2000;
- che la/le strutture / lo studio (\*) possiedono i requisiti di accreditamento come indicato nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto previsto dalla procedura di accreditamento riportata nella prima parte del Manuale di Accreditamento;
- che la direzione sanitaria/responsabilità (\*) è affidata al dott.

\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ Laureato in \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
specialista in \_\_\_\_\_  
iscritto presso l'Ordine dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_  
il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

Allega inoltre alla domanda la necessaria documentazione, così come specificato nelle istruzioni per la compilazione della stessa.

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Direttore sanitario : \_\_\_\_\_  
(per esteso)

Firma del Titolare o Legale rappresentante: \_\_\_\_\_  
(per esteso)

(\*) *Cancellare la voce che non interessa*

Istruzioni per la compilazione del Modello ACCR IST

La domanda di accreditamento, ai sensi degli art. 16, 18 e 25 della LR 20/2000, va presentata unitamente alle tabelle redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto dalla procedura di accreditamento riportata nella prima parte del Manuale di Accreditamento.

La stessa deve essere prodotta in copia unica.

**Il riquadro A** deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli Studi associati vanno indicati i nominativi ed i dati anagrafici di tutti gli associati.

**Il riquadro B** deve essere sempre compilato in tutte le parti di interesse;

**Il riquadro C** deve essere compilato in tutte le parti di interesse indicando:

al punto (1) la denominazione della Struttura/Ente/Azienda/Studio;

al punto (2) la tipologia delle prestazioni che vengono erogate così individuate:

nel regime ambulatoriale:

- 1) specialistiche mediche
- 2) specialistiche chirurgiche
- 3) odontoiatriche
- 4) diagnostiche di laboratorio (specificare se punto di prelievi)
- 5) diagnostiche per immagini
- 6) di recupero e rieducazione funzionale (Presidi)
- 7) di riabilitazione (Centri)
- 8) di dialisi
- 9) di terapia iperbarica
- 10) di salute mentale
- 11) di consultorio familiare
- 12) di trattamento delle tossicodipendenze
- 13) di alta specializzazione (specificare il tipo)

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno :

- 1) polispecialistiche (specificare la specialità)
- 2) monospecialistiche (specificare la specialità)
- 3) di alta specializzazione (specificare il tipo)

nel regime residenziale e semiresidenziale:

- 1) di riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
- 2) di tutela della salute mentale (in particolare: Centri diurni psichiatrici e day hospital psichiatrici;
- 3) psichiatriche
- 4) di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti;
- 5) residenze sanitarie medicalizzate;
- 6) residenze sanitarie terapeutiche;
- 7) residenze sanitarie riabilitative;
- 8) residenze sanitarie assistenziali;
- 9) nuclei di assistenza residenziale (N.A.R.) all'interno di strutture protette;
- 10) di cure palliative (hospice)

nel regime termale

- 1) idropiniche

## MANUALE DI ACCREDITAMENTO – REGIONE MARCHE

- 2) inalatorie
- 3) balneoterapiche
- 4) fangoterapiche
- 5) altre

al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale, termale.

al punto (4) la dotazione dei posti letto nel caso di presidi ospedalieri o strutture residenziali o semiresidenziali;

La domanda deve essere sottoscritta dal direttore sanitario o comunque dal sanitario responsabile e dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante o da tutti gli associati in studio.

Alla domanda deve essere allegata la documentazione descritta di seguito:

- autocertificazione concernente la conformità al possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento costituita da: una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (contenuta nel modulo della domanda stessa) firmata dal Responsabile della struttura organizzativa con allegate copie fotostatiche del Manuale di Accredimento autocompilato e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di intervento oggetto di accreditamento (occorre precisare che le parti specifiche inserite nel Manuale non contemplano tutte le discipline esistenti in ambito regionale, perciò le strutture che non dovessero trovare rappresentata nel Manuale la loro parte specifica (in particolare alcune tipologie di degenze e di ambulatori) dovranno possedere e quindi autocompilare soltanto le parti generali, ad es. ADEG e AMBG, relative);
- apposita scheda per lettura ottica compilata, relativa alle aree di intervento su cui si intende chiedere l'accreditamento;
- documenti attestanti il possesso dei requisiti contrassegnati nel Manuale con un asterisco;
- fotocopia di un documento di identità (se la domanda viene inviata per posta);
- per ogni singola Struttura/Studio: copia dell'atto di autorizzazione provvisoria o definitiva all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, rilasciato dal Comune competente per territorio, oppure copia della domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, ai sensi dell'art. 18 della LR 20/2000.

Ulteriore documentazione potrà essere richiesta nel corso dell'istruttoria per la verifica di accreditamento.