

**PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) E PIANO NAZIONALE
COMPLEMENTARE (PNC)
MISSIONE M6 – SALUTE**

**COMPONENTE C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria
territoriale (FONDI PNRR)**

**M6.C1 – 1.3 RAFFORZAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTERMEDIA E DELLE
STRUTTURE _ OSPEDALI DI COMUNITA'**

TEMPIO PAUSANIA

**Ristrutturazione edile e impiantistica finalizzata alla ergonomizzazione degli spazi utili
all'erogazione/fruizione delle prestazioni sanitarie**

*DIP art 14 DPR 207/2010 in vigore ai sensi dell'art 216 comma 4 del DLGS 50/2016 richiamato dall'art. 23 comma 3
nelle more dell'emanazione dello specifico Decreto previsto dal medesimo comma*

ALLEGATO 3 AL DOCUMENTO DI INDIRIZZO ALLA PROGETTAZIONE

**REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E
APPROVAZIONE PRELIMINARE DEI
REQUISITI ULTERIORI DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

Data: Settembre 2022

ASL n° 2 della Gallura
RUP: Geom Michela Mulas

REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNAASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Scheda 27 – 1.

REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI
PRESIDIO SANITARIO DI ASSISTENZA PRIMARIA A DEGENZA BREVE / OSPEDALE DI COMUNITÀ

Il Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità (O.d.C.) svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. L'O.d.C. è una struttura di ricovero breve che afferisce al **livello essenziale di assistenza territoriale**, rivolta a pazienti che a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. L'O.d.C. **non è ricompreso** nelle strutture residenziali di cui agli articoli dal 29 al 35 del DPCM del 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502". L'O.d.C. è una struttura pubblica o privata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti; può avere una struttura propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma sempre riconducibile all'assistenza territoriale. L'identificazione della struttura da utilizzare come Ospedale di Comunità deve seguire il criterio dell'economicità e la progettazione degli spazi è orientata principalmente a garantire il benessere fisico e psicologico del paziente.

Normative di riferimento: DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità; Intesa Stato/Regioni Rep. Atti n. 135/CSR del 30/10/2014; DPCM del 12/01/2017; D.L. n. 34 del 19/05/2020; Legge n. 77 del 17/07/2020; Intesa Stato/Regioni Rep. Atti n. 17/CSR del 20/02/2020; DM 71 approvato con Delibera del Consiglio dei Ministri del 21/04/2022.

1. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI GENERALI		SI	NO	NA	DA
L'organizzazione che eroga l'assistenza territoriale:		=	=	=	=
1.1 AU - Ricettività		=	=	=	=
a)	dispone di un modulo di 15–20 posti letto organizzato in stanze da 1 o 2 letti;				
b)	dispone di due moduli ciascuno costituito da 15–20 posti letto organizzato in stanze da 1 o 2 letti.				
1.2 AU - Normative di riferimento (vedi scheda 01 – 1.)		=	=	=	=
a)	la struttura è realizzata nel rispetto dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:				
	a. protezione antisismica,				
	b. protezione antincendio,				
	c. protezione acustica,				
	d. sicurezza e continuità elettrica,				
	e. sicurezza anti-infortunistica,				
	f. igiene dei luoghi di lavoro,				
	g. protezione dalle radiazioni ionizzanti,				
	h. barriere architettoniche,				
	i. smaltimento dei rifiuti,				
	j. condizioni microclimatiche,				
	k. impianti di distribuzione dei gas, stabile o mobile,				
	l. materiali esplosivi;				



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(segue) 1. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI GENERALI		SI	NO	NA	DA
	e secondo quanto riportato nella Scheda 01-1. "Requisiti generali autorizzativi" che sono i requisiti minimi autorizzativi che devono essere soddisfatti da tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private per l'esercizio dell'attività sanitaria.				
1.3 AU - Servizi generali (vedi scheda 02 - 1.)		=	=	=	=
a)	la struttura è dotata di servizi generali;				
	sono presenti opportuni spazi organizzativi tali da garantire le seguenti funzioni:				
	a. locali ad uso amministrativo,				
	b. cucina e locali accessori,				
	c. lavanderia e stireria,				
b)	d. locale palestra per le attività riabilitative,				
	e. servizio mortuario,				
	tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta,				
	le funzioni di preparazione dei pasti, lavanderia e pulizia possono essere esternalizzate;				
1.4 AU - Accessibilità		=	=	=	=
	il percorso di accesso alla struttura				
	è privo di barriere architettoniche,				
a)	consente il passaggio agevole di letto/barella/ausili per mobilità e deambulazione,				
	è dotato di mezzo meccanico (ascensore/elevatore) dedicato e dimensionato per permettere il trasporto almeno del letto/barella e di un accompagnatore.				

2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI		SI	NO	NA	DA
2.1 AU – Aspetti strutturali		=	=	=	=
<i>l'organizzazione che eroga l'assistenza territoriale dispone di locali e spazi quali:</i>		=	=	=	=
a)	attesa per i visitatori dotato di un numero di posti a sedere adeguato rispetto ai picchi di frequenza degli accessi;				
	a. strutture di degenza con camere singole e camere da 2 posti letto, aventi accesso diretto al bagno e poltrona <i>comfort</i> per il familiare e/o per la mobilitazione del paziente,				
	b. le camere di degenza con un solo posto letto hanno una superficie di almeno 12 mq, escluso il servizio igienico,				
b)	c. almeno il 10% delle stanze di degenza ha un solo posto letto, con una superficie netta non inferiore a mq. 14 se si prevede il letto di aggiunta per l'accompagnatore,				
	d. le camere di degenza con un numero di posti letto da 2 hanno una superficie di almeno 9 mq per il primo posto letto e 8 mq per ciascuno dei successivi,				
	e. le degenze pediatriche sono dotate di spazi di soggiorno, svago e istruzione, ad uso esclusivo dei bambini, proporzionati al loro numero, almeno uno per modulo,				



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(segue) 2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI		SI	NO	NA	DA
(segue) 2.1 AU – Aspetti strutturali		=	=	=	=
<i>l'organizzazione che eroga l'assistenza territoriale dispone di locali e spazi quali:</i>		=	=	=	=
	f. le stanze di degenza pediatrica prevedono la presenza di un posto letto per accompagnatore con superficie di 14 mq, escluso il servizio igienico,				
<i>per le strutture esistenti, le camere di degenza possono usufruire di una deroga sulle superfici in pianta non superiore al 10% degli standard previsti;</i>					
c)	servizio igienico delle camere di degenza (vedi scheda 02 – 1.);				
d)	almeno un servizio igienico accessibile a portatori di disabilità, con caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni previste nell'apposita scheda (vedi scheda 02 – 1.);				
e)	area soggiorno/consumo pasti la cui dimensione è in relazione al numero dei posti letto (di 1,30 mq/utente presente e arredi adeguati), <i>nel caso di due moduli operativi, ubicati nel medesimo piano della struttura il locale soggiorno può essere in comune;</i>				
f)	locale per visite e medicazione (vedi scheda 05 – 1.);				
g)	locali di lavoro per il personale (vedi scheda 02 – 1.);				
h)	spogliatoio per il personale con servizio igienico (vedi scheda 02 – 1.);				
i)	locale/spazio (es. armadi) ad uso deposito del materiale pulito;				
j)	locale/spazio (es. armadi) ad uso magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta dei farmaci e dei presidi sanitari (vedi scheda 04-1. B);				
k)	locale/spazio (es. armadi) per deposito di materiale sporco, con uno spazio delimitato adibito al lavaggio, nonché alla sterilizzazione dei materiali laddove non venga utilizzato solo materiale monouso o non ci si avvalga di servizi esterni di sterilizzazione;				
l)	locale vuotatoio/lavapadelle (vedi scheda 02 – 1.) che può essere inserito in quanto previsto al punto precedente;				
m)	locale sosta e osservazione salme, in assenza di servizio mortuario;				
n)	un bagno assistito (almeno ogni 30 pazienti) (vedi scheda 02 – 1.);				
<i>l'organizzazione garantisce che tutti i locali presentino:</i>					
o)	illuminazione naturale;				
p)	superficie finestrata \geq ad 1/8 della superficie del pavimento;				
q)	pavimenti lavabili e disinfettabili, e pareti con rivestimento impermeabile e lavabile sino ad un'altezza di 2 m;				
r)	porte di accesso alle camere di degenza ed ai bagni assistiti con dimensioni tali da consentire l'agevole accesso delle barelle e dei letti.				



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(segue) 2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI		SI	NO	NA	DA
2.2 AU – Aspetti tecnologici		=	=	=	=
<i>l'organizzazione che eroga l'assistenza territoriale assicura che la struttura sia dotata di:</i>		=	=	=	=
a)	impianto di illuminazione generale, oltre a quello previsto nelle travi testa letto, progettato secondo i criteri illuminotecnici previsti dalle vigenti normative per questa tipologia di ambienti;				
b)	impianto di illuminazione, di comunicazione e chiamata di emergenza con segnalazione acustica e luminosa al letto;				
c)	impianto di climatizzazione tale da garantire che la temperatura estiva e invernale sia compatibile con il benessere termico dei ricoverati, ossia temperatura interna tra i 20° e i 24°;				
d)	impianto di erogazione ossigeno stabile o mobile;				
e)	camere di degenza dotate di:				
	a. punto luce per posto letto;				
	b. punto chiamata per posto letto ;				
	c. punto o ₂ per posto letto;				
	d. punto vuoto per posto letto;				
	e. letto/letti mobili possibilmente a tre snodi;				
	f. comodino per posto letto;				
	g. vano armadio per posto letto;				
	h. tavolo soggiorno/pranzo;				
i. sedia per posto letto.					
f)	carrello per l'emergenza dotato di:				
	a. pallone autoespansibile con maschere di varie misure;				
	b. cannule orofaringee di varie misure;				
	c. sfigmomanometro con fonendoscopio;				
	d. laccio, siringhe e agocannule;				
	e. materiale per medicazione;				
	f. farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, naloxone, furosemide, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glucosata, bicarbonato di sodio).				
	g. monitor defibrillatore/DAE;				
	h. bombola di ossigeno;				
	i. tavola rigida per RCP;				
	j. aspiratore medico chirurgico;				
	k. laringoscopio con set di lame e di tubi endotracheali e mandrino;				
	l. set per tracheotomia;				
m. set emogasanalisi (i sistemi POCT di emogasanalisi devono essere collegati ad un laboratorio);					
n. sondini naso-gastrici.					
g)	dotazioni tecnologiche idonee a garantire assistenza ordinaria e in emergenza, compresi dispositivi diagnostici;				
h)	presidi antidecubito;				
i)	attrezzature per mobilizzazione/mobilità compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti;				
Tutti i locali devono essere in possesso dei requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente (vedi scheda 01 – 1.).		=	=	=	=



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI		SI	NO	NA	DA
3.1 AU - Responsabilità e personale		=	=	=	=
<i>l'organizzazione garantisce:</i>		=	=	=	=
3.1.1 AU - Responsabilità dell'organizzazione		=	=	=	=
a)	la gestione e l'attività della struttura basate su un approccio multidisciplinare, multi-professionale e interprofessionale;				
b)	la collaborazione e l'integrazione delle diverse competenze;				
c)	la gestione delle attività da parte dell'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie;				
d)	la responsabilità igienico-sanitaria in capo ad un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale;				
e)	la responsabilità gestionale-organizzativa complessiva in capo ad una figura, anche tra le professioni sanitarie, dell'organizzazione territoriale aziendale che svolga funzioni di collegamento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale;				
<i>Nelle strutture private deve essere individuata analoga figura di responsabile</i>					
f)	la responsabilità clinica è attribuita a:				
	a. un medico di medicina generale (pediatra di libera scelta se Ospedale pediatrico), oppure				
	b. un medico operante nella struttura scelto tra i medici dipendenti o convenzionati con il SSN o appositamente incaricato dalla direzione della struttura,				
<i>Per le strutture private, un medico incaricato dalla struttura</i>					
g)	la responsabilità assistenziale in capo all'infermiere secondo le proprie competenze;				
h)	l'assistenza/sorveglianza sanitarie infermieristica nelle 24 ore;				
i)	che i responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedano alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico-assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione;				
j)	che l'infermiere, in caso di necessità, attivi la figura medica prevista dai modelli organizzativi;				
k)	che in caso di emergenza vengano attivate le procedure di emergenza tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale;				
<i>Nel caso in cui la sede dell'O.d.C. sia all'interno di un presidio ospedaliero possono essere attivate le procedure di emergenza dello stesso.</i>					
3.1.2 AU - Requisiti organizzativi e standard clinico assistenziali		=	=	=	=
a)	l'O.d.C., pur avendo autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari (servizi di specialistica ambulatoriale, Servizi di Emergenza Urgenza territoriali etc.);				
b)	sono predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari;				
c)	sono definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico e con il servizio sociale;				
d)	l'assistenza medica è assicurata dai medici indicati al requisito 3.1.1 AU punto f) a. e b.:				
	a. nel turno diurno (8-20) per almeno 4,5 ore/die, sei giorni su sette;				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(segue) 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI		SI	NO	NA	DA
(segue) 3.1 AU - Responsabilità e personale		=	=	=	=
(segue) 3.1.2 AU - Requisiti organizzativi e standard clinico assistenziali		=	=	=	=
	b. nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità;				
	c. la pronta disponibilità può essere organizzata per più strutture dello stesso Territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia;				
	d. l'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali;				
	e. oppure l'assistenza notturna può essere garantita da medici operanti nella struttura ospedaliera in cui l'O.d.C. è situato;				
e)	è garantita, per un modulo fino a 20 posti letto, la presenza h24 di una figura infermieristica con una dotazione organica di 7-9 infermieri;				
f)	è garantita, per un modulo fino a 20 posti letto, una adeguata presenza di figure di supporto diurne e notturna con una dotazione organica di 6 OSS;				
g)	è garantita la funzione di supporto sanitario/amministrativo;				
h)	le attività di coordinamento sono assicurate da un infermiere con funzioni di coordinamento per uno o per due moduli qualora presenti nell'O.d.C.; <i>è auspicabile che venga assicurata la funzione dell'infermiere case manager.</i>				
i)	i processi assistenziali sono coerenti con i criteri di gestione del rischio clinico in uso presso il Distretto/Azienda sanitaria di afferenza;				
	vengono promossi e assicurati:				
j)	a. la formazione continua del personale,				
	b. la valutazione degli interventi assistenziali,				
	c. il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;				
<i>l'organizzazione garantisce:</i>		=	=	=	=
3.1.3 AU - Requisiti per il personale (titoli e formazione)		=	=	=	=
a)	che tutte le figure professionali siano in possesso dei requisiti necessari per svolgere la professione corrispondente, secondo la normativa vigente (titoli, eventuali abilitazioni, iscrizione ad Albi ed Ordini professionali);				
b)	che sia effettuata la verifica dei titoli in possesso degli operatori;				
c)	che siano rispettati gli obblighi normativi di formazione continua per tutti i professionisti sanitari;				
	che vi sia formazione in merito a:				
	a. procedure interne organizzative,				
	b. procedure operative adottate (in funzione del profilo),				
	c. umanizzazione delle cure e qualità delle relazioni,				
d)	d. certificazione BLS (primo soccorso con defibrillatore semiautomatico) aggiornata,				
	e. sicurezza sul lavoro,				
	f. gestione del rischio clinico,				
	g. che esista evidenza della formazione,				
	h. l'effettuazione di programmi di formazione per il nuovo personale.				



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(segue) 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI		SI	NO	NA	DA
3.2 AU - Procedure e gestione delle attività		=	=	=	=
<i>l'organizzazione assicura:</i>		=	=	=	=
3.2.1 AU - Tipologia di prestazioni e di servizi erogati		=	=	=	=
a)	che siano definiti:				
	a. il catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati,				
	b. le modalità di accesso,				
	c. la gestione delle eventuali urgenze;				
b)	che sia redatta la Carta dei Servizi (vedi punto 3.2.13);				
c)	che siano indicate le modalità di utilizzo di eventuali servizi sanitari erogati a distanza (telemedicina).				
3.2.2 AU - Modalità di accesso		=	=	=	=
a)	che siano soddisfatti i seguenti criteri:				
	a. diagnosi già definita,				
	b. prognosi già definita,				
	c. valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate,				
	d. programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso);				
b)	è presente al momento dell'accesso:				
	piano assistenziale individuale (PAI),				
	una valutazione multidimensionale;				
	la prescrizione del medico di medicina generale (pediatra di libera scelta se O.d.C. pediatrico), o medico di continuità assistenziale o dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero anche direttamente dal Pronto Soccorso, previo accordo con la struttura secondo procedure definite;				
c)	in caso di dimissione ospedaliera sono presenti scale di valutazione standardizzate al fine di accertare:				
	il livello di criticità/instabilità clinica,				
	il livello di complessità assistenziale/autonomia del paziente;				
d)	vengono documentati l'attività svolta e l'esito delle cure erogate con l'utilizzo di scale di valutazione, opportunamente ripetute durante la degenza e alla dimissione del paziente;				
e)	in previsione della dimissione dall'O.d.C. viene attivata una valutazione multidimensionale da parte dell'équipe territoriale dedicata al fine di esplicitare gli eventuali percorsi territoriali post-dimissione del paziente (attivazione assistenza domiciliare, erogazione di prestazioni o presidi a domicilio, trasferimento verso altre strutture della rete.				
3.2.3 AU - Gestione del Rischio Clinico (RC)		=	=	=	=
a)	che venga effettuata la valutazione del rischio clinico, in relazione alla tipologia e al livello dell'attività svolta e, in base alla valutazione, vengano stabilite le azioni di mitigazione del rischio, le relative procedure e il monitoraggio;				
b)	che la valutazione dei rischi includa le Infezioni Correlate all'Assistenza;				
c)	che tutto il personale venga formato sul rischio clinico;				



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(segue) 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI		SI	NO	NA	DA
(segue) 3.2 AU - Procedure e gestione delle attività		=	=	=	=
<i>l'organizzazione assicura:</i>		=	=	=	=
(segue) 3.2.3 AU - Gestione del Rischio Clinico (RC)		=	=	=	=
	che sia elaborato un piano per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza degli operatori e delle persone assistite, che comprenda anche				
d)	la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e definisca ruoli, responsabilità, monitoraggio, verifiche e formazione dedicata;				
3.2.4 AU - Procedure scritte del percorso di cura		=	=	=	=
a)	a. che, in funzione della tipologia di cure e assistenza, siano definite procedure scritte in merito a:				
	b. modalità e strumenti di gestione della valutazione del bisogno attraverso strumenti validati,				
	c. criteri e modalità di erogazione delle prestazioni e di comunicazione interna,				
	d. modalità e strumenti del passaggio di consegna,				
	e. criteri di valutazione della persona assistita al momento della dimissione;				
	f. linee guida approvate dalle principali società scientifiche.				
3.2.5 AU - Documentazione sanitaria		=	=	=	=
	che per ogni persona assistita sia utilizzata una cartella clinica e infermieristica, possibilmente informatizzata, puntualmente aggiornata, contenente i dati relativi alla persona assistita e all'attività erogata, contenente almeno:				
a)	a. i dati anagrafici,				
	b. la storia clinica,				
	c. la diagnosi e la prognosi di ingresso e alla dimissione,				
	d. la data di presa in cura del paziente e della dimissione,				
	e. valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica attraverso scale standardizzate,				
	f. l'attività svolta e l'esito delle cure erogate con l'utilizzo di scale di valutazione, opportunamente ripetute durante la degenza e alla dimissione del paziente;				
	g. una valutazione multidimensionale da parte dell' <i>équipe</i> territoriale dedicata al fine di esplicitare gli eventuali percorsi territoriali post-dimissione del paziente (attivazione assistenza domiciliare, erogazione di prestazioni o presidi a domicilio, trasferimento verso altre strutture della rete.				
	h. l'infermiere responsabile dell'assistenza del paziente,				
	i. gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es. allergia, caduta),				
	j. il consenso informato,				
	k. gli strumenti di valutazione utilizzati,				
	l. le prestazioni erogate,				
	m. l'eventuale necessità di ausili e/o presidi,				
	n. le verifiche,				
	o. i risultati raggiunti.				



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(segue) 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI		SI	NO	NA	DA
(segue) 3.2 AU - Procedure e gestione delle attività		=	=	=	=
<i>l'organizzazione assicura:</i>		=	=	=	=
3.2.6 AU - Modalità del trattamento dei dati e privacy		=	=	=	=
a)	che tutti i documenti e/o i dati relativi alle persone assistite siano custoditi nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili, prevedendo modalità di accesso solo al personale abilitato e protezione da accessi non autorizzati;				
b)	che il sistema di archiviazione della documentazione sanitaria consenta un rapido accesso ai dati da parte degli operatori coinvolti nella cura e assistenza;				
3.2.7 AU - Gestione di farmaci/presidi medico-chirurgici/prodotti nutrizionali		=	=	=	=
a)	che vengano definite le modalità di controllo e le relative registrazioni di giacenze, integrità, scadenza di farmaci, presidi medico-chirurgici e prodotti nutrizionali, ai sensi della normativa vigente;				
b)	che la documentazione relativa alle verifiche sia disponibile e correttamente conservata;				
c)	che i presidi e i dispositivi soddisfino le caratteristiche di corretta conservazione, sanificazione, manutenzione e sicurezza, che siano contrassegnati con marchio CE qualora previsto;				
3.2.8 AU - Procedure specifiche		=	=	=	=
a)	che siano disposte procedure:				
	a. per garantire la sicurezza, la conservazione e il trasporto dei materiali biologici,				
	b. per la sanificazione, la disinfezione e la sterilizzazione di strumenti, materiali (in cui sia descritto anche il monitoraggio delle stesse su apposito registro),				
	c. per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza,				
	d. per la somministrazione di farmaci in sicurezza,				
	e. per la somministrazione della terapia trasfusionale secondo quanto previsto dalla normativa specifica vigente e in cui sia fatto riferimento alla tracciabilità del prodotto,				
	f. per la gestione delle emergenze urgenze,				
	g. per la gestione degli accessi vascolari,				
	h. per il corretto smaltimento dei rifiuti, ivi compresi quelli speciali, in conformità alla normativa vigente,				
	i. altre procedure specifiche relative all'attività svolta (ad es. prevenzione e gestione delle lesioni cutanee da compressione, gestione dei cateterismi, gestione degli accessi vascolari, gestione della ventilazione meccanica invasiva e non invasiva e dell'ossigenoterapia, prevenzione delle cadute, valutazione del dolore etc.),				
j.	procedure per la gestione del personale e per l'accesso degli utenti e dei visitatori presso le strutture della rete ospedaliera e della rete territoriale per la prevenzione e controllo dell'infezione da virus SARS-CoV-2;				
b)	che le procedure siano aggiornate con una periodicità almeno triennale;				
c)	che le procedure siano diffuse agli operatori.				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(segue) 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI		SI	NO	NA	DA
(segue) 3.2 AU - Procedure e gestione delle attività		=	=	=	=
<i>l'organizzazione assicura:</i>		=	=	=	=
3.2.9 AU - Integrazione professionale		=	=	=	=
a)	che gli operatori integrino i propri interventi ed effettuino il trasferimento reciproco delle informazioni, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi di cura e assistenza del paziente;				
b)	che siano definiti ed applicati strumenti per il passaggio delle consegne.				
3.2.10 AU - Valorizzazione e sostegno alla famiglia		=	=	=	=
a)	che, tra gli obiettivi della presa in carico assistenziale, venga dato rilievo alla valorizzazione e al sostegno del ruolo della famiglia, garantendo l'attività educativa, di formazione e addestramento, necessaria ai familiari/caregiver per la gestione della persona che dovrà essere assistita a domicilio, formalizzata nella cartella clinico-infermieristica;				
3.2.11 AU - Valorizzazione della partecipazione della persona assistita		=	=	=	=
a)	che venga garantita la partecipazione della persona assistita nel processo di cura (<i>Empowerment</i>) attraverso momenti formalizzati nella cartella clinico-infermieristica;				
3.2.12 AU - Materiale informativo		=	=	=	=
a)	che venga redatta e periodicamente aggiornata una Carta dei Servizi, conforme alla normativa vigente, contenente informazioni relative almeno a:				
	a. prestazioni erogate,				
	b. modalità di accesso;				
	c. <i>target</i> di utenza assistita,				
	d. orari,				
	e. contatti,				
	f. modalità di presentazione di eventuali reclami;				
3.2.13 AU - Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi		=	=	=	=
a)	che vengano definiti strumenti per la raccolta dei reclami, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;				
3.2.14 AU - Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi		=	=	=	=
a)	che venga definito un documento con criteri e modalità per la valutazione della qualità dei servizi erogati;				
b)	che venga favorita la partecipazione del personale allo svolgimento di attività di valutazione (<i>audit</i>);				
c)	che vengano adottate modalità di valutazione della soddisfazione da parte dell'utente.				



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Scheda 25 – 17.

REQUISITI ULTERIORI DI ACCREDITAMENTO

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

Normative di riferimento: DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità; Intesa Stato/Regioni Rep. Atti n. 135/CSR del 30/10/2014; DPCM del 12/01/2017; D.L. n. 34 del 19/05/2020; Legge n. 77 del 17/07/2020; Intesa Stato/Regioni Rep. Atti n. 17/CSR del 20/02/2020; DM 71 approvato con Delibera del Consiglio dei Ministri del 21/04/2022.

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

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

L'Organizzazione:

1.1 AC: MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA E DI SUPPORTO		SI	NO	NA	DA
A.	definisce in un piano triennale generale in cui vengono definiti gli obiettivi, la pianificazione e la programmazione delle cure che intende garantire, identificandone la tipologia ai sensi di quanto previsto nel DM 71 del 21/04/2022 e del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-2024 24/03/2022, raccordandosi con l'Azienda sanitaria per i sistemi di relazione con i Medici di medicina generale (MMG) e i Pediatri di libera scelta PLS), gli Specialisti ambulatoriali, i servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, assistenza domiciliare, Infermiere di famiglia e di comunità, la Centrale operativa territoriale, RSA, hospice e rete delle cure palliative, Consulteri familiari e attività rivolte ai minori, servizi di salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;				
B.	definisce il piano annuale delle attività e della qualità dell'organizzazione, che deve tenere conto dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione, in cui sono definiti gli obiettivi di attività e di qualità che si basano sull'analisi della domanda di servizi/prestazioni del territorio e prevedono il coinvolgimento del personale, dei rappresentanti della comunità di riferimento e le associazioni di tutela del malato e dei cittadini;				
C.	sviluppa relazioni con altre organizzazioni e servizi territoriali per il raggiungimento di obiettivi strategici e organizzativi;				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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

L'Organizzazione:

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



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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

L'Organizzazione:

1.5 AC: MODALITÀ E STRUMENTI DI GESTIONE DELLE INFORMAZIONI (SISTEMI INFORMATIVI E DATI)		SI	NO	NA	DA
A.	adotta, la cartella clinica informatizzata, integrata secondo standard di interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico e puntualmente aggiornata, che comprenda quanto previsto dal requisito autorizzativo 3.2.5 AU;				
B.	garantisce, che la cartella clinica e infermieristica contenga, in conformità al requisito autorizzativo 3.2.5 AU, la parte della valutazione, della pianificazione, i tempi di durata dell'assistenza e le modalità di verifica, le modalità di dimissione, la tracciabilità degli operatori che hanno effettuato valutazioni e prestazioni;				
C.	assicura la corretta compilazione della cartella clinica e infermieristica che deve contenere tutti gli elementi previsti anche per assolvere al debito informativo regionale e nazionale;				
D.	assicura la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività di prestazioni assistite e delle attività e prestazioni erogate;				
E.	attua le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle attività svolte dall'Ospedale di comunità (NSIS);				
F.	garantisce la consegna della copia della documentazione sanitaria, alla persona assistita o a chi ne ha diritto, nei tempi definiti dalle indicazioni nazionali e regionali;				
G.					
1.6 AC: MODALITÀ E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI					
A.	elabora un piano annuale per il miglioramento della qualità dei servizi in cui vengono descritti gli obiettivi, le attività previste, gli indicatori per il monitoraggio tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali;				
B.	gli indicatori di monitoraggio prevedono:				
	a. Tasso di ricovero della popolazione >75 anni,				
	b. Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in O.d.C.,				
	c. Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni,				
	d. Degenza media in O.d.C.,				
	e. Degenza oltre le 6 settimane (o numero di outlier)				
	f. Numero pazienti provenienti dal domicilio;				
g. Numero pazienti provenienti da ospedali;					
C.	il piano di miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi;				
D.	relaziona annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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

L'Organizzazione:

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



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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

L'Organizzazione:

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



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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

L'Organizzazione:

3.1 AC: IDONEITÀ ALL'USO DELLE STRUTTURE		SI	NO	NA	DA
A.	dispone di una struttura dotata dei requisiti autorizzativi generali, strutturali e tecnologici indicati nella specifica Scheda 27 – 1;				
B.	garantisce che la sede operativa sia dotata dei locali e degli spazi idonei in rapporto alla tipologia dell'attività svolta;				
C.	assicura la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro;				
D.	garantisce il potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;				
E.	dispone di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture, dell'individuazione delle situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e della gestione delle aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Radioprotezione; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti).				
3.2 AC: DOTAZIONI INFORMATICHE					
A.	garantisce la presenza nella sede operativa di una dotazione informatica con:				
	a. <i>personal computer</i> dedicati all'attività,				
	b. almeno una stampante dedicata all'attività,				
	c. una connessione <i>internet</i> ,				
d. dispositivi tecnologici utili alla trasmissione da remoto dei dati per il monitoraggio dell'assistenza, relativi alle prestazioni erogate in funzione degli obiettivi dell'assistenza al paziente					

3.3 AC: GESTIONE E MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE

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



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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

L’Organizzazione:

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



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Criterion 5. Communication, in the awareness that a good communication and relationship between professionals and with patients constitutes a guarantee and alignment with professional behaviors expected and of patient participation in the choice of treatment, in that "A good communication and relationship between professionals and with patients guarantees alignment with professional behaviors expected, increase in safety in the provision of care, participation of patients in the choice of treatment"							
L'Organizzazione:							
5.1 AC: MODALITÀ DI COMUNICAZIONE INTERNA ALLA STRUTTURA, PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE DEGLI OPERATORI				SI	NO	NA	DA
A.	mette in atto meccanismi operativi che favoriscono la comunicazione tra gli operatori del servizio e azioni per un eventuale miglioramento, anche con la programmazione e l'effettuazione di regolari riunioni di équipe;						
5.2 AC: MODALITÀ DI VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE TRA IL PERSONALE E L'ORGANIZZAZIONE							
A.	effettua indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori;						
B.	facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità;						
5.3 AC: MODALITÀ E CONTENUTI DELLE INFORMAZIONI DA FORNIRE ALLE PERSONE ASSISTITE E AI CAREGIVER							
A.	attuа una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/caregiver;						
B.	definisce, attuа e documenta procedure di informazione alla persona assistita e ai suoi familiari/caregiver sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle complicanze e dei rischi correlati all'assistenza (infezioni, cadute, etc.), sulla somministrazione della terapia e sulla gestione di dispositivi, protesi e ausili;						
5.4 AC: COINVOLGIMENTO DELLE PERSONE ASSISTITE; DEI SUOI FAMILIARI E CAREGIVER NELLE SCELTE CLINICO-ASSISTENZIALI							
A.	adotta modalità operative finalizzate a preservare e favorire i rapporti fiduciosi tra le persone assistite e gli operatori;						
B.	garantisce che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale;						
C.	garantisce che venga prevista una rivalutazione periodica del piano di assistenza condivisa con le persone assistite, i familiari/caregiver e il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta;						
D.	mette in atto un sistema per la valutazione della efficacia della modalità di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/caregiver anche mediante l'utilizzo dei dati derivati dalla gestione dei reclami e dall'elaborazione degli esiti della rilevazione su soddisfazione ed esperienza degli utenti;						
5.5 AC: MODALITÀ DI ASCOLTO DELLE PERSONE ASSISTITE							
A.	prevede un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/caregiver, le cui conclusioni sono riportate nella cartella clinica e infermieristica;						
B.	prevede la presenza di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti;						
C.	acquisisce il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) del paziente in conformità alla normativa vigente e secondo le procedure approvate dall'Azienda sanitaria di riferimento;						
D.	prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (<i>Customer satisfaction</i>) anche in funzione delle disposizioni regionali.						



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Criterion 6. Appropriateness clinical and safety, in terms of effectiveness, appropriateness and safety are essential elements for the quality of care, and it is necessary to guarantee that the structure attains processes systematic and puts at disposal instruments to support its own articulations in the adoption of the best practices, in terms of "Effectiveness, appropriateness and safety are essential elements for the quality of assistance and must be monitored"

L'Organizzazione:

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



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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

L'Organizzazione:

7.1 AC: PROGETTI DI MIGLIORAMENTO		SI	NO	NA	DA
A.	definisce, formalizza e diffonde a tutto il personale il programma annuale per il miglioramento della qualità dei servizi e della sicurezza, comprensivo dei relativi indicatori;				
7.2 AC: ADOZIONE DI INIZIATIVE DI INNOVAZIONE					
A.	predispone strumenti adeguati, che consentono di acquisire e, quindi, utilizzare le innovazioni tecnologiche e organizzative previste dall'Azienda sanitaria di riferimento, compresa la Telemedicina, nell'ottica di un costante miglioramento qualitativo dei servizi erogati e tenendo conto anche dei fabbisogni emergenti nell'ambito dell'équipe curante.				

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

L'Organizzazione:

8.1 AC: PROGRAMMI PER L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE		SI	NO	NA	DA
A.	definisce, realizza e valuta programmi per l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente;				
B.	garantisce la presenza di una costante formazione del personale centrata sulla qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari/caregiver nonché sulle abilità procedurali di <i>counseling</i> (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie");				
C.	attua modalità concordate con l'Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili;				
D.	vigila affinché il personale operi nel rispetto della dignità delle persone assistite tenendo conto delle differenti esigenze correlate ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, e anche delle specificità religiose e culturali.				

