Regione Campania
Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

DECRETO n. 90 del 09.08.2012

Oggetto: Accreditamento istituzionale definitivo ai sensi della L.R. 23 del 14 dicembre 2011. Approvazione delle modalità di verifica del possesso dei requisiti e del documento contenente le check list.

PREMESSO
che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo regionale, a norma dell'art. 4 del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;

che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 Aprile 2010 il neo eletto Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad Acta per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del piano stesso secondo programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, delle legge n. 191 del 2009;

che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 Marzo 2011 il Governo ha nominato il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola Sub Commissari ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del piano di Rientro;

che con delibera del 23 marzo 2012, nel prendere atto delle dimissioni presentate dal dott. Coppola, il Consiglio dei Ministri ha confermato il dott. Morlacco in tutti i compiti di affiancamento del Commissario ad acta;

che la L.R. n. 14 del 4 agosto ha modificato la L.R. n. 4 del 15 marzo 2011 pubblicata sul Burc n. 18 del 16.03.2011;

che la L.R. n. 23 del 14 dicembre ha introdotto ulteriori modifiche alla L.R. n. 4 del 15 marzo 2011;

che il Consiglio dei Ministri con Delibera del 14.2.2012 ha impugnato la L.R. n. 23 del 14.12.2011 per la presenza di profili di illegittimità costituzionale limitatamente a quanto disposto dall'art. 1, comma 237 undecies, dall'art. 1, comma 237 vicies ter, nonché per la dilazione della tempistica per la definizione delle procedure di accreditamento che risultano in contrasto con l'art. 1, comma 796, lettere t), della legge n. 296/2006, in base al quale le procedure per il passaggio dal regime di accreditamento provvisorio a quello di accreditamento istituzionale definitivo avrebbero dovuto concludersi, per le strutture private ospedaliere e ambulatoriali, entro il 31 dicembre 2010;

CONSIDERATO
che il Commissario ad Acta per il settore sanitario con decreto commissariale n. 2 del 16.1.2012, in forza di quanto disposto dal comma 231 bis, dell'art. 1, della legge regionale n. 4 del 2011, così come

fonte: http://burc.regione.campania.it

Regione Campania
Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

aggiunto dal comma 34, dell'art. 1 della legge regionale n. 14 del 2011, ha provveduto a sospendere l'efficacia, chiedendone l'abrogazione in quanto in contrasto con il Piano di Rientro dal Disavanzo e con i Programmi Operativi 2011-2012:
dell'art. 1, comma 237 vicies, della L.R. n. 23/2011;
dell'art. 1, del comma 237 vicies ter, della L.R. n. 23/2011;

che con decreto n. 19 il Commissario ad Acta ha approvato le istruzioni d'uso e le specifiche tecniche per la presentazione delle domande di accreditamento istituzionale attraverso la piattaforma informatica messa a disposizione da So.Re.Sa. s.p.a., ed ha chiarito gli ulteriori aspetti oggetto di censure di illegittimità costituzionale;

che con il medesimo decreto il Commissario ad Acta, in forza delle prerogative concesse dall'art. 1, comma 237 novodecies della L.R. 23/2011 ha esplicitato, al punto 19 dell'allegato A) che la conferma dell'accreditamento istituzionale si consegue al termine delle verifiche di cui all'art. 1 , comma 237 duodecies della citata L.R;
che il comma 237 duodecies dell'art. 1 della L.R. n. 23/2011 stabilisce che a seguito dell'emanazione dei decreti di presa d'atto la competente struttura avvia *"la verifica delle istanze presentate attraverso la procedura informatica, ivi comprese le certificazioni e gli atti di notorietà di cui ai commi 237 sexies ed octies, nonché del possesso dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa vigente e richiesti per l'accreditamento istituzionale mediante le Commissioni Locali previste dall'art. 8 della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16…;*

che il comma 237 terdecies stabilisce, inoltre, che *"per la definizione dei procedimenti di accreditamento istituzionale definitivo di cui ai commi da 237 quinquies e seguenti, la normativa regionale vigente in materia si applica in quanto compatibile con le presenti disposizioni nonché con quelle degli ulteriori provvedimenti di attuazione della stessa";*

CONSIDERATO, altresì,
che nell'imminente avvio delle procedure di verifica innanzi citate occorre prevedere l'adozione di opportuni strumenti che garantiscano omogeneità di procedure ed uniformità di comportamenti nell'ambito del territorio regionale campano;

DATO ATTO
di dover approvare gli allegati A): *"Disciplina per le modalità di verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie ai sensi della Legge Regionale del 14 dicembre 2011, n. 23"*; B) *check list* dei requisiti generali per la verifica delle strutture di cui ai RegolamentI n. 3/2006 e n. 1/2007; C) *check list* per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Regolamento n. 3/2006; D) *check list* per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Regolamento n. 1/2007;

VISTI:
il D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
il Regolamento n. 3/2006;
il Regolamento n. 1/2007;
la L.R. n. 14/2011;

Regione Campania
Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

la L.R. n. 23/2011;
i Decreti Commissariali n. 5/2011 e n. 2/2012;
il Decreto Commissariale n. 19/2012;

DECRETA

di **APPROVARE** la "*Disciplina per le modalità di verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie ai sensi della Legge Regionale del 14 dicembre 2011, n. 23", la check list* dei requisiti generali per la verifica delle strutture di cui ai Regolamento n. 3/2006 e n. 1/2007; la *check list* per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Regolamento n. 3/2006 e la *check list* per la verifica dei requisiti specifici delle strutture di cui al Regolamento n. 1/2007, di cui agli allegati A), B), C) e D) che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

di **STABILIRE** che nell'ambito delle attività di verifica le Aziende Sanitarie Locali dovranno attenersi a quanto in essi disciplinato;

di **TRASMETTERE** il provvedimento al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia per i pareri di competenza;

di **TRASMETTERE**, altresì, il provvedimento alla AGC n.19, alle Aziende Sanitarie Locali ed al BURC per la pubblicazione.

Il Coordinatore dell'A.G.C. 19
e dell'A.G.C. 20 (*ad interim*)
Dott. Albino D'Ascoli

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Dott. Mario Morlacco

Il Direttore dell'ARSan
Dott.ssa Lia Bertoli

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO A

DISCIPLINA PER LE MODALITÀ DI VERIFICA DEI REQUISITI ULTERIORI DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E/O SOCIOSANITARIE AI SENSI LEGGE REGIONALE DEL 14 DICEMBRE 2011, N. 23

Le procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie della Campania, disciplinate con la legge n. 23 del 14 dicembre 2011, all'art. 1, comma 237 duodecies, affida la verifica del possesso dei requisiti richiesti per accedere all'accreditamento istituzionale alle Commissioni Locali previste dall'art. 8 della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16.

Con il presente documento viene disciplinata la costituzione ed il funzionamento di tali Commissioni Locali.

L'attività di valutazione viene strutturata con la costituzione:
- del **Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditamento** (CCAA):
- dei **Nuclei di Valutazione per l'accreditamento** (NuVA).

- Il **Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditamento** è composto:

  - dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione della Azienda che lo presiede e lo coordina;
  - da almeno n 4 Dirigenti dell'Azienda, di comprovata esperienza in materia di accreditamento istituzionale, individuati dal Direttore Generale;
  - da un amministrativo che svolge il compito di segretario;

La partecipazione all'attività del Comitato è a titolo gratuito.

- I **Nuclei di Valutazione per l'accreditamento** sono composti da personale delle Commissioni Locali di cui all'art. 8 della L.R. n. 16 del 28 novembre 2008, con cui le Aziende provvedono al complesso delle attività relative al rilascio delle autorizzazioni ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 7301 del 31 dicembre 2001 integrate da almeno un valutatore scelto esclusivamente tra quelli già operativi nominati con specifico provvedimento per la fase di primo avvio dell'accreditamento istituzionale (ex Regolamento n. 3/2006) e tra coloro che hanno superato la prima edizione del corso semestrale di formazione previsto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 1489 del 22 settembre 2006.
- Sulla base della tipologia di struttura da accreditare (casa di cura, residenza, struttura ambulatoriale), i nuclei di accreditamento come innanzi definiti sono integrati da un dirigente medico con esperienza lavorativa di almeno 7 anni nel SSR pubblico e altrettanta specifica competenza nell'area di appartenenza della struttura da verificare (ospedalità, residenzialità, ambulatorietà, ecc.). A tal fine il CCAA Aziendale sceglierà, di volta in volta, il dirigente medico aziendale che operi in ambiti di attività di tipologia simile alla struttura oggetto della visita di verifica.

La partecipazione all'attività dei Nuclei è a titolo gratuito. Alcun contributo economico è dovuto dalle strutture da verificare.

fonte: http://burc.regione.campania.it

1) Funzioni del Comitato di Coordinamento Aziendale per l'Accreditamento.

Il CCAA ha le seguenti funzioni:

- Definizione dei criteri e dei principi che regolamentano la programmazione delle visite di verifica al fine di rispettare i canoni di imparzialità e buona amministrazione;
- Pianificazione e programmazione delle visite di verifica presso le strutture sanitarie che hanno chiesto l'accreditamento;
- Individuazione dei valutatori che andranno a costituire i singoli Nuclei di Valutazione;
- Valutazione dei rapporti di verifica finali redatti dai Nuclei di Valutazione per l'Accreditamento, a seguito delle visite di verifica effettuate presso le strutture da accreditare;
- Redazione, sulla base dei rapporti di verifica, delle relazioni motivate da trasmettere al Direttore Generale dell'Azienda.

2) Funzioni dei Nuclei di Valutazione per l'accreditamento.

I Nuclei di Valutazione per l'accreditamento svolgono le seguenti funzioni:

- Valutazione preliminare della domanda di accreditamento, di concerto con il CCAA;
- Effettuazione delle visite di verifica;
- Valutazione dei titoli autorizzativi rispetto alle attività da accreditare;
- Asseveramento dei requisiti ulteriori sulla check list mediante compilazione dei singoli campi;
- Certificazione del possesso di tutti gli altri requisiti stabiliti dalla legge per l'accesso al sistema di accreditamento istituzionale definitivo;
- Redazione di un rapporto finale di verifica;
- Collaborazione con il CCAA per eventuali ulteriori approfondimenti resisi necessari in seguito alle visite ed al rapporto finale di verifica;
- Svolgimento di visite di verifica per il monitoraggio successivo alla concessione dell'accreditamento.

3) Criteri per la scelta dei valutatori

- I Nuclei di valutatori per l'accreditamento devono essere costituiti da almeno tre valutatori compreso il responsabile ovvero in misura maggiore in rapporto alla complessità della struttura. Un ulteriore valutatore è scelto, di volta in volta, sulla base dei criteri innanzi definiti, in ordine alla tipologia di struttura da valutare.
- Il CCAA esamina congiuntamente ai componenti del Nucleo di valutazione l'istanza inviata dal richiedente verificando (anche attraverso la collaborazione dei Nuclei stessi, ove necessario) e certificando la sussistenza dei requisiti stabiliti dal comma 237 sexies dell'art. 1 della L.R. n. 23 del 14 dicembre 2011.
- programma la visita di verifica e notifica ai responsabili della struttura da accreditare: data, orario della visita di verifica, nominativi dei componenti del Nucleo, durata prevista della visita, responsabili o operatori della struttura che si intendono intervistare, estensione della visita di verifica e materiale documentale da fornire da parte della struttura all'atto della visita. In occasione della prima visita il responsabile del Nucleo presenta le credenziali al richiedente l'accreditamento.

fonte: http://burc.regione.campania.it

4) Modalità di svolgimento della verifica

- Il decreto commissariale n. 19 del 07/03/2012 al punto 20 dell'allegato A) stabilisce che le Commissioni locali previste dall'articolo 8 della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16 provvedono alla verifica delle istanze presentate attraverso la piattaforma informatica, ivi comprese le dichiarazioni di notorietà di cui ai commi 237 sexies ed octies, nonché al possesso dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa vigente e richiesti per l'accreditamento istituzionale.
- La valutazione della struttura in ordine al possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento di cui ai Regolamenti nn. 3/2006 e n. 1/2007 e s.m.i., avviene previa predisposizione di un piano di verifica contenente la *check list*. Quest'ultima costituisce lo schema di analisi ed è il documento su cui si basano le relazioni tra il Nucleo di Valutazione e la struttura valutata in quanto permette di capire l'organizzazione e la funzionalità della struttura indicando, requisito per requisito, lo "stato" della stessa. La check list è il documento principale a disposizione del Nucleo per esprimere analiticamente il proprio giudizio. Durante la visita di verifica vengono raccolte evidenze tramite: osservazioni, esami di documenti, interviste. La non evidenza dei requisiti va rappresentata dal Responsabile del Nucleo al legale rappresentante della struttura o suo delegato prima della chiusura della visita di verifica, per consentire l'eventuale reperimento delle prove di corrispondenza dei requisiti sotto altre forme.
- Nel caso in cui gli accertamenti effettuati rilevino una parziale carenza dei requisiti richiesti il Nucleo di Valutazione formula, se necessario, ipotesi prescrittive con relativi termini necessari per l'adeguamento. Tali tempi sono rapportati all'entità delle carenze riscontrate e, comunque, non possono essere superiori a 90 giorni.
- Alla scadenza del termine stabilito per l'adeguamento, il Nucleo di Valutazione effettua un ulteriore sopralluogo per verificare se l'adeguamento è stato effettivamente realizzato.
- Avverso le prescrizioni o il diniego l'interessato può presentare le proprie contro deduzioni al Presidente del CCAA che decide sull'istanza avvalendosi del Nucleo di Valutazione nel termine di 30 giorni dal ricevimento dell'istanza stessa.
- Al termine della visita di verifica, la check list compilata viene illustrata al legale rappresentante della struttura o suo delegato e sottoscritta da entrambe le parti.
- Il Nucleo di Valutazione, successivamente, consegna al CCAA il Rapporto di verifica, che contiene la check list, le considerazioni complessive sulla struttura ed il resoconto sommario dello svolgimento della visita di verifica.
- Sulla base di tale Rapporto di verifica il CCAA predispone la Relazione Finale contenente la certificazione:
  - del possesso di tutti i requisiti e di tutte le condizioni di cui ai commi 237 sexies ed octies dell'art. 1 della L.R. n. 23 del 14.12.2011;
  - del possesso di tutti i requisiti ulteriori previsti dai Regolamenti n. 3/2006 e n. 1/2007 per l'accreditamento istituzionale definitivo.

  La trasmette, quindi, al Direttore Generale dell'Azienda che provvederà a prenderne atto, nelle forme di atto pubblico, attestando il possesso, in capo alla struttura da accreditare, di tutti i requisiti e di tutte le condizioni previste dalla legge per il rilascio dell'accreditamento istituzionale definitivo, con indicazione della tipologia di attività,

fonte: http://burc.regione.campania.it

dell'eventuale numero di posti letto, e della classe di merito (A,B,C). Provvede, quindi, ad inviarla alla Struttura Commissariale.

5) Rapporto di verifica

Il Rapporto di verifica costituisce la sintesi del lavoro del Nucleo di Valutazione.
Il Rapporto di verifica contiene un giudizio "tecnico" e deve essere firmato dal Responsabile del Nucleo di Valutazione e dai componenti che hanno partecipato alle visita di verifica, in ogni sua pagina e singolo campo, datato ed inviato al Coordinatore del CCAA entro e non oltre 10 giorni dalla conclusione dell'ultima visita di verifica.
Il rapporto di verifica deve contenere i seguenti elementi:

- Dati identificativi della struttura oggetto di visite di verifica.
- Composizione del Nucleo di Valutazione che ha effettuato le visite.
- Data, durata e numero della/e visita/e di verifica.
- Ceck list compilata e controfirmata, requisito per requisito, asseverando lo "stato" della struttura in modo da rilevarne l'organizzazione e la funzionalità.
- Verbale/i della visita/e di verifica/e effettuata/e.
- Eventuali criticità riscontrate.
- Eventuali contestazioni/rilievi da parte della struttura sottoposta a verifica.
- Eventuali prescrizioni e tempi di adeguamento.
- Considerazioni finali sulla struttura.

6) Relazione Finale

Il CCAA riceve il rapporto di verifica del Nucleo di Valutazione che ha effettuato le visite di verifica e valuta collegialmente il rapporto. A tal fine:
- può richiedere ai valutatori eventuali integrazioni o tramite relazione integrativa scritta o tramite colloquio diretto con gli stessi;
- può chiedere eventuali integrazioni alla struttura candidata all'accreditamento.
- riscontra eventuali quesiti formulati dai Nuclei di Valutazione al fine di assicurare omogeneità di procedure ed uniformità di comportamenti.

Al termine delle operazioni di verifica effettuate congiuntamente al Nucleo di Valutazione, il CCAA redige una relazione finale della struttura nella quale dovrà certificare:
- l'ammissibilità della struttura alle procedure di accreditamento istituzionale;
- il possesso di tutti i requisiti e le condizioni previsti dalla Legge Regionale n. 23 del 14 dicembre 2011, con particolare riferimento a quelli stabiliti dal comma 237 sexies, per l'accesso al sistema di accreditamento definitivo istituzionale;
- il possesso di tutti i requisiti ulteriori previsti dai Regolamenti n. 3/2006 e n. 1/2007;
- l'accreditabilità della struttura con riferimento alla specifica tipologia di attività, all'eventuale numero di posti letto ed alla classe di merito (A,B,C).

La stessa dovrà essere inviata al Direttore Generale per la successiva attestazione, nella forma di atto pubblico, del possesso di tutti i requisiti e di tutte le condizioni previste dalla legge per il rilascio dell'accreditamento istituzionale definitivo, con indicazione della tipologia di attività da accreditare, dell'eventuale numero di posti letto, e della classe di merito (A,B,C). Provvede, quindi, ad inviarla alla Struttura Commissariale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

In caso di esito negativo delle verifiche effettuate dal CCAA congiuntamente al Nucleo di Valutazione in ordine al possesso dei citati requisiti, sulla base di quanto certificato nel Rapporto di Verifica e nella Relazione Finale, il Direttore Generale provvede a darne comunicazione, nelle forme di atto pubblico motivato, alla struttura richiedente ed alla Struttura Commissariale.

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO B

CHECKLIST DEI REQUISITI GENERALI PER LA VERIFICA DELLE STRUTTURE DI CUI AI REGOLAMENTI N. 3/2006 E N. 1/2007

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____ DISTRETTO N. _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

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

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

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Per esplicitare le politiche complessive, gli obiettivi e le relative modalità di realizzazione, la direzione adotta un documento in cui sono riportati:	Che il documento relativo alle politiche complessive sia stato adottato nelle forme di legge		
a) la missione e cioè la ragione d'essere della organizzazione ed i valori cui si ispira;	Che sia chiaramente esplicitata la missione e i valori cui si ispira l'organizzazione		
b) i campi prioritari di azione ed i metodi da adottare per raggiungere gli obiettivi che devono:	Che il documento contenga i campi prioritari di azione ed i metodi da adottare		
b.1) essere articolati nel tempo;	Che gli obiettivi siano articolati nel tempo		
b.2) risultare congruenti con gli obiettivi previsti nei documenti di programmazione sanitaria regionale.	Che gli obiettivi dell'organizzazione siano in linea con i documenti di programmazione sanitaria		
b.3)tendere a migliorare i criteri della qualità identificati dalla Clinical Governance (qualità professionale, qualità percepita, qualòità logistico-amministrativa)	Che gli obiettivi siano tesi a migliorare i criteri della qualità identificati dalla Clinical Governance (qualità professionale, qualità percepita, qualità logistico-amministrativa)		
La direzione della struttura deve coinvolgere nella elaborazione del documento tutte le articolazioni organizzative al fine di garantirne la forte condivisione dei contenuti.	Che sono state coinvolte le diverse articolazioni organizzative nella elaborazione del documento		
La direzione della struttura deve altresì tenere in considerazione le indicazioni provenienti da associazioni e comitati e i suggerimenti raccolti	Che siano state tenute in conto le indicazioni ed i suggerimenti provenienti dai cittadini-utenti, associazioni, comitati e le modalità con le quali sono		
La direzione deve esplicitare a tutte le articolazioni organizzative interessate gli obiettivi e le funzioni ad esse assegnate.	Che siano stati comunicati gli obiettivi alle diverse articolazioni organizzative, e che siano state assegnate le relative funzioni.		
Gli obiettivi della struttura devono tenere in considerazione: a) la valutazione dei bisogni e della domanda	Che gli obiettivi della struttura tengano in considerazione: a) la valutazione dei bisogni e della domanda		
b) il soddisfacimento del cittadino - utente in conformità alle norme e all'etica professionale	b) il soddisfacimento del cittadino - utente in conformità alle norme e all'etica professionale		
c) il continuo miglioramento del servizio	c) il continuo miglioramento del servizio		
d) l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni di servizio	d) l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni di servizio		
Gli obiettivi generali sono commisurati al lungo periodo di quattro anni e devono:	Che gli obiettivi generali siano adeguati al periodo di concessione dell'attestato di accreditamento		
a) essere stabiliti sia per quanto riguarda la tipologia dei servizi che la qualità delle prestazioni che si intendono erogare;	Che gli obiettivi siano stati fissati per le diverse tipologie di servizi e siano finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza erogata		
b) essere congruenti con le risorse specificamente assegnate;	Che siano compatibili con le risorse economiche		
c) essere compatibili con gli impegni che la direzione della struttura è in grado di sostenere per garantirne il	Che siano sostenibili per l''organizzazione (valutando l'insieme delle risorse economiche, umane, strutturali e tecnologiche)		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	VERIFICARE		SEVERA
d) essere motivati (sulla base del bisogno, della domanda o di un mandato)	Che siano stati fissati sulla base di valide motivazioni (bisogno di salute, domanda sanitaria o vincoli di programmazione aziendale , regionale o nazionale)		
Gli obiettivi specifici devono coniugare realisticamente i volumi di attività previsti, le risorse disponibili, le iniziative programmate di adeguamento delle risorse, le attività di miglioramento e i risultati attesi in termini di efficacia e di efficienza delle prestazioni.	Che il raggiungimento degli obiettivi specifici avvenga utilizzando metodologie che si basano su criteri di efficienza, efficacia, miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e appropiatezza economica.		
Gli obiettivi specifici devono: a) essere inseriti in un piano di attività in cui sono chiaramente identificate le responsabilità per la loro attuazione	Che nel documento sia presente il "Piano delle attività" in cui siano stati riportati gli obiettivi specifici e "chiaramente" identicate le responsabilità per la loro attuazione		
b) essere misurabili;	Che gli obiettivi individuati e contenuti nel Piano abbiano la caratteristica della misurabilità ovvero che possano essere valutati con appositi sistemi e/o strumenti		
c) essere assoggettati a scadenze (inizio e fine delle attività connesse); d) essere articolati nel tempo;	Che siano commisuarti allo specifico periodo temporale considerato e che siano stati disarticolati in diverse fasi temporali		
e) essere sottoposti a valutazione periodica per verificare in quale misura sono stati raggiunti.	Che siano state predisposte e seguite procedure per la valutazione "sistematica" dei riultati e della verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi stessi		
Il piano di attività deve, in particolare, comprendere: a) la tipologia ed il volume di attività erogabili, in rapporto alle risorse strutturali tecnologiche ed umane presenti nella struttura ed ai limiti di spesa fissati a livello regionale e locale;	Che il "Piano delle Attività" contenga "la tipologia ed il volume di attività erogabili" desunti sulla base delle risorse disponibili (umane, tecnologiche e strutturali) e dei vincoli fissati dalla programmazione regionale e aziendale		
b) le modalità di erogazione del servizio;	Che la tipologia ed il volume di attività erogabili siano disarticolate sulla base delle modalità di erogazione (esempio: ambulatoriale, residenziale o semiresidenziale, ricovero a ciclo continuativo o di giorno, in elezione o in emergenza/urgenza, etc..).		
c) l'organigramma con il quale sono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo, definite le loro funzioni;	Che contenga l'organigramma della struttura con chiara assegnazione dei livelli di responsabilità delle articolazioni clinico-assistenziali, di servizio e di supporto tecnico-amministrativo, con chiara esplicitazioni delle loro funzioni		
d) l'assegnazione di specifiche responsabilità, autorità e risorse durante le varie fasi previste per il raggiungimento degli obiettivi specifici,	Che il Piano delle Attività contenga l'assegnazione di obiettivi e di risorse ai responsabili delle funzioni clinico-assistenziali, di servizio e di supporto tecnico-		
d1)comprese quelle inerenti alle revisioni o modifiche del piano stesso durante la sua realizzazione;	che siano state esplicitate le modalità di revisione e/o modifica del Piano stesso.		
e) le specifiche procedure documentate o le istruzioni da applicare;	Che l'assegnazione di obiettivi e risorse e le modalità di revisione siano riscontrabili tramite specifiche procedure o precise istruzioni documentate		
f) il metodo, le scadenze e gli strumenti, indicatori, per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici;	Che il Piano contenga uno specifico sistema di valutazione degli obiettvi costituito da indicatori di processo e di esito, con chiara indicazioni delle fasi temporali nella quali sarà realizzata la valutazione		
g) eventuali nuove iniziative previste per conseguire gli obiettivi specifici.	Che contenga "eventualmente" particolari iniziative utile per il raggiungimento degli obiettivi prefissati		
Il documento della struttura deve essere datato, firmato dalla direzione e riesaminato dalla stessa ad intervalli prestabiliti, almeno ogni quattro anni.	Che Il documento della struttura sia datato e firmato dalla direzione e che sia previsto il suo riesame ad intervalli prestabiliti, almeno ogni quattro anni.		

fonte: http://burc.regione.campania.it

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____ DISTRETTO N. _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

Diffusione - Condivisione - Motivazione

SCHEDA RAG 14 Diffusione- Condivisione - Motivazione

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

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

fonte: http://burc.regione.campania.it

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

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____ DISTRETTO N. _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

SCHEDA RAG 15 **Risorse Umane**

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

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
nel caso di strutture private, il personale con rapporto di dipendenza deve garantire la continuità delle prestazioni, la gestione delle situazioni a rischio ed il regolare svolgimento dei diversi compiti di assistenza previsti, con l'adozione di un documento che riporta: 1) il fabbisogno del personale a rapporto di dipendenza definito sulla base dei volumi, delle tipologie delle attività e di quanto previsto nell'ambito dei requisiti specifici per ciascuna	nel caso di strutture private, che sia presente un documento che riporti: 1) il fabbisogno del personale a rapporto di dipendenza definito sulla base dei volumi, delle tipologie delle attività e di quanto previsto nell'ambito dei requisiti specifici per ciascuna tipologia di attività;		
2) la dotazione del personale a rapporto di dipendenza in servizio suddiviso per ruolo, profilo professionale e posizione funzionale,	2) la dotazione del personale a rapporto di dipendenza in servizio suddiviso per ruolo, profilo professionale e posizione funzionale,		
nonché la dotazione di personale in servizio con altra tipologia di rapporto di lavoro;	la dotazione di personale in servizio con altra tipologia di rapporto di lavoro;		
3) le procedure per assicurare la disponibilità delle consulenze specialistiche;	3) le procedure per assicurare la disponibilità delle consulenze specialistiche;		
4) il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impiegato in tutte	4) il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impiegato in tutte le articolazioni		
5) il possesso da parte del personale sanitario e tecnico a rapporto di dipendenza dei requisiti di accesso che devono risultare identici a quelli richiesti per l'accesso al SSN;	5) il possesso da parte del personale sanitario e tecnico a rapporto di dipendenza dei requisiti di accesso che devono risultare identici a quelli richiesti per l'accesso al SSN;		
6) la corretta applicazione, nei confronti del personale, dei contratti collettivi nazionali di lavoro di categoria.	6) che vengano correttamente applicati, nei confronti del personale i ccnl di categoria		
7) L'ndicazione delle specifiche assicurazioni relative al Risk Management	7) Che siano presenti specifiche indicazioni relative al Risk management		
La programmazione dell'eventuale avvicendamento del personale deve essere tale da assicurare la continuità relazionale e la presenza di referenti per singoli pazienti.	che per i soggetti pubblici e privati che la programmazione dell'eventuale avvicendamento del personale sia tale da assicurare la continuità relazionale e la presenza di referenti per singoli pazienti.		

fonte: http://burc.regione.campania.it

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____ DISTRETTO N. _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

SCHEDA RAG 16 **Comunicazione**

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

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La struttura deve assicurare la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio avendo cura di verificare la chiarezza, la comprensibilità e la accessibilità delle informazioni in rapporto alla tipologia dell'utilizzatore - cittadini, istituzioni, associazioni, medici di base, comitati. Nella comunicazione con gli utenti deve essere posta anche grande attenzione al recepimento delle loro esigenze. A tal fine, la direzione predispone materiale informativo in forma sintetica a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari ed eventuali costi. Le caratteristiche del servizio devono essere diffuse tramite ogni soggetto attivo della struttura, sia come singolo, sia organizzato in gruppi.	che siano presenti strumenti idonei a garantire una corretta e sistematica comunicazione all'interno ed all'esterno dell'organizzazione circa le modalità erogative ed i contenuti e le capacità delle prestazioni di servizio ed in particolare che sia garantito che le informazioni siano chiare e comprensibili in rapporto alla tipologia dell'utilizzatore, che sia presente il materiale informativo a disposizione dell'utenza e che le informazioni siano diffuse tramite ogni soggetto attivo della struttura, sia come singolo sia organizzato in gruppi;		
La comunicazione deve essere efficace per informare su: a) tipologia, disponibilità e realizzazione del percorso assistenziale;	che le informazioni riguardino: a) tipologia, disponibilità e realizzazione del percorso assistenziale;		
b) oneri a carico del paziente;	b) oneri a carico del paziente;		
c) relazioni fra servizio atteso, servizio percepito ed oneri sostenuti dal paziente;	c) relazioni fra servizio atteso, servizio percepito ed oneri so-stenuti dal paziente;		
d) possibilità da parte del paziente di contribuire a migliorare la qualità del servizio.	d) possibilità da parte del paziente di contribuire a migliorare la qualità del servizio.		
In particolare la persona o il tutore deve essere informata sulla malattia, sulle eventuali disabilità ad essa correlate, sulle possibili evenienze della fase successiva al percorso assistenziale e amministrativo, in modo che sia in grado di gestire tale fase.	che ci sia evidenza che il paziente (o il suo tutore) sia anche informato sulla malattia sulle eventuali disabilità ad essa correlate, sulle possibili evenienze della fase successiva al percorso assistenziale e amministrativo, in modo che sia in grado di gestire tale fase		
L'informazione alla persona deve essere garantita con: a) criteri espliciti di erogazione delle prestazioni;	che l'informazione alla persona sia garantita con: a) criteri espliciti di erogazione delle prestazioni;		
b) informazione alla persona e ai famigliari sulla codifica di gravità assegnata;	b) informazione alla persona e ai famigliari sulla codifica di gravità assegnata;		

fonte: http://burc.regione.campania.it

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

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____ DISTRETTO N. _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

SCHEDA RAG 17-18 Carta dei Servizi

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

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
I soggetti erogatori di servizi sanitari revisionano e pubblicizzano, in conformità al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995, la carta dei servizi che costituisce un obbligo di legge ed offre alla organizzazione l'opportunità di rivedere e gestire i propri processi in efficienza, focalizzandoli sulla soddisfazione dell'utente, partendo dalla definizione degli impegni circa il servizio da erogare.	che sia stata revisionata e pubblicizzata la Carta dei Servizi in conformità al decreto del Presidente del Consiglio dei Mini-stri 19 maggio 1995		
La carta è redatta con la consultazione delle categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative del collettivo dell'utenza. Del processo di consultazione deve esistere documentazione scritta al fine di preservare l'evidenza del contributo di ognuno	che esista una documentazione scritta del processo di consultazione delle categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative del collettivo dell'utenza.		
La carta dei servizi sanitari è il patto tra le strutture del SSN ed i cittadini, secondo i seguenti principi informatori: a) imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi; b) piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi; c) definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa; d) organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti dei cittadini; e) ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità e	che la Carta sia stata redatta sulla base dei seguenti principi: a) imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi; b) piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi; c) definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa; d) organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei dirit-ti dei cittadini; e) ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rap-presentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento		
La carta dei servizi recepisce gli obiettivi di qualità espressi dalla struttura e riporta in modo chiaro e comprensibile: a) la struttura sanitaria e i principi fondamentali;	che la Carta dei Servizi riporti in modo chiaro e comprensibile i seguenti aspetti: a) la descrizione della struttura sanitaria e dei suoi principi fondamentali;		
b) informazioni sulle strutture e servizi forniti;	b) informazioni sulle strutture e servizi forniti;		
c) standard di qualità, impegni e programmi;	c) standard di qualità, impegni e programmi;		

fonte: http://burc.regione.campania.it

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
d) meccanismi di tutela e verifica.	d) meccanismi di tutela e verifica.		
e) le indicazioni contenute nel Piano Regionale di contenimento delle liste di attesa	e) indicazioni di contenimento delle liste di attesa contenute nel Piano Regionale		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____ DISTRETTO N. _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

SCHEDA RAG 19 **Comunicazione interna**

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

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La comunicazione interna garantisce che i principi, gli obiettivi che si prefigge e quanto la struttura pianifica per raggiungerli, siano condivisi, per il coinvolgimento, la motivazione e l' aumento del senso di appartenenza degli operatori. La direzione istituisce specifiche figure di riferimento, in modo che il personale svolga correttamente e con alto grado di motivazione le attività assegnate per:	che la Direzione della struttura abbia individuato specifiche figure di riferimento per il personale operante nella struttura e che abbia affidat, a tali soggetti, le funzioni di:		
a) assicurare che siano compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità;	a) assicurare che siano compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità;		
b) curare che ciascuno sia consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito all'utente;	b) curare che ciascuno sia consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito all'utente;		
c) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza (validità e affidabilità) nella misurazione;	c) verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza (validità e affidabilità) nella misurazione;		
d) accertare periodicamente la motivazione del personale nel provvedere alla qualità del servizio (questionari, reclami, suggerimenti);	d) accertare periodicamente la motivazione del personale nel provvedere alla qualità del servizio (questionari, reclami, suggerimenti);		
e) evidenziare al personale il grado di raggiungimento degli obiettivi di qualità;	e) evidenziare al personale il grado di raggiungimento degli obiettivi di qualità;		
f) raccogliere suggerimenti, favorire opportunità di incontro per analizzare le criticità e proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza ed efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;	f) raccogliere suggerimenti, favorire opportunità di incontro per analizzare le criticità e proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza ed efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;		
g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza a tutto il personale.	g) verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza a tutto il personale.		
La comunicazione all'interno della struttura prevede momenti di coordinamento ed integrazione per la predisposizione di un ambiente di lavoro che migliori i rapporti di collaborazione e coorperazione per la soluzione dei problemi	Che nella comunicazione all'interno della struttura siano previsti momenti di coordinamento ed integrazione per la predisposizione di un ambiente di lavoro che migliori i rapporti di collaborazione e coorperazione per la soluzione dei problemi		

fonte: http://burc.regione.campania.it

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

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____ DISTRETTO N. _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

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

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

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La Direzione della strttura definisce, in fase di pianificazione le responsabilità delegate alle varie articolazioni organizzative la gestione delle attrezzature, dalla definizione dei bisogni di acquisto alla loro alienazione	che siano definite in fase di pianificazione le responsabilità delegate alle varie articolazioni organizzative la gestione delle attrezzature, dalla definizione dei bisogni di acquisto alla loro alienazione		
Sono promosse, per l'acquisizione e gestione delle attrezzature biomediche ad alta tecnologia, attività interdisciplinari di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia e agli aspetti etici	che siano promosse, per l'acquisizione e gestione delle attrezzature biomediche ad alta tecnologia, attività interdisciplinari di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia e agli aspetti etici		
L'acquisizione delle attrezzature è pianificata in modo documentato da assicurare le prestazioni previste dal piano di attività in coerenza con gli obiettivi del piano medesimo.	che sia stato predisposto un documento per la programmazione degli acquisti delle attrezzature biomediche e dei dispositivi medici tale che assicuri le prestazioni previste dal piano di attività		
Un programma di acquisto delle attrezzature in generale e, in particolare, delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici è previsto al fine di tenere conto: a) dell'evoluzione delle tipologie dei servizi;	che il documento di programmazione sia stato elaborato tenendo conto di: a) dell'evoluzione delle tipologie dei servizi;		
b) dell'obsolescenza;	b) dell'obsolescenza;		
c) dell'adeguamento alle norme tecniche;	c) dell'adeguamento alle norme tecniche;		
d) della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.	d) della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.		
che la direzione della struttura adotta un inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico per: a) soddisfare gli obblighi di legge;	che la direzione della struttura abbia adottato un inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico per:		
b) disporre di dati riassuntivi;	b) disporre di dati riassuntivi;		
c) permettere la rintracciabilità delle attrezzature biomediche;	c) permettere la rintracciabilità delle attrezzature biomediche;		
d) fare le analisi per stabilire dei criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici, tenendo conto dell' obsolescenza del parco macchine e delle singole tipologie di apparecchiature biomediche.	d) fare le analisi per stabilire dei criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici, tenendo conto dell' obsolescenza del parco macchine e delle singole tipologie di apparecchiature biomediche.		
Le informazioni raccolte e rese disponibili sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzatura, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione: acquisto, noleggio, leasing, donazione, in service.	che l'inventario sia stato predisposto in modo tale da rendere disponibili le informazioni raccolte sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzatura, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione.		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Le app e disattivate sono immagazzinate, protette,	che le apparecchiature temporaneament siano state immagazzinate e protette		
verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire che i requisiti di precisione, accuratezza e validità, siano soddisfatti al momento del riutilizzo.	che esista evidenza per dette attrezzature di verifiche e controlli ad intervallo idonei per garantire che i requisiti di precisione, accuratezza e validità, siano soddisfatti al momento del riutilizzo		
Nel caso di utilizzo di supporto informatico per l'archiviazione dell'elenco delle attrezzature biomediche e delle registrazioni degli interventi per la loro periodica manutenziane è necessario l'utilizzo di una procedura informatica che consenta:	Nel caso di utilizzo di supporto informatico per l'archiviazione dell'elenco delle attrezzature biomediche e delle registrazioni degli interventi per la loro periodica manutenziane verificare l'utilizzo di una procedura informatica che consenta:		
a) di tracciare le modifiche e gli aggiornmamenti effettuati	a) di tracciare le modifiche e gli aggiornmamenti effettuati		
b) di registrare la data di aggiornamento	b) di registrare la data di aggiornamento		
c) di individuare il responsabile delle modifiche di che trattasi	c) di individuare il responsabile delle modifiche di che trattasi		
La manutenzione è garantita da apposito personale tecnico -professionale sia interno che esterno.	che sia stato incaricato della manutenzione delle apparecchiature biomediche in uso apposito personale tecnico-professionale (sia interno che esterno)		
Il piano per la manutenzione delle apparecchiature biomediche tiene conto delle: a) indicazioni relative alla sicurezza in uso;	che sia stato redatto il Piano per la manutenzione delle apparecchiature biomediche che preveda: a) indicazioni relative alla sicurezza in uso;		
b) necessità di manutenzione mediante le indicazioni contenute nei manuali di servizi;	b) necessità di manutenzione mediante le indicazioni contenute nei manuali di servizi;		
c) indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.	c) indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.		
Il piano di manutenzione generale è articolato sulla base delle criticità dell'apparecchiatura biomedica per il risultato essenziale, distinguendo fra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Il piano di manutenzione che tende a garantire i necessari standards qualitativi delle prestazioni fornite e di sicurezza, deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica	che il Piano di manutenzione sia stato articolato per ogni singola apparecchiatura biomedica con le indicazioni degli interventi di manutenzione preventiva, correttiva e di specifici controlli periodici tesi a garantire sicurezza e funzionalità		
e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore.	che il Piano di manutenzione sia stato reso noto ai diversi livelli operativi		
E' importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione per la sua attività.	che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione per la sua attività.		
Il piano di manutenzione per le apparecchiature biomediche deve: a) identificare tutte le apparecchiature che possono influire sulla qualità del servizio offerto,	che nel Piano di manutenzione siano state identificate le apparecchiature che possono influire sulla qualità del servizio offerto		
controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte dì campioni certificati riconosciuti nazionali.	che tali apparecchiature siano state sottoposte a controlli e messe a punto ad intervalli prestabiliti o prima dell'uso ed effettuati con campioni certificati.		
In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;	che in mancanza di tali campioni i controlli siano stati stati effettuati con criteri definiti e documentati		

fonte: http://burc.regione.campania.it

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

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____ DISTRETTO N. _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

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

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

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La direzione della struttura adotta un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile e normalizza le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.	che sia stato adottato, da parte della direzione della struttura, un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile e siano state normate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione		
La formazione deve essere orientata ad implementare i criteri gestionali della Clinical Governance	Che la formazione sia orientata ad implementare i criteri gestionali della Clinical Governance		
I criteri di valutazione possono essere individuati per consentire la copertura di un determinato ruolo sia al personale di nuova acquisizione, sia a quello da destinare a nuove mansioni.	che siano state adottate specifiche procedure per soddisfare le esigenze di inserimento, affiancamento ed addestramento del personale di nuova acquisazione e di quello da destinare a nuove mansioni		
Le necessità di addestramento sono programmate tenendo presente: a) i tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste; b) il turn over del personale;	che le necessità di addestramento (e di affiancamento) siano state programmate tenendo presente: a) i tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste; b) il turn over del personale;		
La struttura organizzativa identifica le esigenze di affianca-mento e di addestramento del personale e predispone attive procedure documentate per gestirle.	che esistano archivi nominativi dai quali si evincono le procedure e gli strumenti utilizzati, nonché le capacità tecniche conseguite nella fase dell'addestramento		
La direzione della struttura assume o assegna la responsabilità di coordinamento delle attività di formazione e di aggiornamento	che la direzione della struttura abbia formalmente assunto o delegato la responsabilità di coordinamento delle attività di formazione ed aggiornamento		
La direzione della struttura assume o assegna la responsabilità di coordinamento delle attività di formazione e di aggiornamento, le cui funzioni sono: a) individuare le esigenze formative;	- che alla funzione di coordinamento siano state attribuite le competenze di: a) individuare le esigenze formative;		
b) determinare gli strumenti e le risorse per far fronte a tali esigenze;	b) determinare gli strumenti e le risorse per far fronte a tali esigenze;		
c) prefissare le priorità di intervento formativo sulla base del budget disponibile e delle linee strategiche della direzione;	c) prefissare le priorità di intervento formativo sulla base del budget disponibile e delle linee strategiche della direzione;		
d) selezionare i criteri per il personale da aggiornare e formare;	d) selezionare i criteri per il personale da aggiornare e formare;		
e) specificare gli indicatori, per misurare l'efficacia (impatto) degli interventi formativi;	e) specificare gli indicatori, per misurare l'efficacia (impatto) degli interventi formativi;		

fonte: http://burc.regione.campania.it

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

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____ DISTRETTO N. _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

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

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

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La documentazione, che descrive il sistema gestionale e operativo, rappresenta l'evidenza oggettiva della struttura organizzativa e tecnica; aderisce alla sua realtà operativa, e per seguirne l'evolversi, è organizzata in maniera flessibile con gerarchia di contenuti ed articolata in differenti livelli, che individuano i rispettivi destinatari e le modalità di distribuzione.	- che la documentazione che descrive il sistema gestionale ed operativo della struttura sia aderente alla sua realtà operativa e sia organizzata in maniera flessibile con gerarchia di contenuti ed articolata in differenti livelli, che individuano i rispettivi destinatari e le modalità di distribuzione.		
La documentazione contiene i dati necessari al riscontro oggettivo delle attività svolte al fine di raccogliere ed elaborare gli stessi al fine di fornire informazioni relativamente al: a) grado di conseguimento degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici;	-che la documentazione contenga i dati necessari al riscontro oggettivo delle attività svolte e che sia in grado di fornire informazioni relativamente a: a) grado di conseguimento degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici;		
b) livello di soddisfazione degli utenti circa la qualità del servizio;	b) livello di soddisfazione degli utenti circa la qualità del servizio;		
c) risultato di verifica delle attività;	c) risultato di verifica delle attività;		
d) risultato dei piani di miglioramento;	d) risultato dei piani di miglioramento;		
e) analisi per l'individuazione delle tendenze di qualità;	e) analisi per l'individuazione delle tendenze di qualità;		
f) azione correttiva e la sua efficacia;	f) azione correttiva e la sua efficacia;		
g) idoneità delle prestazioni dei fornitori;	g) idoneità delle prestazioni dei fornitori;		
h) addestramento e competenza del personale;	h) addestramento e competenza del personale;		
i) confronto con dati nazionali di riferimento.	i) confronto con dati nazionali di riferimento.		
La documentazione che dispone prescrizioni generali e specifiche per l'erogazione del servizio deve essere leggibile, datata (incluse le date di revisione), chiara ed identificabile. In funzione della tipologia di documento, sono fissati metodi per controllare l'emissione, la	che la documentazione che dispone prescrizioni generali e specifiche per l'erogazione del servizio sia leggibile, datata (incluse le date di revisione), chiara ed identificabile.		
I metodi assicurano che i documenti siano: a) approvati dal personale autorizzato;	che siano stati fissati e siano applicati metodi per il controllo dell'emissione, distribuzione e revisione dei documenti in funzione della loro tipologia e che essi siano in grado di assicurare che essi siano: a) approvati dal personale autorizzato;		
b) emessi e resi disponibili nelle aree dove l'informazione è necessaria;	b) emessi e resi disponibili nelle aree dove l'informazione è necessaria;		

fonte: http://burc.regione.campania.it

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

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

fonte: http://burc.regione.campania.it

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____ DISTRETTO N. _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

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

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

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Il sistema di gestione del dato è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito al fine di: a) sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi della struttura; b) fornire il ritorno informativo alle articolazioni organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza; c) rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra ordinati.	- che il sistema di gestione del dato sia finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito al fine di: a) sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi della struttura; b) fornire il ritorno informativo alle articolazioni organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza; c) rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra ordinati		
I dati generati dallo svolgimento delle attività sono definiti e coerenti con gli obiettivi della struttura, per garantire che le informazioni generate siano oggettive ed attendibili .In particolare essi devono riguardare:	che i dati generati dallo svolgimento delle attività siano coerenti con gli obiettivi della struttura e tali da garantire informazioni oggettive ed attendibili e che riguardino:		
a) la lista di attesa per singola specialità e per tipologia di intervento diagnostico o terapeutico	a) la lista di attesa per singola specialità e per tipologia di intervento diagnostico o terapeutico		
b) i volumi di prestazioni diagnostiche o terapeutiche erogate su scala mensile	b) i volumi di prestazioni diagnostiche o terapeutiche erogate su scala mensile		
c) l'elenco del personale medico, tecnico, sanitario, amministrativo distinto per qualifica e con specifica	c) l'elenco del personale medico, tecnico, sanitario, amministrativo distinto per qualifica e con specifica		
d) elenco delle attrezzature biomediche e sanitarie	d) elenco delle attrezzature biomediche e sanitarie		
La struttura della gestione del dato è dotata di un sistema informativo per la corretta gestione dei documenti che dispone prescrizioni generali e specifiche allo svolgimento delle attività finalizzate all'erogazione del servizio.	che per la gestione del dato la struttura sia dotata di un sistema informativo per la corretta gestione dei documenti che dispone prescrizioni generali e specifiche allo svolgimento delle attività finalizzate all'erogazione del servizio.		
A tale scopo, la direzione assicura: a) l'individuazione dei bisogni informativi della organizzazione; b) la struttura del sistema informativo (e cioè la sua identificazione e la sua articolazione);	che la struttura disponga di un sistema informativo realizzato sulla rilevazione dei bisogni informatici delle sue articolazioni		
c) la diffusione della documentazione presso le funzioni interessate d)le modalità di raccolta dei dati relativi alle attività svolte;	che sia assicurata la diffusione della documentazione presso le funzioni interessate e che il sistema permetta di elaborare i dati raccolti relativi alle attività svolte		
e) la valutazione della qualità del dato (riproducibilità, accuratezza, completezza);	che sia valutata la qualità del dato (riproducibilità, accuratezza, completezza)		

fonte: http://burc.regione.campania.it

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
f)la diffusione ed utilizzo delle informazioni generate dall'elaborazione dei dati.	che sia assicurata la diffusione e l'utilizzo dell'informazioni generate dall'elaborazione		
E' individuato un referente del sistema informativo, responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.	che sia stato individuato un referente del sistema informativo, responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.		
La struttura predispone procedure che individuano modalità di registrazione dei dati per dimostrare il conseguimento della qualità richiesta e l'efficacia del sistema qualità, contribuendo alla crescita di un tangibile patrimonio di conoscenze.	che la struttura abbia predisposto procedure che individuano modalità di registrazione dei dati per dimostrare il conseguimento della qualità richiesta e l'efficacia del sistema qualità		
La struttura produce e conserva i documenti per dimostrare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e valutare l'opportunità di attuare interventi di vario tipo, quali in particolare: a) modifiche alle modalità di erogazione del servizio; b) programmi di miglioramento; c) sperimentazioni; d) nuovi progetti; e) interventi sui costi.	- che la struttura produca e conservi i documenti per dimostrare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e valutare l'opportunità di attuare interventi di vario tipo, quali in particolare: a) modifiche alle modalità di erogazione del servizio; b) programmi di miglioramento; c) sperimentazioni; d) nuovi progetti; e) interventi sui costi.		
I dati raccolti sono utilizzati in modo proficuo se sono soddisfatte alcune condizioni, come quelle elencate di seguito: a) essere conosciuti; b) essere ordinati, accessibili, organizzati; c) essere leggibili ed interpretabili con facilità; d) essere supportati dalle descrizioni atte a chiarire su quali basi sono stati prodotti ed entro quali limiti mantengono la loro significatività	che i dati raccolti posseggano le seguenti caratteristiche: a) essere conosciuti; b) essere ordinati, accessibili, organizzati; c) essere leggibili ed interpretabili con facilità; d) essere supportati dalle descrizioni atte a chiarire su quali basi sono stati prodotti ed entro quali limiti mantengono la loro significatività.		
I documenti di registrazione dei dati e le informazioni generate dalla loro elaborazione sono conservati in condizioni ambientali e di ordine per evitare possibili danneggiamenti e permetterne la rintracciabilità.	- che i documenti di registrazione dei dati e le informazioni generate dalla loro elaborazione siano conservati in condizioni ambientali e di ordine per evitare possibili danneggiamenti e permetterne la rintracciabilità.		
E' stabilito il tempo di conservazione per il quale occorre tener presente i seguenti aspetti: a) necessità di consultazione; b) rispetto delle disposizioni vigenti.	che sia stato stabilito il tempo di conservazione dei dati in relazione alle necessità di consultazione e dal rispetto delle disposizioni vigenti		
nel caso di utilizzo di supporti informatici la struttura adotta opportune procedure di accesso, protezione dei dati e conservazione nel caso di utilizzo di supporti informatici (archivi elettronici).	che nel caso di utilizzo di supporti informatici (archivi elettronici) la struttura adotti opportune procedure di accesso, protezione dei dati e conservazione		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

fonte: http://burc.regione.campania.it

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____ DISTRETTO N. _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

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

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

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

fonte: http://burc.regione.campania.it

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
La valutazione dei risultati della struttura è continua e svolta su dati oggettivi per individuare e perseguire azioni di miglioramento.	- che la valutazione dei risultati della struttura sia continua e sia svolta su dati oggettivi.		
I criteri di registrazione dei dati per l'analisi riguardano: a) le attività rilevanti di ogni servizio che hanno influenza sulla efficacia dell' organizzazione;	che i criteri di registrazione dei dati per l'analisi riguardino: a) le attività rilevanti di ogni servizio che hanno influenza sulla efficacia dell' organizzazione;		
b) le caratteristiche delle attività che devono essere misurate e controllate per assicurare la qualità del servizio (indicatori);	b) le caratteristiche delle attività che devono essere misurate e controllate per assicurare la qualità del servizio (indicatori);		
c) i metodi di valutazione delle caratteristiche scelte a riferimento;	c) i metodi di valutazione delle caratteristiche scelte a riferimento;		
d) i mezzi per controllare le caratteristiche al fine di mantenerle entro i limiti stabiliti (standard).	d) i mezzi per controllare le caratteristiche al fine di mantenerle entro i limiti stabiliti (standard).		
I criteri di registrazione dei dati consentono un efficace controllo dei processi di servizio della strttura assicurando che il servizio erogato risponde a quello atteso dall'utente e dalls struttura	- che siano state previste procedure per il controllo e adeguamento del sistema di misurazione del servizio per provare validità e affidabilità di tutte le misure, incluse inchieste e questionari di soddisfazione		
La struttura prevede punti di misura e frequenze di misurazione per la rappresentazione dell'andamento nel tempo e stabilisce le responsabilità della misurazione.	- che la struttura abbia previsto punti di misura e frequenze di misurazione per la rappresentazione dell'andamento nel tempo e abbia stabilito le responsabilità della misurazione		
Sono redatte procedure o istruzioni sui dati da raccogliere, indicando come, dove e da chi sono rilevati e quale modulistica è utilizzata per la registrazione.	-che siano state redatte procedure o istruzioni sui dati da raccogliere, indicando come, dove e da chi sono rilevati e quale modulistica è utilizzata per la registrazione		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO GENERALI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____ DISTRETTO N. _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

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

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

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Gli aspetti della struttura, dei processi e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) sono valutati e migliorati se necessario. La valutazione delle tecnologie è strumento per la misurazionedell'efficacia dei metodi dell'assistenza sanitaria. Oggetto di valutazione sono sia i metodi nuovi, sia quelli conosciuti da tempo e stabilizzati di prevenzione, diagnosi e terapia.	che siano valutati gli aspetti della struttura, dei processi, delle tecnologie e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) e migliorati, se necessario		
Le opinioni dei soggetti coinvolti, operatori sanitari, pazienti, finanziatori, autorità, sulla buona qualità dell'assistenza sanitaria sono incluse nelle attività di valutazione e miglioramento della qualità.	che le opinioni dei soggetti coinvolti, operatori sanitari, pazienti, finanziatori, autorità, sulla buona qualità dell'assistenza sanitaria siano state incluse nelle attività di valutazione e miglioramento della qualità.		
Nel creare le condizioni per il miglioramento della qualità del servizio, occorre: a) incoraggiare e sostenere uno stile direzionale che	che siano state create le condizioni per il miglioramento della qualità del servizio, attraverso: a) l'incoraggiamento e sostenegno di uno stile direzionale che sia d'aiuto;		
b) promuovere i valori, gli atteggiamenti ed i comportamenti che incoraggiano il miglioramento;	b) la promozione deii valori, gli atteggiamenti ed i comportamenti che incoraggiano il miglioramento;		
c) definire chiari traguardi per il miglioramento della qualità;	c) la definizione di chiari traguardi per il miglioramento della qualità;		
d) incoraggiare una comunicazione efficace e il lavoro di gruppo;	d) l'incoraggiamento di una comunicazione efficace e il lavoro del gruppo;		
e) riconoscere i successi ed i risultati ottenuti;	e) il riconoscimento dei successi ed i risultati ottenuti;		
f) formare ed addestrare per il miglioramento.	f) la formazione e l'addestramento per il miglioramento		
Attraverso la pianificazione e il coinvolgimento del personale operativo si persegue il miglioramento con l'identificazione e la segnalazione di servizi o di situazioni diverse dal pianificato di modo che diventino dovere e responsabilità d'ogni membro della struttura.	che il miglioramento della qualità sia perseguito attraverso la pianificazione ed il convolgimento del personale con la segnalazione di servizi o di situazioni diverse dal pianificato		
La struttura attua azioni preventive per l'eliminazione o la riduzione della ricorrenza del problema.	che la struttura abbia messo in atto azioni preventive per l'eliminazione o la riduzione della ricorrenza del disservizio		
Le condizioni necessarie per attivare il miglioramento della qualità richiedono valori, atteggiamenti nuovi, comportamenti condivisi che si estrinsecano in:	che il miglioramento della qualità siano guidato da valori, atteggiamenti nuovi, comportamenti condivisi che si estrinsecano in:		
a) focalizzazione sul soddisfacimento dei bisogni degli utenti sia interni che esterni	a) focalizzazione sul soddisfacimento dei bisogni degli utenti sia interni che esterni		

fonte: http://burc.regione.campania.it

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
b) coinvolgimento di tutte le articolazioni organizzative della struttura nel miglioramento della	b) coinvolgimento di tutte le articolazioni organizzative della struttura nel miglioramento della		
c)dimostrazione dell'impegno, ruolo guida e coinvolgimento della direzione	c)dimostrazione dell'impegno, ruolo guida e coinvolgimento della direzione		
d) enfatizzazione sul miglioramento come parte del lavoro di ognuno in gruppo o individuale	d) enfatizzazione sul miglioramento come parte del lavoro di ognuno in gruppo o individuale		
e)facilitazione alla comunicazione aperta e all'accesso a dati ed informazioni	e)facilitazione alla comunicazione aperta e all'accesso a dati ed informazioni		
f) promozione del lavoro di gruppo e del rispetto dell'individuo	f) promozione del lavoro di gruppo e del rispetto dell'individuo		
g) assunzione delle decisioni sulla base dell'analisi dei dati	g) assunzione delle decisioni sulla base dell'analisi dei dati		
Le attività di miglioramento della qualità del servizio sono mirate al conseguimento di miglioramenti nel breve e lungo termine e comprendono: a) l'identificazione dei dati pertinenti da raccogliere;	che le attività di miglioramento della qualità siano mirate per raggiungere risultati a breve e lungo termine e che comprendono: a) l'identificazione dei dati pertinenti da raccogliere;		
b) l'analisi dei dati, dando priorità a quelle attività aventi il maggior impatto negativo sulla qualità del servizio;	b) l'analisi dei dati, dando priorità a quelle attività aventi il maggior impatto negativo sulla qualità del servizio;		
c) le informazioni di ritorno, sui risultati delle analisi verso la direzione della struttura con raccomandazioni per il miglioramento immediato del servizio	c) le informazioni di ritorno, sui risultati delle analisi verso la direzione della struttura con raccomandazioni per il miglioramento immediato del servizio		
Gli obiettivi del miglioramento sono specificati per ogni articolazione organizzativa, e sono strettamente integrati con gliobiettivi generali definiti dalla direzione della struttura, tenendo conto della soddisfazione dell'utente e dell'efficacia ed efficienza dei processi	che gli obiettivi del miglioramento siano stati specificati per ogni articolazione organizzativa e che siano strettamente integrati con gli obiettivi generali definiti dalla direzione della struttura, tenendo conto della soddisfazione dell'utente e dell'efficacia ed efficienza dei processi		
che gli obiettivi del miglioramento sono: a) misurabili nella realizzazione; b) assoggettati a scadenza; c) chiaramente comprensibili; d) pertinenti.	che gli obiettivi del miglioramento siano: a) misurabili nella realizzazione; b) assoggettati a scadenza; c) chiaramente comprensibili; d) pertinenti.		
I responsabili dei piani di miglioramento predispongono una metodologia di lavoro, mirata all'efficienza e all'efficacia del complesso di attività di servizio delle strutture.	che sia stato individuato un responsabile per le attività di miglioramento che abbia predisposto una metodologia di lavoro, mirata all'efficienza e all'efficacia del complesso di attività di servizio delle strutture		
I responsabili stimolano la partecipazione del personale ad ogni livello attraverso suggerimenti, attività e programmi di miglioramento continuo tecnico, organizzativo con riduzione dei costi. Ogni risorsa umana delle varie articolazioni organizzative, se coinvolta, può presentare proposte valide, frutto dell'esperienza diretta.	I responsabili stimolano la partecipazione del personale ad ogni livello attraverso suggerimenti, attività e programmi di miglioramento continuo tecnico, organizzativo con riduzione dei costi. Ogni risorsa umana delle varie articolazioni organizzative, se coinvolta, può presentare proposte valide, frutto dell'esperienza diretta.		
La struttura effettua valutazioni e misurazioni continue della soddisfazione dell'utente, focalizzando su quanto i requisiti del servizio (comprese le modalità di erogazione) soddisfano le esigenze dell'utenza. A tal fine la struttura predispone, almeno una volta l'anno, una raccolta (questionari, sondaggi, indagini) sul grado di soddisfazione degli utenti per tenerne conto in sede di pianificazione dei programmi per il miglioramento del servizio	-che la struttura abbia realizzato, almeno una volta l'anno, una raccolta (questionari, sondaggi, indagini) sul grado di soddisfazione degli utenti per tenerne conto in sede di elaborazione dei piani per il miglioramento del servizio		

fonte: http://burc.regione.campania.it

REQUISITI	VERIFICARE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
Il miglioramento della qualità prevede programmi dedicati a raccogliere dati, suggerimenti ed idee innovative da realtà esterne e rappresentative del collettivo dell'utenza quali gli organismi di rappresentanza e il volontariato	che siano previsti programmi dedicati a raccogliere dati, suggerimenti ed idee innovative da realtà esterne e rappresentative del collettivo dell'utenza quali gli organismi di rappresentanza e il volontariato		
La struttura effettua annualmente al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria favorendo il coinvolgimento del personale, .	che la struttura abbia realizzato annualmente al proprio interno o abbia partecipato ad almeno un progetto di miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria favorendo il coinvolgimento del personale.		
I miglioramenti raggiunti devono essere mantenuti mediante modifica delle procedure, istruzioni operative, addestramento, formazione e mediante	che siano state modificate le procedure, le istruzioni operative, l'addestramento e la formazione sulla base dei miglioramenti raggiunti e che tali modifiche siano		
Se il miglioramento desiderato è stato ottenuto, nuovi progetti o attività di miglioramento devono essere selezionati ed attuati. Ulteriori miglioramenti sono sempre possibili, con l'attuazione di nuovi progetti o attività dì miglioramento sulla base di nuovi obiettivi.	che nel caso in cui siano stati ottenuti dei miglioramentti, la struttura abbia provveduto a selezionare nuove attività progettuali di miglioramento sulla base di nuovi obiettivi		
E' indispensabile fissare delle priorità e dei limiti temporali per ogni progetto ed inserirli in piani di attività della struttura	che i progetti siano stati inseriti nel Piano di Attività e siano state individuate delle priorità e dei limiti temporali		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO C

CHECKLIST PER LA VERIFICA DEI REQUISITI SPECIFICI DELLE STRUTTURE DI CUI AL REGOLAMENTO N. 3/2006

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

SCHEDA Presidio Ambulatoriale di Recupero e Rieducazione Funzionale

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

	REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
1	Deve essere chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	A		
2	Deve essere prevista la procedura scritta per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti	A		
3	Deve essere compilata e conservata per ciascun utente una cartella clìnica con i contenuti previsti nel decreto commissariale n.decreto n. 32 del 22/6/2012 e s.m.i.	A		
4	Deve essere presente la procedura per garantire all'interno della Struttura una agevole mobilizzazione (attiva e passiva) degli utenti	A		
5	Deve essere adottato un sistema di misura necessario per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori (spigoli, manovelle sporgenti dei letti; uso di sostanze-dispositivi antisdrucciolo etc.)	A		
6	Possono essere intrattenuti, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28 % del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusíone del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente, ai sensi della D.G.R.C. 3 febbraio 1998 n. 377 e successive modifiche ed integrazioni.	A		
7	Deve essere definito, per le strutture private, il carico di lavoro per singolo operatore utilizzando i parametri di cui alla D.G.R. C. 3 febbraio 1998 n. 377 e successive modifiche ed integrazioni (decreti n. 64 e n. 88 del 2011)	A		
8	Deve essere disponibile e applicato un protocollo diagnostico-terapeutico per le principali patologie trattate	B		
9	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla Struttura.	B		
10	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere, la cultura della prevenzione dell'evento avverso. Evento avverso — Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono pér la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM 1999)	B		
11	Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari	C		
12	Deve essere effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici	C		
13	Deve essere adottato un sistema di misure per facilitare l'orientamento con dispostivi ottici e sonori per la fruizione dei percorsi ai non udenti e non vedenti	C		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
14	Deve essere conseguito il raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo individuale, con una casistica di insuccessi non superiore al 50% della media regionale.	C		
15	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfarei seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	C		
16	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	C		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

fonte: http://burc.regione.campania.it

CHECKLIST PER LA VERIFICA DEI REQUISITI SPECIFICI DELLE STRUTTURE DI CUI AL REGOLAMENTO N. 3/2006

VERIFICA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO SPECIFICI

RICHIEDENTE (Legale Rappresentante) _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

SITA IN _____ VIA _____

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE _____

VISITE EFFETTUATE IN DATA _____

COMPONENTI NUCLEO DI VALUTAZIONE

RESPONSABILE DEL NUCLEO _____

ALTRI COMPONENTI _____

SCHEDA Centro Ambulatoriale di Riabilitazione

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

	REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
1	Deve essere chiararnente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	**A**		
2	Deve essere prevista la procedura scritta per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti	**A**		
3	Deve essere effettuata all'ingresso, alla dimissione e periodicamente, in caso di presa in carico prolungata, la valutazione funzionale con strumenti validati.	**A**		
4	Deve essere compilata e conservata per ciascun utente una cartella clinica con i contenuti previsti al punto 2.4 delle Linee guida per le attività di riabilitazione in Campania – approvate con D.G.R.C. 25 marzo 2004 n. 482	**A**		
5	Deve essere presente una procedura per garantire la continuità assistenziale alla conclusione del progetto riabilitativo che preveda la comunicazione al medico curante e, se necessario, l'addestramento dei familiari e l'acquisizione dei materiali per il proseguimento delle cure a domicilio. Nel caso di Centri Ambulatoriali di Riabilitazione Privati la procedura deve prevedere l'attivazione delle competenti Aziende Sanit.arie Locali per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale.	**A**		
6	Deve essere adottato un sistema di misure necessario per la prevenzione degli infortuni di utenti e operatori (spigoli, manovelle sporgenti dei letti; uso di sostanze-dispositivi antisdrucciolo, etc.)	**A**		
7	Possono essere intrattenuti, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente, ai sensi della D.G.R.C. 6757/1996 e n. 377/1998 e s.m.i.	**A**		
8	Deve essere definito, per le strutture private, il carico di lavoro per singolo operatore utilizzando i parametri di cui alla D.G.R.C. 3 febbraio 1998 n. 377 e successive modifiche ed integrazioni e DGRC 6757/1996	**A**		
9	Deve essere compilata e conservata, per il trattamento ambulatoriale, la scheda firma presenza prevista al punto 5.1 della D.G.R.C. 25 marzo 2004, n. 482	**A**		
10	Per i trattamenti domiciliare la scheda firma-presenza deve essere lasciata al domicilio del paziente per la durata del ciclo terapeutico	**A**		
11	Deve essere periodicamente sottoposta a revisione la documentazione clinica per la sua completezza ed adeguatezza	**B**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA
12	Deve essere prevista, la procedura scritta per la formulazione dei piani di trattamento redatti e verificati dall'equipe multi-disciplinare che devono contenere: • modalità di effettuazione delle valutazioni (test clinici e strumentali) • modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi • modalità di valutazione dei risultati attesi	B		
13	Deve essere prevista la consulenza protesica	B		
14	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura	B		
15	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili. non intenzionati e dannosi per il malato (10M, 1999)	B		
16	Deve essere disponibile e applicato un protocollo diagnostico– terapeutico per le principali patologie trattate basato, ove disponibili, su evidenze scientifiche di efficacia	B		
17	Deve essere identificato per ogni utente un case-manager responsabile del percorso assistenziale di Struttura e dei rapporti con i familiari	C		
18	Deve essere effettuata periodicamente la revisione del grado di applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici	C		
19	Deve essere adottato un sistema di misure per facilitare l'orientamento con dispostivi ottici e sonori per la fruizione dei percorsi ai non udenti e non vedenti .	C		
20	Deve essere conseguito il raggiungimento degli obiettivi previsti dal degli progetto riabilitativo individuale, con una casistica dì insuccessi noti superiore al 5% della media regionale.	C		
21	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata. attuata o proposta", - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	C		
22	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	C		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

_____

_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

_____

_____

fonte: http://burc.regione.campania.it

	REQUISITI	CLASSE	SI ASSEVERA	NON SI ASSEVERA

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

ALLEGATO D

CHECK LIST PER LA VERIFICA DEI REQUISITI SPECIFICI DELLE STRUTTURE DI CUI AL REGOLAMENTO N. 1/2007

AMBULATORIO

Scheda: ST1

Requisiti specifici per qualsiasi tipologia di ambulatorio sia di indirizzo medico che chirurgico

			SI assevera	NON si assevera
1	Deve essere fornita all'utente una Guida ai Servizi	**A**		
2	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	**A**		
3	La Guida deve contenere informazioni riguardanti: • nome e cognome del responsabile dell'ambulatorio • elenco delle prestazioni erogabili • modalità di accesso • orari di accesso • orari per il rilascio di eventuali referti	**A**		
4	La Guida deve contenere informazioni riguardanti i tempi massimi di attesa, i costi di partecipazione alla spesa e le relative modalità di pagamento	**A**		
5	Il materiale disinfettato o sterile deve essere adeguatamente conservato secondo protocolli scritti	**A**		
6	Devono esistere ed essere seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività ambulatoriali	**A**		
7	Devono esistere ed essere seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali	**A**		
8	Deve esistere ed essere seguita una procedura per fornire le informazioni al pubblico riguardanti almeno: • indicazioni per la preparazione del paziente agli esami/interventi • eventuali suggerimenti o prescrizioni per il periodo successivo agli esami/interventi	**A**		
9	Nel referto rilasciato al paziente devono essere contenuti: • diagnosi o eventualmente ipotesi diagnostiche • terapie consigliate • ulteriori accertamenti previsti (con indicazioni del periodo ipotizzato)	**A**		
10	Deve esistere l'evidenza di un sistema di prenotazioni trasparente e verificabile per il controllo delle liste di attesa	**A**		
11	Deve esistere un sistema per la gestione delle code	**A**		
12	Deve essere presente un archivio informatizzato per la gestione dei dati relativi ai pazienti	**B**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

13	Deve essere documentata la partecipazione da parte del personale sanitario ad un corso di rianimazione cardiopolmonare di base *Nota:* *almeno il 75 % del personale sanitario*	**B**		
14	Per le attività di disinfezione e sterilizzazione, sia che vengano svolte all'interno della struttura o esternalizzate, devono adottarsi specifici protocolli operativi	**A**		
15	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		
16	Deve esistere evidenza che il debito informativo sia assolto nei modi e nei tempi previsti dai sistemi informativi aziendali, regionali e nazionali.	**A**		
17	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
18	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
19	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
20	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		
21	Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente.	**A**		
22	Deve essere definito, per le strutture private, il carico di lavoro per singolo operatore utilizzando i parametri di cui alla D.G.R. C. 3 febbraio 1998 n. 377 e successive modifiche ed integrazioni.	**A**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

fonte: http://burc.regione.campania.it

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

STUDIO ed AMBULATORIO ODONTOIATRICO

Scheda: ST2

I requisiti ulteriori di seguito elencati si applicano anche agli ambulatori odontoiatrici.

			SI assevera	NON si assevera
1	Deve essere fornita all'utente una Guida ai Servizi	**A**		
2	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	**A**		
3	La Guida deve contenere informazioni riguardanti: • nome e cognome del responsabile dello studio • elenco delle prestazioni erogabili • modalità di accesso • orari di accesso • orari per il rilascio di eventuali referti	**A**		
4	La Guida deve contenere informazioni riguardanti i tempi massimi di attesa, i costi di partecipazione alla spesa e le relative modalità di pagamento	**A**		
5	Deve essere presente un sistema di segreteria telefonica che dia informazioni su orari di apertura e modalità di prenotazione con criteri predefiniti	**B**		
6	Lo studio deve garantire le prestazioni di accesso in urgenza	**B**		
7	Deve essere documentata la partecipazione da parte del personale sanitario ad un corso di rianimazione cardiopolmonare di base *Nota:* *almeno il 75 % del personale sanitario*	**B**		
8	Il materiale disinfettato o sterile deve essere adeguatamente conservato secondo protocolli scritti	**A**		
9	Devono esistere ed applicate procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività ambulatoriali	**A**		
10	Devono esistere ed applicate procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali	**A**		
11	Deve esistere ed applicata una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		
12	Devono esistere ed applicate procedure finalizzate a garantire il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività ambulatoriali	**A**		
13	Deve esistere ed essere seguita una procedura per fornire le informazioni al pubblico riguardanti almeno: • indicazioni per la preparazione del paziente agli esami/interventi • eventuali suggerimenti o prescrizioni per il periodo successivo agli esami/interventi	**A**		
14	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

15	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
16	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
17	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		

Inoltre per gli ambulatori odontoiatrici :

			SI assevera	**NON si assevera**
18	Nel referto rilasciato al paziente devono essere contenuti: • diagnosi o eventualmente ipotesi diagnostiche • terapie consigliate • ulteriori accertamenti previsti (con indicazioni del periodo ipotizzato)	**A**		
19	Deve esistere l'evidenza di un sistema di prenotazioni trasparente e verificabile per il controllo delle liste di attesa	**A**		
20	Deve esistere un sistema per la gestione delle code	**A**		
21	Deve essere presente un archivio informatizzato per la gestione dei dati relativi ai pazienti	**B**		
22	Per le attività di disinfezione e sterilizzazione, sia che vengano svolte all'interno della struttura o esternalizzate, devono adottarsi specifici protocolli operativi	**A**		
23	Deve esistere evidenza che il debito informativo sia assolto nei modi e nei tempi previsti dai sistemi informativi aziendali, regionali e nazionali.	**A**		
24	Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente.	**A**		
25	Deve essere definito, per le strutture private, il carico di lavoro per singolo operatore utilizzando i parametri di cui alla D.G.R. C. 3 febbraio 1998 n. 377 e successive modifiche ed integrazioni.	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

OSSE **omponenti del Nucleo di Valutazione)**

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

MEDICINA DI LABORATORIO

Scheda: ST3

			SI assevera	NON si assevera
1.	Deve essere fornita all'utente una Guida ai Servizi	**A**		
2.	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	**A**		
3.	La Guida deve contenere informazioni riguardanti: • nome e cognome del responsabile del laboratorio • elenco delle prestazioni erogabili • modalità di accesso • orari di accesso orari per il rilascio di eventuali referti	**A**		
4.	La Guida deve contenere informazioni riguardanti i tempi massimi di attesa, i costi di partecipazione alla spesa e le relative modalità di pagamento	**A**		
5.	Devono esistere ed essere applicati protocolli organizzativi riportanti le istruzioni relative alla preparazione del paziente ed alle modalità di prelievo	**A**		
6.	Deve esistere un sistema computerizzato per l'approvigionamento dei reagenti	**C**		
7.	Il Laboratorio deve essere provvisto di un sistema informatizzato che deve garantire: • il mantenimento in linea degli esami per almeno un anno • la gestione del magazzino dei reagenti • la fatturazione ed il calcolo del ticket le statistiche relative agli esami effettuati	**C**		
8.	I risultati degli esami effettuati devono essere conservati per almeno tre anni	**B**		
9.	Per l'attività di microbiologia insistente in una struttura di ricovero che eroga prestazioni a ciclo continuativo e/o diurno deve esistere un sistema di gestione dei dati per il controllo delle infezioni ospedaliere, con invio di report periodici per i reparti	**B**		
10.	I risultati del QCI e della VEQ devono essere discussi periodicamente con gli operatori coinvolti *Nota:* *i verbali di queste riunioni devono essere conservati*	**A**		
11.	Nel referto devono essere riportati: gli intervalli di riferimento o, ove possibile, i valori decisionali	**A**		
12.	Nel referto deve essere riportato anche il metodo utilizzato	**C**		
13.	Per l'attività di laboratorio presente nelle strutture di ricovero, deve esistere 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	**A**		
14.	Devono esistere documenti che evidenzino l'individuazione dei responsabili per i vari protocolli organizzativi	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

15.	Devono esistere ed essere adottate procedure che definiscano le modalità di validazione del referto	**A**		
16.	I laboratori operanti in strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti devono assicurare l'attività analitica e di consulenza diagnostico-specialistica per 24h/24.	**A**		
17.	Nelle strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno devono esistere documenti che evidenzino protocolli organizzativi con le varie U.O.	**A**		
18.	Devono esistere ed essere applicate procedure di Direzione di laboratorio Analisi per l'assicurazione che reagenti e materiali acquisiti da fornitori esterni siano controllati al ricevimento (modalità di trasporto), siano immagazzinati in modo corretto (temperatura, umidità, ecc.), registrati secondo modalità predefinite e utilizzati entro la data di scadenza	**A**		
19.	Devono esistere ed essere applicate procedure di Direzione di laboratorio Analisi per l'assicurazione che i reagenti in uso devono mantenere l'etichettatura originale e riportare inoltre la data di apertura o di primo utilizzo	**A**		
20.	I Professionisti del Laboratorio Analisi devono assicurare la consulenza relativa alle analisi effettuate e, quando necessario, l'interpretazione dei risultati.	**A**		
21.	Deve essere documentata la partecipazione da parte del personale sanitario ad un corso di rianimazione cardiopolmonare di base *Nota:* *almeno il 75 % del personale sanitario*	**B**		
22.	Se il Laboratorio Analisi insiste in una struttura di ricovero che eroga prestazioni a ciclo continuativo e/o diurno, i Professionisti del Laboratorio devono concordare con i clinici: - le modalità di raccolta di informazioni ai fini di valutare l'appropriatezza delle prestazioni erogata secondo i criteri dell'EBM; - le modalità di incontri periodici, di partecipazione alla gestione di pazienti con particolari patologie; - dare evidenza di audit clinici strutturati	**C**		
23.	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
24.	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

25.	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
26.	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		
27.	Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente.	**A**		
28.	Deve essere definito, per le strutture private, il carico di lavoro per singolo operatore utilizzando i parametri di cui alla D.G.R.C. 3 febbraio 1998 n. 377 e successive modifiche ed integrazioni.	**A**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

ANATOMIA, ISTOLOGIA e CITOLOGIA PATOLOGICA

Scheda: ST4

			SI assevera	NON si assevera
1.	Deve esistere un sistema di archiviazione che consente un agevole reperimento di materiali e referti. Il sistema di archiviazione deve prevedere: • registro numerico di accettazione • archivio delle richieste di diagnosi *(le richieste possono essere eliminate dopo 6 mesi)* • archivio dei residui dei frammenti bioptici mantenuti in fissativo *(i tessuti in formalina possono essere eliminati dopo 4 settimane dalla redazione e consegna del referto)* • archivio delle inclusioni e dei preparati isto/citologici (*i preparati citologici cervico vaginali negativi devono essere conservati per almeno 5 anni)* • archivio cartaceo dei referti isto/citologici e protocolli autoptici aggiornato con le richieste di revisione e consulenza con relative risposte	**A**		
2.	La procedura di esecuzione della fase analitica sul materiale biologico deve comprendere: • la corretta e completa identificazione dei campioni biologici • la completezza della descrizione macroscopica ove utile per una migliore definizione diagnostica e prognostica • la completezza della descrizione microscopica • la completezza delle informazioni sulle tecniche ancillari eventualmente impiegate • l'utilizzazione nella diagnosi della terminologia standardizzata e codificabile • la chiara identificazione del medico anatomo/patologo responsabile della diagnosi	**A**		
3.	Qualora venga effettuata attività autoptica, devono esistere protocolli operativi dedicati	**A**		
4.	Devono esistere ed essere applicati protocolli operativi per la preparazione/campionamento/esame del materiale bioptico	**A**		
5.	Devono esistere ed essere applicati protocolli operativi per le attività di citologia	**A**		
6.	Devono esistere ed essere applicati protocolli operativi per l'archiviazione delle istocitoteche e dei blocchetti in paraffina	**A**		
7.	Devono esistere ed essere applicati protocolli operativi per la conservazione temporanea/indefinita del materiale bioptico chirurgico	**A**		
8.	Devono esistere, nel caso in cui il Servizio è allocato all'interno di una struttura che eroga prestazioni di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno, procedure per il collegamento funzionale con i blocchi operatori per la diagnostica estemporanea intraoperatoria.	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

9.	Devono esistere ed essere applicati protocolli operativi per l'esecuzione di prelievi e agoaspirati	**A**		
10.	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		
11.	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
12.	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
13.	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
14.	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		
15.	Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente.	**A**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

fonte: http://burc.regione.campania.it

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

MEDICINA TRASFUSIONALE

Scheda: ST5

			SI assevera	NON si assevera
1	Il Servizio deve garantire le prestazioni 24/24 h	**C**		
2	La Struttura deve possedere il servizio di guardia attiva 24h su 24h	**C**		
3	Deve essere attivo il collegamento con il CRCC e CRCP	**A**		
4	Deve essere attivo il collegamento con le strutture trasfusionali territoriali-provinciali	**B**		
5	Il Servizio deve ottemperare alle norme UNI (10526/96) per lo scambio di informazioni tra le strutture del sistema trasfusionale	**B**		
6	Il Servizio deve ottemperare alle raccomandazioni trasfusionali del Consiglio d'Europa-Comitato dei Ministri	**B**		
7	Il Servizio deve aver attivato il Sistema Qualità ISO 9000	**C**		
	ATTIVITA' SELEZIONE DEI DONATORI			
8	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
9	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
10	Devono esistere ed essere applicato un sistema di protezione del donatore	**A**		
11	Devono esistere ed essere applicato un sistema di protezione del ricevente	**A**		
	ATTIVITA' RACCOLTA DELLA DONAZIONE			
12	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
13	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
14	Devono essere effettuati i controlli predonazione	**A**		
15	Devono essere definite le modalità per l'esecuzione dei prelievi	**A**		
	ATTIVITA' PREPARAZIONE EMOCOMPONENTI			
16	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
17	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
18	Deve essere effettuata la preparazione degli emocomponenti: • Sangue Intero • Concentrati eritrocitari • Concentrati eritrocitari buffy-coat depleti • Concentrati eritrocitari in soluzioni additive • Concentrati eritrocitari in soluzioni additive, buffy-coat depleti • Emazie lavate • Concentrati eritrocitari leucodepleti • Concentrati piastrinici random da PRP • Concentrati piastrinici random da buffy-coat • Concentrati piastrinici da aferesi • Concentrati piastrinici random da PRP leucodepleti • Concentrati piastrinici random da buffy-coat leucodepleti • Concentrati piastrinici da aferesi leucodepleti	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	• Plasma fresco congelato da separazione • Plasma fresco congelato da aferesi • Concentrati granulocitari da aferesi *Nota:* *la presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettersi in relazione con il livello del presidio presso il quale viene effettuata la preparazione*			
19	Deve essere effettuata la preparazione degli emocomponenti: • Emazie irradiate • Emazie congelate • Concentrati piastrinici irradiati • Crioprecipitato • Concentrati granulocitari da aferesi irradiati • Concentrati di cellule staminali periferiche omologhe • Concentrati di cellule staminali periferiche autologhe *Nota:* *la presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettersi in relazione con il livello del presidio presso il quale viene effettuata la preparazione*	**B**		
20	Deve essere effettuata la preparazione degli emocomponenti: • Piastrine congelate • Concentrati di cellule staminali midollari omologhe • Concentrati di cellule staminali midollari autologhe • Concentrati di cellule staminali da cordone ombelicale *Nota:* *la presenza delle diverse tipologie di emocomponente è da mettersi in relazione con il livello del presidio presso il quale viene effettuata la preparazione*	**C**		
	ATTIVITA' LABORATORIO IMMUNOEMATOLOGIA			
21	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
22	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
23	Devono essere effettuati i Controlli di Qualità interni Strumentazioni	**A**		
24	Devono essere effettuati i Controlli di Qualità interni Reagenti immunoematologia	**A**		
25	Devono essere effettuati i Controlli di Qualità interni Metodiche immunoematologiche	**B**		
26	Devono essere espletate le attività del laboratorio di immunoematologia: • Tipizzazione standard del donatore • Tipizzazione pazienti adulti • Tipizzazioni pazienti prepuberi e femmine in età fertile • Abs antipiastrine *Nota:* *le attività espletate sono da mettersi in relazione con il livello del presidio*	**A**		
	ATTIVITA' LABORATORIO SIEROVIROLOGIA			
27	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
28	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

29	Devono essere effettuati i Controlli di Qualità interni Strumentazione	A		
30	Devono essere effettuati i Controlli di Qualità interni Tests di screening e conferma (obbligatori e facoltativi)	**A**		
	ATTIVITA' ETICHETTATURA			
31	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
32	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
33	Deve essere espletata l'attività di etichettatura relativa a: • Prodotti/Materiali in accettazione • Prodotti/Materiali in uscita	**A**		
34	Deve essere espletata l'attività di etichettatura relativa alla produzione di emocomponenti: • Prelievo • Attesa validazione • Frazionamento • Validazione • Quarantena • Assegnazione	**A**		
	ATTIVITA' DI CONSERVAZIONE- TRASPORTO – SCADENZA			
35	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
36	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
37	Per la sezione conservazione-trasporto-scadenza devono essere espletate le attività specifiche relative a: • Emoteche differenziate • Incubatori piastrinici differenziati • Congelatori plasmatici differenziati • Controllo temperature emoteche • Controllo temperature congelatori plasmatici e cellulari • Trasporto emocomponenti	**A**		
	ATTIVITA' DI AFERESI			
38	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
39	Devono esistere ed essere seguite procedure della Qualità	**B**		
40	Devono essere espletate le attività di aferesi: • Plasmacitoaferesi - Protezione del donatore • Plasmacitoaferesi - Protezione del ricevente • Prelievo donazione in aferesi • Aferesi Terapeutica - Protezione del Paziente • Aferesi terapeutica	**A**		
	ATTIVITA' PROVE DI COMPATIBILITA' - TYPE & SCREEN			
41	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
42	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
43	Devono essere espletate le attività di Cross match	**A**		
44	Devono essere espletate le attività di Type & Screen	**A**		
45	**ATTIVITA' ASSEGNAZIONE**			
46	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

47	Devono essere essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
48	Devono essere espletate le attività di assegnazione: • Gestione assegnazioni "normali" • Gestione assegnazioni "urgenti" • Gestione assegnazioni "urgentissime" • Gestione "rientri"	**A**		
	ATTIVITA' PROFILASSI MEN			
49	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
50	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
51	Devono essere espletate le attività di Screening madre-neonato	**A**		
52	Devono essere espletate le attività di profilassi con Ig anti-D	**B**		
	ATTIVITA' TERAPIE TRASFUSIONALI			
53	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
54	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
55	Devono essere stati attivati i sistemi di sicura identificazione del Ricevente	**A**		
56	Devono essere identificati i contenuti del Modulo o Scheda trasfusionale	**A**		
57	Devono essere espletate le attività relative al Buon Uso del Sangue	**A**		
	ATTIVITA' COMPLICANZE TRASFUSIONALI			
58	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
59	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
60	Devono essere effettuate indagini di controllo Immunologiche	**A**		
	ATTIVITA' TRASFUSIONI AUTOLOGHE			
61	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
62	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
63	Devono essere espletate le attività per la protezione del paziente-donatore	**A**		
64	Devono essere effettuati i controlli predonazione autologa	**A**		
65	Deve essere effettuato il Predeposito	**A**		
66	Deve essere effettuato il recupero perioperatorio	**B**		
	ATTIVITA' TIPIZZAZIONE TISSUTALE			
67	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
68	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
69	Deve essere effettuata la tipizzazione molecolare HLA di II Classe	**B**		
70	Deve essere attivato il Sistema di sicurezza identificativa dei campioni	**A**		
	ATTIVITA' RACCOLTA E CONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI PERIFERICHE E CORDONALI			
71	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
72	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
73	Devono essere espletate le attività di raccolta e conservazione relativamente a: • Cellule Staminali Periferiche Omologhe • Cellule Staminali Periferiche Autologhe	**B**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	Tipizzazione cellulare			
74	Devono essere espletate le attività di raccolta e conservazione relativamente a: • Cellule Staminali da cordone ombelicale • Tipizzazione SC cordonali • Validazione SC cordonali	**C**		
	ATTIVITA' DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE AMBULATORIALI			
75	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
76	Devono esistere ed essere seguite procedure della Qualità	**B**		
	ATTIVITA' DIAGNOSTICA E TERAPIA DELLE MALATTIE EMORRAGICHE E TROMBOTICHE			
77	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
78	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
79	Devono essere espletate le attività relative alla TAO: monitoraggio e terapia	**C**		
80	Devono essere espletate le attività di diagnostica di laboratorio	**B**		
80	Devono essere espletate le attività per la diagnosi e trattamento delle coagulopatie congenite	**C**		
	ATTIVITA' CRIOCONSERVAZIONE E DISTRIBUZIONE DI TESSUTI			
81	Deve essere definita l'organizzazione generale della sezione	**A**		
82	Devono esistere ed essere seguite le procedure della Qualità	**B**		
83	Devono essere espletate le attività di crioconservazione e distribuzione dei tesuti relativamente a: • Selezione del Donatore • Modalità di conservazione • Modalità di distribuzione	**B**		
84	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
85	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
86	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
87	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

OSSE **omponenti del Nucleo di Valutazione)**

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

DIABETOLOGIA

Scheda: ST6

			SI assevera	NON si assevera
1	Deve essere fornita all'utente una Guida ai Servizi	**A**		
2	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	**A**		
3	La Guida deve contenere informazioni riguardanti: • nome e cognome del responsabile del Centro • elenco delle prestazioni erogabili • modalità di accesso • orari di accesso • orari per il rilascio di eventuali referti	**A**		
4	La Guida deve contenere informazioni riguardanti i tempi massimi di attesa, i costi di partecipazione alla spesa e le relative modalità di pagamento	**A**		
5	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		
6	Deve esistere ed essere seguita una procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale e gli specialisti d'organo per la costituzione del T.D.I. ai sensi della D.G.R.C. 1168/16.9.2005	**A**		
7	Devono esistere ed essere applicate disposizioni per la compilazione della cartella clinica comprensive di: • modalità di compilazione • identificazione delle responsabilità per la compilazione • definizione dei tempi massimi consentiti per la compilazione e per il completamento	**A**		
8	Devono essere compilate cartelle cliniche computerizzate per ogni paziente	**C**		
9	Deve essere redatto un piano terapeutico per ciascun paziente	**A**		
10	Deve esistere ed essere applicata una procedura per la trasmissione al medico di medicina generale del piano terapeutico per la prescrizione dei presidi sanitari	**A**		
11	Deve essere compilato il libretto del paziente per la parte di competenza secondo le indicazioni contenute nella D.G..R.C. 1168/05	**A**		
12	Per ogni operatore deve essere disponibile documentazione dell'avvenuta attività formativa e di aggiornamento per il settore, secondo le previsioni della D.G.R.C. 1168/05	**A**		
13	Devono esistere ed essere seguite procedure per le attività di informazione ed educazione sanitaria specifiche per il settore secondo le previsioni della D.G.R.C. 1168/05	**A**		
14	Deve esistere una procedura che documenti il rilevamento e la trasmissione alle ASL territorialmente competenti dei dati utili per il monitoraggio della applicazione delle linee guida per il diabete mellito e la corretta attuazione del percorso clinico	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

15	Deve essere assicurata la dotazione di personale per un Centro di Diabetologia per un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti (comprensivo di circa 4.000 diabetici), con le seguenti figure: Specialisti in Diabetologia N. 3 Specialisti in Oculistica N. 1 (anche in consulenza) Specialisti in Cardiologia N. 1 (anche in consulenza) Specialisti in Nefrologia N 1 (anche in consulenza) Specialista in Neurologia N.1 (anche in consulenza) Infermieri N. 4 Dietisti N. 1 Podologi N. 1 (anche part-time) Amministrativi N. 1	**A**		
16	I Centri di diabetologia che assistono un numero di pazienti inferiore a 4000 devono assicurare la seguente dotazione di personale: Specialisti in Diabetologia N. 2 Specialisti in Oculistica N. 1 (anche in consulenza) Specialisti in Cardiologia N. 1 (anche in consulenza) Specialista in Neurologia N.1 (anche in consulenza) Infermieri N. 3 Amministrativi N. 1			
17	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso	**B**		
18	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura	**B**		
19	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
20	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

OSSE **omponenti del Nucleo di Valutazione)**

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Scheda: ST7

			SI assevera	NON si assevera
1	Deve essere fornita all'utente una Guida ai Servizi	**A**		
2	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	**A**		
3	La Guida deve contenere informazioni riguardanti: • nome e cognome del responsabile della struttura • elenco delle prestazioni erogabili • modalità di accesso • orari di accesso • orari per il rilascio di eventuali referti	**A**		
4	La Guida deve contenere informazioni riguardanti i tempi massimi di attesa, i costi di partecipazione alla spesa e le relative modalità di pagamento	**A**		
5	Deve esistere ed essere seguita una procedura per la registrazione dei materiali di consumo	**A**		
6	Deve esistere ed essere seguita una procedura per la valutazione dell'appropriatezza degli esami effettuati	**B**		
7	Nel caso in cui vengano eseguite attività di radiologia interventistica deve esistere ed essere seguita una procedura per garantire un intervento chirurgico d'urgenza in caso di necessità	**A**		
8	Deve esistere evidenza della conoscenza e dell'aggiornamento continuativo da parte di tutto il personale delle norme di protezione sanitaria da applicare anche nei confronti dei pazienti	**A**		
9	Deve esistere ed essere seguita una procedura per l'informazione rivolta alla popolazione femminile di età fertile affinchè dichiari il suo possibile stato di gravidanza	**A**		
10	Deve esistere ed essere seguita una procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale per la gestione degli esami urgenti	**B**		
11	Deve essere garantita la possibilità di ritiro dei referti in uno sportello unico per diversi servizi diagnostici (es. servizio di radiologia, laboratorio analisi etc.), laddove presenti nella struttura.	**C**		
12	Gli ambulatori operanti in strutture che erogano prestazioni di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti devono assicurare l'attività analitica e di consulenza diagnostico-specialistica per 24h/24.	**A**		
13	Deve essere documentata la partecipazione da parte del personale sanitario ad un corso di rianimazione cardiopolmonare di base *Nota:* *almeno il 75 % del personale sanitario*	**B**		
14	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		
15	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
16	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono*	**B**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	per la vera natura indesiderabili, non intenzionali e dannos. per il malato (IOM, 1999)			
17	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
18	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		
19	Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente.	**A**		
20	Deve essere definito, per le strutture private, il carico di lavoro per singolo operatore utilizzando i parametri di cui alla D.G.R.C. 3 febbraio 1998 n. 377 e successive modifiche ed integrazioni.	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

OSSE **omponenti del Nucleo di Valutazione)**

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

RADIOTERAPIA

Scheda: ST8

			SI assevera	NON si assevera
1.	Deve essere fornita agli utenti una guida ai servizi	**A**		
2.	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	**A**		
3.	La guida deve contenere le informazioni riguardanti: • nome e cognome del responsabile della struttura • elenco delle prestazioni erogabili • modalità di accesso • orari di accesso • orario per il rilascio di eventuali referti	**A**		
4.	La Guida deve contenere informazioni riguardanti i tempi massimi di attesa, i costi di partecipazione alla spesa e le relative modalità di pagamento	**A**		
5.	Deve esistere ed essere seguita una procedura per la registrazione dei materiali di consumo			
6.	Devono esistere ed essere applicate le procedure relative alle principali attività cliniche svolte	**A**		
7.	Devono essere definite ed applicate procedure per la gestione delle attività di routine ed in emergenza/urgenza	**A**		
8	Devono essere definite ed applicate procedure specifiche per la conservazione e manipolazione delle sostanze radioattive	**A**		
9	Se la U.O. è allocata in una struttura di ricovero devono esistere procedure per le modalità di accesso dei pazienti esterni e per quelli degenti presso altre UO.	**A**		
10	Devono essere definiti i criteri per la formulazione dei piani di trattamento dei pazienti	**A**		
11	Devono essere definite procedure per garantire le informazioni rivolte al paziente sulle eventuali complicanze da trattamento	**B**		
12	Deve essere attivato un flusso informativo finalizzato alla raccolta dati ad uso statistico-epidemiologico	**C**		
13	Per le U.O. allocate in strutture di ricovero deve essere previsto un percorso preferenziale per il trattamento di particolari patologie concordate con le Unità Operative di Oncologia	**B**		
14	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		
15	Per le attività di disinfezione e sterilizzazione, sia che vengano svolte all'interno della struttura o esternalizzate, devono adottarsi specifici protocolli operativi	**A**		
16	Deve essere documentata la partecipazione da parte del personale sanitario ad un corso di rianimazione cardiopolmonare di base *Nota: almeno il 75 % del personale sanitario*	**B**		
17	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
18	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in*	**B**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	parte dei trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)			
19	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
20	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		
21	Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente.	**A**		
22	Deve essere definito, per le strutture private, il carico di lavoro per singolo operatore utilizzando i parametri di cui alla D.G.R. C. 3 febbraio 1998 n. 377 e successive modifiche ed integrazioni.	**A**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

fonte: http://burc.regione.campania.it

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

MEDICINA NUCLEARE IN VIVO

Scheda: ST9

			SI assevera	NON si assevera
1.	Deve essere fornita all'utente un Guida ai Servizi	**A**		
2.	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente			
3.	La guida deve contenere le informazioni riguardanti: • nome e cognome del responsabile della struttura • elenco delle prestazioni erogabili • modalità di accesso • orari di accesso • orario per il rilascio di eventuali referti	**A**		
4.	La Guida deve contenere informazioni riguardanti i tempi massimi di attesa, i costi di partecipazione alla spesa e le relative modalità di pagamento	**A**		
5.	Deve esistere ed essere seguita una procedura per la registrazione dei materiali di consumo			
6.	Devono essere disponibili ed essere applicate procedure per la manipolazione del materiale radioattivo	**A**		
7.	Devono essere disponibili ed essere applicate procedure per la gestione degli stravasi e delle contaminazioni	**A**		
8.	Devono essere disponibili ed essere applicati protocolli organizzativi per la separazione tra aree "calde" e "fredde"	**A**		
9.	Deve esistere ed essere applicata una procedura per l'erogazione delle prestazioni routinarie e in emergenza/urgenza	**A**		
5	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		
6	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
7	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
8	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
9	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		
10	Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	personale giornalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente.			
11	Deve essere definito, per le strutture private, il carico di lavoro per singolo operatore utilizzando i parametri di cui alla D.G.R. C. 3 febbraio 1998 n. 377 e successive modifiche ed integrazioni.	**A**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

fonte: http://burc.regione.campania.it

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

CENTRO DI TERAPIA IPERBARICA

Scheda: ST10

			SI assevera	NON si assevera
1	Devono esistere ed essere seguite 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	Devono esistere ed essere seguite 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	Devono esistere ed essere seguite procedure per la gestione dei pazienti con particolare riferimento a: • indicazioni appropriate al trattamento • visita medica di idoneità • compilazione cartella clinica	**A**		
4	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
5	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
6	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
7	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		
8	Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente. Tale obbligo non riguarda i casi in cui i soggetti aventi compiti di direzione sanitaria rivestano la qualità di titolare, legale rappresentante o socio della struttura sanitaria. Per tali soggetti, in ogni caso, è fatto divieto di esercitare detti compiti presso più di una struttura. Dall'obbligo del rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta sono esentate le struttura	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	inferiori a cinque unità lavorative.			
38	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

CENTRO DI SALUTE MENTALE

Scheda: ST11

			SI assevera	NON si assevera
1	Deve esistere un **Documento scritto** del CSM, conforme alle norme vigenti e agli obiettivi e alle linee guida elaborate dal DSM, che definisce: • procedure formalizzate per l'accoglienza e la presa in carico della richiesta di aiuto; • procedure per la valutazione della patologia e dei bisogni dell'utente; • procedure riguardanti la formulazione di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati; • procedure per la verifica periodica dei piani terapeutico-riabilitativi personalizzati ed eventuale loro riformulazione sulla base delle verifiche effettuate.	**A**		
2	Devono essere previste procedure per sviluppare nell'èquipe modalità e stili di lavoro gruppali	**C**		
3	Devono esistere ed essere documentate iniziative per la comprensione dei motivi di mancata presentazione agli appuntamenti od abbandono da parte dell'utente e azioni finalizzate alla ripresa dei contatti	**C**		
4	Deve esistere una Documentazione scritta relativa all'utente, puntualmente aggiornata, contenente informazioni sulla valutazione delle condizioni cliniche, delle condizioni familiari e di vita sociale e lavorativa e degli interventi effettuati	**A**		
5	Devono essere previste riunioni e incontri, a cadenza definita, dell'equipe curante inerenti la discussione dei casi clinici e la formulazione di progetti terapeutico-riabilitativi	**C**		
6	Esistenza di procedure relative alla prevenzione e al controllo dei rischi specifici e per il sostegno psicologico agli operatori	**C**		
7	Devono esistere e devono essere seguite procedure relative alle modalità di rapporto con i familiari	**A**		
8	Devono essere previsti, ove necessario, interventi di tipo psicologico e di sostegno socioeducativo alla famiglia	**B**		
9	Devono esistere procedure conformi ai protocolli d'intesa formalizzati dalla direzione del DSM relative alle modalità di rapporto e di collegamento con i medici di medicina generale, con il SIRES, con le altre Unità Operative territoriali del Distretto, con eventuali altri presidi sanitari, con gli Enti locali e con soggetti del Terzo Settore	**B**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

OSSE **omponenti del Nucleo di Valutazione)**

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

CONSULTORIO FAMILIARE

Scheda: ST12

1.			SI assevera	NON si assevera
2.	Devono essere previste e applicate procedure per la raccolta dei dati necessari per la sorveglianza epidemiologica, utilizzabili a scopo preventivo, statistico ed epidemiologico	**A**		
3.	La struttura deve documentare iniziative finalizzate alla promozione dell'allattamento al seno	**A**		
4.	Deve essere garantita l'offerta attiva di servizi a livello territoriale, tenendo conto dei bisogni differenziati, verso specifici bacini di utenza (fasce deboli, utenti extracomunitari)	**C**		
4	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		
5	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
6	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
7	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
8	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

OSSE **omponenti del Nucleo di Valutazione)**

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

PRESIDI AMBULATORIALI PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DELLA TOSSICODIPENDENZA: SERVIZI DI TIPO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO

Scheda: ST13

			SI assevera	NON si assevera
1	Il servizio deve essere facilmente accessibile anche attraverso l'utilizzo di mezzi pubblici	**A**		
2	Devono essere definite e seguite procedure per l'accoglienza e la presa in carico degli utenti	**A**		
3	Il servizio deve predisporre e applicare procedure per la gestione dei casi in carico comprendenti le fasi: • diagnosi • terapia medico farmacologica • interventi psicologici • interventi di carattere sociale ed educativo	**A**		
4	Deve essere predisposto, per ogni singolo utente, un programma terapeutico-riabilitativo con valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute, in relazione ai risultati degli interventi effettuati, in termini di uso di sostanze, qualità della vita, abilità e capacità psico-sociali, in particolare il grado di reinserimento sociale e lavorativo.	**A**		
5	Il servizio deve predisporre e applicare procedure per l'invio dell'utente in servizi residenziali accreditati	**A**		
6	Il servizio deve predisporre e applicare procedure per la gestione del reinserimento dell'utente	**A**		
7	Il servizio deve predisporre e applicare procedure per il collegamento con gli altri servizi: ospedale, laboratori analisi etc.	**A**		
8	Il servizio deve predisporre e applicare procedure per l'effettuazione della terapie alternative	**B**		
9	Il servizio deve predisporre e applicare procedure per il monitoraggio e la valutazione dei casi	**A**		
10	Il servizio deve predisporre e applicare procedure di collegamento con altri servizi di tipo istituzionale sul territorio (carcere, provveditorato agli studi etc.)	**A**		
11	Il servizio deve disporre di uno sportello informativo	**B**		
12	Gli interventi di carattere sociale devono comprendono l'inserimento lavorativo	**C**		
13	Devono essere assicurati interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria (sia per i giovani che per gli adulti)	**A**		
14	Devono essere previsti interventi di consulenza legale	**C**		
15	Devono essere previsti interventi di consulenza in carcere e in altre sedi, in caso di misure alternative (arresti domiciliari)	**C**		
16	Devono essere attivati specifici programmi destinati alle donne, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, prevedendo, in particolare, interventi relativi a gravidanza, prostituzione, episodi di violenza;	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

17	Devono essere previsti interventi di tipo psicologico e di sostegno socio-educativo alla famiglia dei casi in carico	**B**		
18	Devono essere rilevati, sulla base delle indicazioni stabilite a livello nazionale e regionale, i dati statistici ed epidemiologici;	**A**		
19	Per le strutture private le dotazioni di personale devono essere definite sulla base degli standard previsti dall'art. 17 dell'atto di intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999, pubblicato in G.U. 01.10.1999 n. 231	**A**		
20	Devono essere svolte attività di riabilitazione e prevenzione delle ricadute	**B**		
	Deve essere garantita l'attività riguardante il contatto con utenti non presi in carico, presenti sul territorio sul quale insiste il servizio, attraverso:			
21	Unità di strada;	**A**		
22	Gruppi di auto muto-aiuto;	**A**		
23	Centri di ascolto che promuovono anche nell'ambito della propria comunità locale, attività di sensibilizzazione e di informazione, attività di orientamento all'utilizzo dei servizi, call center, attività di counseling;	**C**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

fonte: http://burc.regione.campania.it

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

PRONTO SOCCORSO

Scheda: SRic1

			SI assevera	NON si assevera
1.	Deve essere presente un sistema di archiviazione cartaceo su registro	**A**		
2.	Deve essere presente un sistema di archiviazione computerizzato *Nota:* *Può essere in aggiunta o alternativo ai due precedenti.*	**B**		
3.	Per tutti gli utenti deve essere prevista la compilazione del verbale di pronto soccorso che prevede le seguenti specifiche informazioni: • codice di priorità e codice di patologia assegnati in sede di triage o ambulanza • data e ora di arrivo del paziente (triage), inizio visita, medico accettante • dati anagrafici compreso sesso • numero tessera sanitaria o codice fiscale • problema principale (o attuale) • eventuale immunità al tetano • segni vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, scala di Glasgow) su schema predisposto • esame obiettivo • prestazioni erogate ed eventuali referti (consulenze, accertamenti diagnostici, interventi terapeutici), anche in fotocopie allegate • diagnosi • evoluzione durante osservazione (anche attraverso l'utilizzo di una cartella a parte) • prognosi • eventuale rifiuto di prestazioni con possibilità di firma • informativa inviata (indicazione sul destinatario e motivazione in caso di formulazione di denuncia) • provvedimento finale (ricovero, dimissione, trasferimento, decesso, salma a disposizione dell'Autorità Giudiziaria o riscontro diagnostico) • data e ora provvedimento finale • firma del medico che provvede alla dimissione	**A**		
4.	Devono essere disponibili i seguenti moduli per le denunce obbligatorie: • infortunio sul lavoro o malattia professionale • malattie infettive e contagiose • rapporto all'Autorità Giudiziaria • constatazione di decesso e denuncia cause di morte (mod. ISTAT) • intossicazione da antiparassitari	**A**		
5	Devono essere compilati report semestrali che comprendono:			
6	rinvii a domicilio sul totale degli accessi in PS	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

7	[illegible]e sul totale degli accessi in PS	[illegible]		
8	trasferimenti ad altri ospedali sul totale degli accessi in PS	**A**		
9	consulenze richieste	**B**		
10	Devono esistere ed essere applicate procedure operative scritte e firmate dal responsabile in base alle quali attribuire il codice di gravità	**A**		
11	Deve essere 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	**A**		
12	Deve esistere una scheda infermieristica di triage nella quale vengono registrati i dati salienti e le decisioni prese	**A**		
13	La scheda infermieristica di triage deve essere archiviata ed essere disponibile	**A**		
14	La scheda infermieristica di triage deve essere integrata nel sistema informatizzato	**C**		
15	Deve essere fatta periodica verifica della congruità tra codice attribuito e reale gravità clinica	**A**		
16	Devono essere raccolte informazioni su diagnosi finale e esito dei pazienti ricoverati con le seguenti patologie: • Arresto cardiaco • Politrauma • Shock • Dispnea severa	**B**		
17	Devono essere raccolte informazioni sull'attività di accettazione/assegnazione del paziente alle UO attraverso studi campione o analisi dei trasferimenti intraospedalieri	**C**		
	Devono essere disponibili le seguenti procedure operative:			
18	• Modalità di identificazione dei pazienti sconosciuti	**B**		
19	• Gestione oggetti di proprietà dei pazienti	**B**		
20	• Trasmissione di informazioni a parenti, forze dell'ordine, giornalisti, estranei	**B**		
21	• Denuncia all'Autorità Giudiziaria	**B**		
22	• Modalità di trasferimento dei pazienti critici	**B**		
	Devono essere disponibili i seguenti profili di assistenza:			
23	• Arresto cardiaco	**A**		
24	• Rianimazione cardiopolmonare	**A**		
25	• Trauma cranico	**B**		
26	• Politrauma	**B**		
27	• Dolore addominale	**B**		
28	• Dolore toracico	**B**		
29	• Avvelenamenti	**B**		
30	• Edema polmonare acuto	**B**		
31	• Episodio acuto di COPD	**B**		
32	• Aritmie minacciose	**B**		
	Sono disponibili le seguenti procedure operative per le modalità di profilassi di:			

fonte: http://burc.regione.campania.it

33	• Tetano • Rabbia • Post-esposizione a sangue umano • Post-esposizione a meningite • Gestione dei pazienti violenti • Principali procedure invasive	**B**		
34	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
35	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
36	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
37	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		
38	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

fonte: http://burc.regione.campania.it

OSSE **egale rappresentate della struttura o suo dele**

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

RIANIMAZIONE

Scheda: SRic2

Per tale attività è richiesto anche il possesso dei requisiti previsti per l'Area di degenza, salvo quelli che si configurano "non applicabili" in relazione alla peculiarità delle attività disciplinate dalla presente scheda..

			SI assevera	NON si assevera
1.	In maniera continuativa nell'arco delle 24 h devono essere disponibili i referti provenienti dai seguenti servizi: • diagnostica per immagini • laboratorio analisi	**A**		
2.	Deve esistere un rapporto definito e scritto tra servizio di farmacia e rianimazione 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 deve essere registrato : • in maniera sistematica • con note in progress • con commenti sull'andamento clinico • con commenti sui trend dei parametri vitali e sui parametri ematologici, biochimici e microbiologici oltre che sul bilancio idrico	**A**		
4.	Devono essere 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.	Devono essere disponibili procedure per l'utilizzo di antidoti per le intossicazioni più comuni	**A**		
6.	Deve esistere 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.	Devono essere seguite procedure per il controllo della contaminazione dell'aria	**A**		
8.	Devono essere seguite procedure per il corretto uso degli antibiotici	**A**		
9.	Devono essere disponibili procedure per lo svezzamento dai respiratori automatici e dall'alimentazione artificiale	**A**		
10	Devono essere disponibili e seguite procedure per : • l'accesso del personale • l'accesso dei visitatori	**A**		
11	Devono essere disponibili e seguite le procedure per la prevenzione delle infezioni crociate	**A**		
12	Devono essere disponibili e seguite le procedure per la prevenzione delle sindromi da immobilizzazione	**A**		
13	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
14	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso.	**B**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	Evento avverso – Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)			
15	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
16	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		
17	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

fonte: http://burc.regione.campania.it

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

UTIC

Scheda: SRic3

Per tale attività è richiesto anche il possesso dei requisiti previsti per l'Area di Degenza, salvo quelli che si configurano "non applicabili" in relazione alla peculiarità delle attività disciplinate dalla presente scheda.

			SI assevera	NON si assevera
1.	Devono essere prodotti e seguiti profili di assistenza per il trattamento delle seguenti patologie: • Infarto miocardico acuto e complicanze • Angina instabile • Trattamento tamponamento cardiaco • Trattamento aritmie minacciose	**A**		
2.	Deve esiste evidenza di codificati collegamenti funzionali con Pronto Soccorso, 118, Rianimazione, Radiologia e Diagnostica per Immagini, Laboratorio di Analisi, Cardiologia Interventistica e Cardiochirurgica dello stesso Ospedale o di quello di riferimento, Servizio di Riabilitazione.	**A**		
3.	Devono essere disponibili e seguite procedure per : • l'accesso del personale • l'accesso dei visitatori	**A**		
4.	Devono essere disponibili e seguite le procedure per la prevenzione delle infezioni crociate	**A**		
5.	Devono essere disponibili e seguite le procedure per la prevenzione delle sindromi da immobilizzazione	**A**		
6	Deve esistere 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	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
8	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
9	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
10	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		
11	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

OSSE **omponenti del Nucleo di Valutazione)**

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

DEGENZA

Scheda: SRic4

I requisiti sottoelencati sono validi anche per Day Hospital medico-chirurgico quando costituiti in strutture autonome o in Unità Operative autonome.

			SI assevera	NON si assevera
1.	Deve essere fornita all'utente una Guida ai Servizi	**A**		
2.	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	**A**		
3.	La Guida deve contenere informazioni riguardanti: • nome e cognome del responsabile dell'Area di Degenza e della dirigenza medica • prestazioni erogabili • modalità di accesso • orari di ricevimento da parte dei medici dell'U.O. • orario per le visite • orari di erogazione dei pasti • modalità per ritiro referti e/o documentazione clinica	**A**		
4.	Nella Guida devono essere indicati i tempi massimi di attesa delle prestazioni erogate	**A**		
5.	Nella Guida devono essere indicati i servizi di cui il cittadino può disporre durante il ricovero e le modalità di accesso agli stessi	**A**		
6.	Nella Guida devono essere indicati spazi ed arredamenti a disposizione dei pazienti	**B**		
7.	Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza	**B**		
8.	Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di scelta dei cibi preferiti tra quelli previsti nel menù giornaliero	**B**		
9.	Deve essere garantita al personale la possibilità di effettuare riunioni interne ed attività di studio	**B**		
10	Devono esistere ed essere seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività di visita/medicazione	**A**		
11	Devono esistere ed essere seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività di visita/medicazione	**A**		
12	Deve essere garantito il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita/medicazione	**A**		
13	Devono esistere ed essere applicate le procedure che garantiscano una adeguata prevenzione e trattamento dei decubiti in tutti i casi di necessità	**A**		
14	Devono esistere ed essere applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni ospedaliere	**A**		
15	Devono esistere ed essere applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle cadute accidentali	**A**		
16	Devono esistere ed essere applicate procedure per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza ai pazienti	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

17	Devono esistere ed essere applicate disposizioni per la compilazione della cartella clinica comprensive di: • modalità di compilazione • identificazione delle responsabilità per la compilazione • definizione dei tempi massimi consentiti per la compilazione e per il completamento	**A**		
18	Nella cartella clinica deve esservi evidenza di consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto	**A**		
19	*Nella cartella clinica deve essere presente copia della lettera di dimissione, nella quale vengono riassunte in maniera concisa le seguenti informazioni:* • la ragione dell'ospedalizzazione • i rilievi significativi • gli interventi diagnostico-terapeutici effettuati • la condizione del paziente alla dimissione • la chiara indicazione per il medico di famiglia della terapia da svolgere fuori dalla struttura ospedaliera e di eventuali controlli o follow up • ogni specifica istruzione data al paziente e/o familiari, qualora necessaria	**A**		
20	La lettera di dimissione deve contenere informazioni relative all'assistenza infermieristica post-ricovero	**B**		
21	In caso di trasferimento del paziente ad altra struttura, deve essere redatta una lettera di trasferimento e conservata copia nella cartella clinica	**A**		
22	Devono essere compilate cartelle cliniche computerizzate per ogni paziente	**C**		
23	Deve esistere una rete informatica che colleghi tra di loro i vari servizi del reparto (degenza ordinaria, degenza diurna, ambulatori,)	**C**		
24	La rete informatica del reparto deve essere collegata al laboratorio analisi, alla diagnostica per immagini, ai servizi e agli altri reparti	**C**		
25	Deve esistere ed essere applicata, all'atto del ricovero una procedura che assembli tutte le informazioni relative agli accessi precedenti.	**B**		
26	La Documentazione Infermieristica (D.I.) deve essere strutturata/formalizzata in base alle esigenze assistenziali della singola UO e deve contenere almeno la reportistica delle attività assistenziali e delle prestazioni eseguite	**A**		
27	La D.I. deve essere parte integrante della cartella clinica	**A**		
28	La D.I. deve contenere sezioni relative a: registrazione, all'ingresso e in itinere, di dati di tipo anamnestico-clinico identificazione dei bisogni assistenziali (diagnosi infermieristica) e la relativa pianificazione degli interventi	**B**		
29	La D.I. deve contenere sezioni relative a: descrizione quotidiana degli interventi di assistenza infermieristica (diario) valutazione dei risultati degli interventi di assistenza infermieristica registrazione di dati/informazioni diversi (relativi alla terapia, alla rilevazione di parametri vitali etc.)	**C**		
30	Devono esistere procedure di qualità e di adeguatezza per la compilazione e verifica periodica della D.I.	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

31	La dimissione deve essere comunicata all'utente con sufficiente anticipo *Nota:* *almeno il giorno precedente.* *Non applicabile alle U.O. ad elevato turn-over e a ciclo breve*	**A**		
32	Per i pazienti che necessitano di dimissione protetta deve essere garantita la continuità assistenziale, concordata con gli operatori del distretto di appartenenza e di tale percorso il paziente stesso deve essere informato	**A**		
33	Il paziente all'atto della dimissione deve essere informato sul programma assistenziale e sui controlli da eseguire	**A**		
34	All'atto della dimissione, il paziente che non viene dimesso a domicilio deve riceve informazioni sulle strutture in cui proseguire il trattamento post acuto	**B**		
35	Il Medico di Medicina Generale deve essere informato sugli obiettivi assistenziali raggiunti durante la degenza e sulle proposte relative agli obiettivi perseguibili dopo la dimissione, con il proseguo delle cure	**B**		
36	L'utente deve essere informato alla dimissione sulle modalità per ottenere la certificazione e la documentazione clinica	**A**		
37	Per le attività di disinfezione e sterilizzazione, sia che vengano svolte all'interno della struttura o esternalizzate, devono adottarsi specifici protocolli operativi	**A**		
38	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		
39	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
40	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
41	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
42	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

OSSE **omponenti del Nucleo di Valutazione)**

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

PUNTO NASCITA e BLOCCO PARTO

Scheda: SRic5

			SI assevera	NON si assevera
1	Deve essere prevista la possibilità di assistere due parti in contemporanea *Nota: il numero di parti assistibili contemporaneamente aumenta secondo un rapporto incrementale con il numero di parti/anno*	**A**		
2	La dotazione tecnologica degli spazi dedicati ad isola neonatale deve garantire la possibilità di poter assistere contemporaneamente due neonati	**A**		
3	Deve essere disponibile una procedura per il monitoraggio del benessere materno/fetale durante il travaglio ed il parto	**A**		
4	Deve essere 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	**C**		
5	Devono esistere ed essere seguite procedure per la gestione delle partorienti affette da patologie infettive	**A**		
6	Devono essere definite ed essere applicate le procedure per l'assistenza materno-fetale durante il travaglio ed il parto	**A**		
7	Deve essere garantita alla donna partoriente la possibilità di poter fruire della presenza di una persona di sua scelta	**A**		
8	Devono essere previste procedure per la raccolta dei dati necessari per la sorveglianza epidemiologica dell'evento parto-nascita, cosi come previsto dalle disposizioni regionali.	**A**		
9	Deve essere assistito un numero di parti non inferiore a 500 per anno e deve essere garantito l'espletamento delle funzioni collegate al primo livello assistenziale ostetrico e neonatologico previste dal decreto commissariale n. 49/2010	**A**		
10	Deve essere assistito un numero di parti non inferiore a 800 per anno e deve essere garantito l'espletamento delle funzioni collegate al secondo livello assistenziale ostetrico e neonatologico previste dalla D.G.R.C. n. 2068 del 12 novembre 2004	**B**		
11	Deve essere assistito un numero di parti non inferiore a 1000 per anno e deve essere garantito l'espletamento delle funzioni collegate al terzo livello assistenziale ostetrico e neonatologico previste dalla D.G.R.C. n. 2068 del 12 novembre 2004	**C**		
12	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
13	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
14	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri:	**C**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.			
15	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

NIDO

Scheda: SRic6

Per tale attività è richiesto anche il possesso dei requisiti previsti per l'Area di Degenza, salvo quelli che si configurano "non applicabili" in relazione alla peculiarità delle attività disciplinate dalla presente scheda.

			SI assevera	NON si assevera
1	Deve essere garantita la possibilità di assistere in urgenza un neonato/a in incubatrice provvista di capote per la somministrazione di ossigeno	**A**		
2	Devono esistere e devono essere seguite procedure per le manovre assistenziali d'emergenza	**A**		
3	Deve essere garantita la possibilità di determinare ematocrito, bilirubina e glicemia su prelievi capillari	**A**		
4	Deve essere garantita la possibilità di determinare la concentrazione di ossigeno nell'aria inspirata	**A**		
5	Deve essere garantita la possibilità di misurare la pressione arteriosa	**A**		
6	Deve essere garantita la possibilità per la madre di usufruire di spazi e presidi per la cura, la pulizia e la nutrizione del neonato	**C**		
7	Deve esistere una procedura per l'effettuazione della fototerapia	**A**		
8	Devono essere previste procedure per la raccolta dei dati necessari per la sorveglianza epidemiologica del neonato, cosi come previsto dalle disposizioni regionali.	**A**		
9	Deve essere garantita la partecipazione a programmi regionali attinenti le vaccinazioni obbligatorie, la promozione dell'allattamento al seno etc.	**A**		
10	Deve essere garantita l'applicazione di linee guida nazionali/regionali, con particolare riguardo a: esecuzione di screening, registro delle malformazioni, pratiche vaccinali etc.	**A**		
11	L'attività analitica svolta deve essere autorizzata dal Direttore Sanitario in accordo con il Responsabile del Laboratorio Analisi e aggiornata nel tempo	**A**		
12	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
13	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
14	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

15	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.			

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

REPARTO OPERATORIO

Scheda: SRic7

I seguenti requisiti devono essere posseduti anche dalle UO di Day Surgery.

			SI assevera	NON si assevera
1.	Devono essere definiti i criteri per la predisposizione del programma settimanale degli interventi elettivi per ogni sala	**A**		
2.	Devono essere disponibili procedure che definiscono l'organizzazione in caso di urgenze	**A**		
3.	Devono essere disponibili procedure per la gestione degli interventi "latex free"	**C**		
4.	Devono essere disponibili e ben in evidenza procedure di comportamento per il personale ed eventuali visitatori	**A**		
5.	Devono essere disponibili procedure per l'accettazione/gestione del paziente in sala operatoria	**A**		
6.	Deve esistere evidenza che in sala operatoria vengono effettuate indagini strumentali per valutare la presenza di gas anestetici almeno ogni 6 mesi	**A**		
7.	Deve esistere evidenza che in sala operatoria vengono effettuate indagini strumentali per valutare la classificazione particellare e microbiologica in "at rest" e in "operation" almeno annualmente	**A**		
8.	Deve esistere evidenza che in sala operatoria vengono effettuate indagini strumentali per valutare la classificazione microbiologica sulle superfici in "at rest" almeno annualmente	**B**		
9.	Deve esistere una procedura per il controllo periodico dei parametri microclimatici	**A**		
10.	Deve esistere una procedura per il controllo periodico del gradiente pressorio della sala rispetto agli ambienti confinanti	**B**		
11.	Deve esistere una procedura per il controllo periodico del "recovery time" (tempo per il ritorno in classe della sala)	**B**		
12.	Tutti i controlli sull'impianto di condizionamento devono essere effettuati in accordo con la norma serie ISO 14644 (impianti di condizionamento)	**C**		
13.	Devono esistere procedure per lo stoccaggio e la movimentazione del materiale sterile	**A**		
14	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
15	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
16	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché;	**C**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.			
17	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO (FARMACIA OSPEDALIERA)

Scheda: SRic8

			SI assevera	NON si assevera
1.	Devono essere presenti procedure documentate riferite alle principali attività di produzione galenica e controlli di qualità	**A**		
2.	Devono essere presenti e seguite procedure per la preparazione e conservazione di farmaci sterili e mescolanze infusionali, qualora effettuate	**A**		
3.	Devono essere presenti e seguite procedure per la preparazione e conservazione dei nutrienti per la nutrizione artificiale, qualora effettuata	**A**		
4.	Devono essere presenti e seguite procedure per il trasporto, lo stoccaggio e la movimentazione dei farmaci e del materiale sanitario, sterile e non sterile	**A**		
5.	Devono essere presenti e seguite procedure riferite alle attività di approvvigionamento e conservazione (temperatura, umidità) di farmaci e del materiale sanitario di competenza	**A**		
6.	Devono essere presenti e seguite procedure riferite alle attività di dispensazione dei farmaci e del restante materiale sanitario	**A**		
7.	Devono essere presenti e seguite procedure riferite alle attività culturali d'informazione ed educazione sul farmaco	**B**		
8.	Devono essere presenti e seguite procedure riferite alle attività connesse alla sperimentazione clinica	**A**		
9.	Devono essere presenti e seguite procedure riferite alle attività di Farmacovigilanza (raccolta delle segnalazioni di effetti indesiderati da farmaci e incidenti legati a dispositivi medici)	**A**		
10.	Devono essere presenti e seguite procedure riferite alle attività di analisi della prescrizione farmaceutica (indagini statistiche dei consumi ed epidemiologiche)	**B**		
11.	Devono essere presenti e seguite procedure riferite alle attività di controllo (controlli di qualità sulle preparazioni, sulle sostanze o sul materiale sanitario)	**B**		
12.	Devono essere presenti e seguite procedure riferite alle attività di ispezione agli armadi farmaceutici di reparto	**A**		
13.	Devono essere presenti e seguite procedure riferite alle attività per la gestione di prestazioni farmaceutiche d'urgenza	**A**		
14.	Devono essere presenti e seguite procedure riferite alle attività per la gestione di farmaci non in commercio in Italia	**A**		
15.	Deve esistere l'elenco dei prodotti gestiti, coerente con le esigenze terapeutiche e diagnostiche della struttura	**A**		
16.	Devono esistere procedure relative ai tempi e alle modalità di accesso alle prestazioni da parte delle altre UO della struttura	**A**		
17.	Deve esistere una procedura per le preparazioni galeniche contenente: • l'identificazione quali/quantitativa del prodotto	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	l'identificazione del richiedente • l'identificazione del paziente (richieste personalizzate) • la motivazione clinica per i prodotti per i quali è richiesta la procedura • l'eventuale sussistenza di criteri d'urgenza e priorità • la data di esecuzione della prestazione • l'identificazione dell'operatore preparatore • l'identificazione del farmacista responsabile della prestazione			
18.	Deve esistere nel Servizio di Farmacia un punto informativo, opportunamente segnalato ed organizzato, al quale gli utenti, interni ed esterni, possono fare riferimento	**C**		
19.	Devono essere disponibili e seguite procedure per la gestione di: • movimenti di magazzino in entrata ed in uscita anche ai fini dell'attività di controllo e vigilanza sui farmaci e materiali sanitari • gestione anagrafica dei centri di costo, dei fornitori e dei listini • emissione di ordini • attività di controllo (giacenza, scorta minima, scadenze, lotti di produzione) • reports mensili di consumo per centri di costo	**A**		
20.	Devono essere disponibili e seguite procedure per la manipolazione di sostanze tossiche-nocive	**A**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

fonte: http://burc.regione.campania.it

OSSE **egale rappresentate della struttura o suo dele**

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

CENTRO DIURNO DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE

Scheda: SRes1

			SI assevera	NON si assevera
1	Deve esistere un Documento scritto che definisce, in conformità alle linee guida elaborate dal DSM: • procedure formalizzate e linee guida scritte per l'accoglienza e la valutazione della domanda; • procedure per la formulazione di un programma terapeutico-riabilitativo individuale; • procedure per i rapporti con i familiari degli utenti.	**A**		
2	Devono essere previste procedure per la valutazione, verifica e monitoraggio, con specifici indicatori, dei progetti terapeutici riabilitativi.	**B**		
3	Devono essere previste procedure per interventi di inserimento sociale degli utenti.	**B**		
4	Devono essere previste procedure per sviluppare nell' équipe modalità e stili di lavoro gruppali.	**C**		
5	Devono essere previste procedure per definire i rapporti con associazioni di volontariato e di auto-aiuto.	**C**		
6	Devono essere previsti riunioni e incontri, a cadenza definita, dell'equipe inerenti la discussione dei casi clinici e la formulazione di progetti terapeutico-riabilitativi;	**C**		
7	Devono esistere procedure e protocolli organizzativi per i rapporti e i collegamenti con le altre articolazioni della UOSM e con gli altri servizi sociosanitari del territorio in caso di soggetto privato.	**A**		
8	Nel caso di strutture private (gestite dal volontariato) devono essere stipulate convenzioni e/o protocolli che garantiscono la continuità della presa in carico	**A**		
9	Deve esistere documentazione clinica scritta con aggiornamento e monitoraggio dei casi	**A**		
10	Deve essere garantita l'apertura nei giorni festivi in concomitanza di specifici programmi	**C**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

fonte: http://burc.regione.campania.it

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

DAY HOSPITAL PSICHIATRICO

Scheda: SRes2

			SI assevera	NON si assevera
1	Deve esistere un Documento scritto che definisce: • Procedure e linee guida per l'accoglienza e la valutazione della domanda; • Procedure per la formulazione e lo svolgimento del programma terapeutico-riabilitativo individuale; • Procedure per i rapporti con i familiari degli utenti; • Procedure e protocolli organizzativi per i rapporti e i collegamenti con le Unità Operative Ospedaliere.	**A**		
2	Devono essere previste procedure per la formulazione e lo svolgimento di un programma di Osservazione Breve sulle 24 ore giornaliere	**B**		
3	Devono essere previste procedure per la valutazione e verifica, con specifici indicatori, dei piani di trattamento	**B**		
4	Devono essere previste procedure per sviluppare nell'équipe modalità e stili di lavoro gruppali;	**C**		
5	Devono essere previste procedure per definire i rapporti con associazioni di volontariato e di auto-aiuto;	**C**		
6	In caso di DH collocato sul territorio in collegamento con il CSM deve essere garantito il collegamento funzionale con una struttura ospedaliera dotata di SPDC per tutte le attività di supporto al ricovero	**A**		
7	Devono esistere procedure e protocolli organizzativi per i rapporti e i collegamenti con le altre articolazioni della UOSM e con gli altri servizi sociosanitari del territorio in caso di soggetto privato.	**A**		
8	Deve esistere una cartella clinica con aggiornamento e monitoraggio dei casi	**A**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

fonte: http://burc.regione.campania.it

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

RESIDENZE SANITARIE
a ciclo continuativo e/o diurno

Scheda: SRes3

			SI assevera	NON si assevera
1	Deve essere fornita all'utente una Guida ai Servizi	**A**		
2	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	**A**		
3	La Guida deve contenere informazioni riguardanti: • Nome e cognome del responsabile della residenza • Elenco delle prestazioni erogabili • Modalità di accesso • Orari di accesso • Orari per il rilascio di eventuali referti all'interessato o al familiare delegato	**A**		
4	La Guida deve contenere, inoltre, informazioni riguardanti i tempi massimi di attesa, i costi eventualmente a carico dell'utente e le relative modalità di pagamento	**A**		
5	Deve essere garantito ai familiari l'accesso alla struttura durante il giorno e la notte in caso di necessità, compatibilmente con le esigenze di assistenza e cura degli ospiti	**A**		
6	Deve essere garantita la possibilità di socializzazione e di attività creativa per l'utenza	**A**		
7	Deve essere garantita all'utenza la possibilità di effettuare terapie occupazionali, di riattivazione, di mantenimento	**B**		
8	Deve essere garantita la possibilità di segnalare tempestivamente le situazioni che richiedono interventi di emergenza da tutti i locali di cui usufruisce l'utenza	**A**		
9	Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza	**A**		
10	Devono essere previste procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli ospiti	**A**		
11	La struttura deve prevedere modalità di custodia valori e beni personali	**B**		
12	Ai fini della prevenzione degli infortuni deve essere garantito il controllo della temperatura dell'acqua usata dall'utenza	**A**		
13	Devono esistere ed essere seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente	**A**		
14	Devono esistere ed essere seguite procedure relative alla corretta conservazione/gestione/utilizzo dei dispositivi medici nell'ambito delle attività di visita e medicazione	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	***dispositivo medico**: qualsiasi strumento o sostanza che viene a contatto con l'uomo*			
15	Per ciascun ospite deve essere redatta una cartella clinica in cui ogni operatore annota cure e trattamenti	**A**		
16	Deve esistere una documentazione attestante le relazioni intercorrenti tra la struttura e il responsabile della presa in carico per ciascun ospite	**A**		
17	Devono essere garantite, nella struttura, prestazioni specialistiche agli ospiti e devono essere previste procedure per il trasporto, l'accompagnamento e l'eventuale assistenza per la fruizione di prestazioni sanitarie all'esterno	**A**		
18	In caso di ricovero in ospedale per acuti, l'ospite deve essere accompagnato da una sintesi clinica e devono essere mantenuti i rapporti durante il periodo di ricovero	**A**		
19	Deve esistere ed essere seguita 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 deve prevedere l'attivazione dei competenti organi degli Enti Pubblici per quanto concerne la fornitura dei materiali e la continuità assistenziale	**A**		
20	Deve esistere una documentazione della gestione delle liste d'attesa	**A**		
21	Deve esistere ed essere seguita una procedura scritta relative all'accoglienza, registrazione e informazione di pazienti e familiari	**B**		
22	Deve essere chiaramente formalizzata la procedura che consente all'utente (o ai familiari aventi diritto) di ottenere informazioni sulle sue condizioni	**A**		
23	I Medici di Medicina Generale, quando previsto, devono garantire la presenza coordinata all'interno della struttura con le modalità previste dall'Accordo Integrativo Regionale	**A**		
24	Devono essere presenti e applicate procedure per la gestione delle emergenze	**A**		
25	Deve esistere ed essere seguita una procedura per le richieste di visite specialistiche	**A**		
26	Devono esistere ed essere seguite procedure scritte per • il bagno e la doccia • l'igiene orale • l'igiene a letto	**A**		
27	Devono esistere ed essere seguite procedure per la somministrazione di farmaci	**A**		
28	La distribuzione e somministrazione di farmaci deve essere eseguita da un infermiere professionale	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

29	[illegible]icazione e sensoriali degli ospiti devono essere riportati in cartella	**A**		
30	Devono essere presenti ed essere seguite procedure scritte per la prevenzione e il trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale	**A**		
31	Devono essere predisposti programmi individuali di addestramento alla continenza e di accompagnamento alla toilette	**B**		
32	Deve essere garantita l'attività di podologia	**C**		
33	Devono esistere ed essere applicate procedure per la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito	**A**		
34	Il decorso delle piaghe da decubito deve essere monitorato regolarmente in cartella	**A**		
35	Il personale di assistenza deve essere specificamente addestrato alla prevenzione e al trattamento dei decubiti con formazione documentata	**A**		
36	Devono esistere ed essere applicate procedure per il controllo delle infezioni negli ospiti a rischio (es cateterizzati e tracheostomizzati)	**A**		
37	Volontari e parenti devono essere addestrati a facilitare i movimenti degli ospiti	**C**		
38	I familiari devono essere addestrati al nursing prima della dimissione	**B**		
39	In cartella devono essere registrate informazioni sui problemi sociali dell'ospite e della famiglia	**B**		
40	Deve essere possibile scegliere in anticipo tra diversi menù	**B**		
41	Deve essere possibile offrire diete speciali personalizzate per ospiti con esigenze particolari (patologie, intolleranze, etc.) previa consulenza e controllo dietologico dell'ASL	**A**		
42	I pasti devono serviti a giusta temperatura	**A**		
43	Deve essere consentito agli ospiti di tenere nelle loro stanze oggetti personali	**A**		
44	Deve essere possibile l'utilizzo di un televisore in camera	**B**		
45	Ad ogni ospite deve essere garantita la sistemazione dei propri indumenti in un guardaroba personale	**A**		
46	Gli indumenti personali devono essere identificati quando sono mandati in lavanderia	**A**		
47	Devono esistere protocolli interni per un corretto lavaggio degli effetti letterecci e degli indumenti (se la lavanderia non è esternalizzata)	**A**		
48	Deve essere disponibile nella struttura un barbiere-parrucchiera almeno una volta alla settimana	**A**		
49	Deve essere garantita l'assistenza spirituale e religiosa secondo la confessione degli ospiti	**A**		
50	Devono essere disponibili ed applicate linee guida, periodicamente revisionate, che orientano il personale nelle attività abitualmente espletate	**B**		
51	Deve essere effettuata periodicamente la revisione del	**B**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	e delle linee guida			
52	Devono essere utilizzate scale di valutazione adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità presenti	**A**		
53	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	**B**		
54	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. *Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)*	**B**		
55	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento.	**C**		
56	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.	**C**		
57	Possono essere intrattenute, per le strutture private, rapporti libero professionali esulanti il rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta, con l'esclusione del personale con compiti di direzione, per il quale va comunque instaurato un rapporto di lavoro dipendente. Tale obbligo non riguarda i casi in cui i soggetti aventi compiti di direzione sanitaria rivestano la qualità di titolare, legale rappresentante o socio della struttura sanitaria. Per tali soggetti, in ogni caso, è fatto divieto di esercitare detti compiti presso più di una struttura. Dall'obbligo del rapporto di dipendenza fino al 28% del personale globalmente destinato all'assistenza diretta sono esentate le strutture con dotazioni pari o inferiori a cinque unità lavorative.	**A**		
58	Devono essere svolte indagini sulla soddisfazione dell'utenza a scadenze periodiche (almeno una volta l'anno) e devono esistere procedure formalizzate o protocolli organizzativi per disciplinare le relazioni con il volontariato e il privato sociale al fine di garantire prestazioni anche non sanitarie legate all'autonomia e autodeterminazione delle persone ospitate (frequenza ad attività sociali, tempo libero, scuola, ecc)	**B**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Inoltre per le RSA per anziani non autosufficienti a ciclo continuativo e/o diurno

			SI assevera	NON si assevera
1	Non possono essere ammessi ospiti senza la previa valutazione multidimensionale dell'UVI con l'espressa indicazione dell'indice di complessità assistenziale e la redazione del progetto sociosanitario personalizzato	**A**		
2	Nelle ammissioni devono essere osservati, a parità di gravità ed urgenza e tenendo conto della libera scelta del cittadino e delle migliori possibilità di salvaguardare le sue relazioni sociali, i criteri di riferimento stabiliti al punto 2.3 della DGRC 2006 del 5.11. 2004 e s.m.i.	**A**		
3	Deve essere presente **il piano esecutivo,** concordato tra l'UVI e la struttura individuata per eseguire il ricovero o la prestazione, declinato in: - azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate; - quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati; - durata complessiva del piano; - strumenti, scadenze e metodi della verifica del piano, in itinere ed ex-post.	**A**		
4	Deve essere previsto l'uso dei seguenti strumenti operativi, adeguatamente strutturati: 1. cartella personale; 2. registro degli ospiti; 3. registro delle consegne; 4. diario delle attività collettive; 5. regolamento interno	**A**		
5	Devono essere svolte attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo	**A**		
6	Deve essere prevista la consulenza protesica	**A**		
7	Devono esistere programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti	**A**		
8	Per i requisiti organizzativi e di personale devono essere utilizzati i parametri di cui alla D.R.G.C. 2006 del 5.11.2004	A		

- Inoltre per le RSA per anziani non autosufficienti ***Modulo demenza***

1	Devono esistere ed essere eseguite prestazioni di sostegno psicologico agli ospiti attraverso tecniche psicologiche di orientamento cognitivo e di riattivazione e concorso nella verifica dell'attuazione del progetto individuale	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Inoltre per le RSA per disabili non autosufficienti a ciclo continuativo e/o diurno

			SI assevera	NON si assevera
1	Non possono essere ammessi ospiti senza la previa valutazione multidimensionale dell'UVI con l'espressa indicazione dell'indice di complessità assistenziale e la redazione del progetto sociosanitario personalizzato	**A**		
2	Nelle ammissioni devono essere osservati, a parità di gravità ed urgenza e tenendo conto della libera scelta del cittadino e delle migliori possibilità di salvaguardare le sue relazioni sociali, i criteri di riferimento stabiliti al punto 2.3 della DGRC 2006/2004 e s.m.i.	**A**		
3	Deve essere presente **il piano esecutivo,** concordato tra l'UVI e la struttura individuata per eseguire il ricovero o la prestazione, declinato in: - azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate; - quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati; - durata complessiva del piano; - strumenti, scadenze e metodi della verifica del piano, in itinere ed ex-post.	**A**		
4	Deve essere previsto l'uso dei seguenti strumenti operativi, adeguatamente strutturati: 1. cartella personale; 2. registro degli ospiti; 3. registro delle consegne; 4. diario delle attività collettive; 5. regolamento interno	**A**		
5	Deve essere prevista la consulenza protesica	**A**		
6	Devono essere svolte attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo	**A**		
7	Devono esistere programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti	**A**		
8	Devono essere erogate prestazioni riabilitative di mantenimento e di terapia occupazionale	**A**		
9	Deve essere adottato un sistema di misure per facilitare l'orientamento con dispositivi ottici e sonori per la fruizione dei percorsi ai non udenti e non vedenti	**C**		
10	Per i requisiti organizzativi e di personale devono essere utilizzati i parametri di cui alla D.R.G.C. 2006 del 5.11.2004 e del decreto commissariale n. 6 del 4/2/2010 e s.m.i.	A		

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Inoltre per Residenze Sanitarie di riabilitazione estensiva di soggetti portatori di disabilità fisica, psichica e sensoriale a ciclo continuativo e/o diurno

			SI assevera	NON si assevera
1	Non possono essere ammessi ospiti senza la previa valutazione multidimensionale dell'Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UVBR) con l'espressa indicazione dell'indice di complessità assistenziale e la redazione del progetto riabilitativo	**A**		
2	Deve essere presente il piano esecutivo**,** concordato tra l'UVBR e l'équipe della struttura individuata per eseguire il ricovero o la prestazione, declinato in: - azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate; - durata complessiva del piano; - strumenti, scadenze e metodi della verifica del piano, in itinere ed ex-post.	**A**		
3	Deve essere prevista la consulenza protesica	**A**		
4	Devono esistere procedure per le attività riabilitative	**A**		
5	Devono essere svolte attività di rieducazione funzionale e terapie di riattivazione in modo codificato e continuativo	**A**		
6	Deve essere previsto l'utilizzo di scale di valutazione adeguate alla tipologia di menomazioni e disabilità presenti	**A**		
7	Deve essere adottato un sistema di misure per facilitare l'orientamento con dispositivi ottici e sonori per la fruizione dei percorsi ai non udenti e non vedenti	**C**		
8	Il carico di lavoro per ogni singolo operatore deve essere definito utilizzando i parametri di cui alla D.G.R.C. n. 6757 del 31.07.96 e succ. mod. ed int.	**A**		
9	Devono essere redatte statistiche annuali sull'efficacia delle prestazioni nel conseguimento dell'autonomia degli utenti	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

- Indirizzo per le Strutture Residenziali Psichiatriche SS.II.RR. a ciclo continuativo e/o diurno

			SI assevera	NON si assevera
1	Deve esistere di un Documento scritto, in conformità agli obiettivi e alle linee-guida programmatiche elaborate dalla Direzione del DSM, che definisce: - Procedure formalizzate e linee guida scritte per l'accoglienza e la valutazione della domanda; - Procedure per la formulazione di un programma terapeutico-riabilitativo individuale; - Procedure per i rapporti con i familiari degli utenti	**A**		
2	Devono essere previste procedure per la valutazione, verifica e monitoraggio, con specifici indicatori, dei piani di trattamento	**B**		
3	Devono essere previste procedure per interventi di inserimento sociale degli utenti	**C**		
4	Devono essere previste procedure per sviluppare nell'équipe modalità e stili di lavoro gruppali	**C**		
5	Devono essere previste procedure per definire i rapporti con associazioni di volontariato e di auto-aiuto.	**C**		
6	Devono essere previste procedure per i rapporti con i medici di medicina generale.	**B**		
7	Deve esistere documentazione clinica scritta con aggiornamento e monitoraggio dei casi	**A**		
8	Devono esistere procedure e protocolli organizzativi per i rapporti e i collegamenti con con il DSM, le altre articolazioni della UOSM e con gli altri servizi sociosanitari del territorio che definiscano, in caso di gestione da parte del privato sociale o imprenditoriale, le modalità di controllo degli ingressi e delle dimissioni	**A**		
9	Devono esistere programmi di incoraggiamento alla cura di sé appropriati alle condizioni dei pazienti	**A**		
10	Devono essere erogate prestazioni riabilitative di mantenimento e di terapia occupazionale	**A**		
11	Deve essere 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	**A**		
12	Deve essere organizzata e facilitata l'attività di un gruppo di sostegno per i familiari	**B**		
13	Devono esistere procedure per l'attività riabilitativa di base	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

14	Devono essere previste procedure per: - l'uso di contenzione fisica - l'uso di psicofarmaci - la protezione degli ospiti con problemi comportamentali dal rischio di cadute e traumi - l'assunzione di liquidi e l'alimentazione - i bisogni specifici dei pazienti con difficoltà cognitive			

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

fonte: http://burc.regione.campania.it

OSSE **egale rappresentate della struttura o suo dele**

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

CENTRI RESIDENZIALI CURE PALLIATIVE (HOSPICE)

Scheda: SRes4

			SI assevera	NON si assevera
1	Deve esistere formalizzazione scritta dei criteri e delle procedure di accesso e/o trasferimento dei pazienti che coinvolgono almeno: • le strutture di ricovero per acuti • i servizi territoriali • le residenze sanitarie e socio-sanitarie	**A**		
2	Deve esistere formulazione scritta delle procedure di collegamento con i Servizi di Assistenza Domiciliare	**A**		
3	Deve esistere ed essere seguito un protocollo di accettazione diretta del paziente	**B**		
4	Devono esistere ed essere seguiti protocolli per la presa in carico del paziente	**A**		
5	Devono essere definiti i criteri per la formulazione del programma terapeutico-assistenziale individualizzato	**B**		
6	La valutazione multidisciplinare del paziente deve essere effettuata con strumenti di misura e monitoraggio adeguati (schede, scale, test)	**B**		
7	Devono esistere ed essere seguiti protocolli diagnostico-terapeutici per il: • trattamento del dolore • trattamento della nausea e del vomito • trattamento della dispnea • trattamento dell'occlusione intestinale • trattamento dell'edema polmonare acuto	**A**		
8	Devono esistere ed essere seguiti protocolli assistenziali per: • il trattamento della stipsi • la gestione dell'incontinenza • la gestione del catetere vescicale • la gestione degli accessi intravascolari • la gestione del paziente privo di conoscenza • la prevenzione e il trattamento dei decubiti • la medicazione di lesioni cutanee e mucose ulcerate • l'igiene del cavo orale • l'idratazione per os • la comunicazione (ascolto, relazione d'aiuto etc.)	**B**		
9	Devono esistere ed essere seguiti protocolli scritti per le seguenti attività assistenziali: • igiene del malato • mobilizzazione • alimentazione	**C**		
10	Deve essere definito ed applicato un protocollo di comunicazione con il paziente e con i familiari o altre persone di riferimento	**B**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

11	[illegible] e applicato un protocollo di preparazione e supporto del lutto	[illegible]		
12	Devono esistere ed essere seguiti protocolli per la dimissione del paziente	**A**		
13	Devono esistere ed 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	**A**		
14	Deve essere definito ed attuato un programma di supporto per la prevenzione della sindrome da burn-out negli operatori	**A**		
15	Devono essere formalizzate le attività di accoglienza ed utilizzo nella struttura di volontari organizzati ed appositamente formati	**C**		
16	Deve essere attuato un programma di audit clinico strutturato con incontri mensili	**C**		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it

STRUTTURE RESIDENZIALI PER TOSSICODIPENDENTI

Scheda: Sres5

I sotto elencati requisiti si applicano a:

- Servizi di Accoglienza
- Servizi Terapeutico-Riabilitativi
- Servizi di Trattamento specialistici
- Servizi Pedagogico-riabilitativi

			SI assevera	NON si assevera
1	Deve essere fornita all'utente una Guida ai Servizi	**A**		
2	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	**A**		
3	La Guida deve contenere informazioni riguardanti: • Nome e cognome del responsabile della struttura • Elenco delle prestazioni erogabili • Modalità di accesso • Orari di accesso • Orari per il rilascio di eventuali referti	**A**		
4	La Guida deve contenere informazioni riguardanti i tempi massimi di attesa;	**A**		
5	Devono essere redatte e seguite procedure per la definizione delle modalità e dei criteri di ammissione e di dimissione	**A**		
6	Deve esiste un elenco delle attività educative e riabilitative regolarmente svolte	**A**		
7	Ad esclusione dei Servizi di Accoglienza, per ciascun ospite deve essere formulato e realizzato un progetto terapeutico-riabilitativo.	**A**		
8	Ciascun progetto terapeutico-riabilitativo deve ispirarsi ai criteri ed obiettivi generali fissati, in particolare: • Rispetta i fondamentali diritti della persona ed esclude nelle diverse fasi dell'intervento ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale • Promuove il raggiungimento di uno stato di maturità e di autonomia Descrive la metodologia degli interventi	**A**		
9	Devono essere definite le regole di vita comunitaria, anche al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive	**A**		
10	Devono essere svolte attività formativo/occupazionali volte recupero scolastico, laddove indicato.	**B**		
11	Devono essere svolte attività formativo/occupazionali: corsi di formazione professionale e attività lavorative, laddove indicato.	**B**		
12	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	**A**		
13	Per le strutture private le dotazioni di personale devono essere definite sulla base degli standard previsti dall'art. 17 dell'atto di intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999, pubblicato in G.U. 01.10.1999 n. 231	**A**		
14	Devono essere svolte attività di socializzazione: attività ricreative, sportive e culturali individuali e di gruppo	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

	Deve essere garantita l'attività riguardante il contatto con utenti non presi in carico presenti sul territorio sul quale insiste il servizio, attraverso:			
15	Unità di strada;	**A**		
16	Gruppi di auto muto-aiuto;	**A**		
17	Centri di ascolto che promuovono anche nell'ambito della propria comunità locale, attività di sensibilizzazione e di informazione, attività di orientamento all'utilizzo dei servizi, call center, attività di counseling;	**C**		

Inoltre per i Servizi di Accoglienza:

18	Devono essere organizzati in moduli, di piccole dimensioni non superiori a 30 posti residenziali e/o semiresidenziali;	**A**		
19	Devono accogliere pazienti non selezionati, anche sottoposti a trattamenti farmacologici, di durata non superiore a novanta giorni	**A**		
20	Devono essere predisposte ed applicate procedure per la valutazione dello stato di salute generale della persona accolta, compresa la diagnosi delle patologie infettive correlate alla tossicodipendenza e o all'alcolismo;	**A**		
21	Devono essere predisposte ed applicate procedure per iniziare a motivare la persona accolta e a intraprendere un programma terapeutico complessivo individuando il centro più idoneo allo svolgimento dello stesso;	**A**		
22	Devono essere predisposte ed applicate procedure per fornire consulenza e supporto psicologico e attività di mutuo auto-aiuto; per effettuare colloqui di orientamento e di sostegno alle famiglie;	**A**		
23	Devono essere predisposte ed applicate procedure per garantire il supporto medico generale per le problematiche sanitarie presenti nel periodo di permanenza nella struttura e per le eventuali terapie farmacologiche	**A**		

Inoltre per i Servizi terapeutico-riabilitativi

24	Devono essere organizzati in moduli, di piccole dimensioni non superiori a 30 posti residenziali e/o semiresidenziali;	**A**		
25	Devono accogliere pazienti con caratteristiche predefinite, che non assumono sostanze d'abuso; ove ritenuti idonei al programma e, comunque, in assenza di controindicazioni, devono accogliere anche pazienti sottoposti a trattamenti farmacologici sostitutivi.	**A**		
26	Devono essere definite ed applicate procedure per la valutazione diagnostica multidisciplinare;	**A**		
27	Deve essere predisposto ed attuato un programma terapeutico, personalizzato, di durata non superiore a diciotto mesi, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche;	**A**		
28	Devono essere predisposte ed applicate procedure per la consulenza e il supporto psicologico individuale e o di gruppo.	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

29	Devono essere svolte attività di psicoterapia strutturata, individuale e di gruppo, anche per le famiglie, con cadenza adeguata alle necessità dei singoli utenti;	**A**		
30	Devono essere predisposte ed applicate procedure per la gestione delle problematiche mediche generali, adeguate alla tipologia e gravità delle condizioni cliniche dei singoli pazienti e, comunque con disponibilità di personale per almeno tre ore alla settimana	**A**		

Inoltre per i Servizi di trattamento specialistici

31	Devono essere organizzati in un solo modulo di massimo 10 posti residenziali o semiresidenziali.	**A**		
32	Devono accogliere pazienti con caratteristiche predefinite che presentano particolare problematicità di gestione e/o di trattamento medico/psicoterapeutico (es. psichiatrici, donne in gravidanza o puerperio, ecc.) per una durata massima di 18 mesi.	**A**		
33	Devono essere definite ed applicate procedure per la valutazione diagnostica multidisciplinare;	**A**		
34	Devono essere definite ed applicate procedure per la gestione delle problematiche specialistiche (di tipo medico e non), anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio	**A**		
	Laddove non controindicati:			
35	Deve essere predisposto ed attuato un programma terapeutico, personalizzato, di durata non superiore a diciotto mesi, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche;	**A**		
36	Devono essere predisposte ed applicate procedure per la consulenza e il supporto psicologico individuale e o di gruppo.	**A**		
37	Devono essere svolte attività di psicoterapia strutturata, individuale e di gruppo, anche per le famiglie, con cadenza adeguata alle necessità dei singoli utenti;	**A**		
38	Devono essere predisposte ed applicate procedure per la gestione delle problematiche mediche generali, adeguate alla tipologia e gravità delle condizioni cliniche dei singoli pazienti e, comunque con disponibilità di personale per almeno tre ore alla settimana	**A**		

Inoltre per i Servizi pedagogici riabilitativi

39	Devono essere organizzati in moduli di piccole dimensioni non superiori a 8 posti residenziali.	**A**		
40	Devono accogliere persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi	**A**		
41	Devono essere definite ed applicate procedure per la valutazione diagnostica multidisciplinare	**A**		
42	Deve esistere ed essere svolto un programma pedagogico/riabilitativo predefinito e personalizzato, di durata non superiore a trenta mesi con obiettivo centrato sul ripristino delle capacità di integrazione sociale e sul miglioramento della vita di relazione e metodologia di tipo pedagogico-educativo, con relativo monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente;	**A**		
43	Devono essere definite e applicate procedure per la consulenza e supporto psicologico individuale e/o di gruppo, effettuati in maniera continuativa;	**A**		

fonte: http://burc.regione.campania.it

44	[illegible]ite e applicate procedure per il supporto me[illegible] pe[illegible] le problematiche sanitarie presenti nel periodo di osservazione	[illegible]		

OSSERVAZIONI (rese dai componenti del Nucleo di Valutazione)

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

Firma e timbro del Legale Rappresentante o suo delegato

Firma e timbro dei Componenti del Nucleo

fonte: http://burc.regione.campania.it