



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Direzione Generale della Sanità

Servizio Assistenza Ospedaliera, Residenziale, Riabilitativa ed Autorizzazioni e Accreditamenti delle strutture sanitarie e socio sanitarie

URGENZA-EMERGENZA

Requisiti Ulteriori Accreditamento

Clinical Competence

PREMESSA

L'accreditamento delle nuove Strutture Sanitarie destinate all'attività di: Pronto Soccorso, Osservazione Breve Intensiva, Terapia Semintensiva Terapia Intensiva e Rianimazione prevede il mantenimento delle "Clinical Competence" secondo quanto indicato nella relativa scheda di valutazione. Gli stessi requisiti non sono immediatamente applicabili alle strutture esistenti, le quali dovranno presentare un programma ed una tempistica di adeguamento.

Si precisa che la formazione permanente deve comprendere un programma di attività educative finalizzate all'aggiornamento continuo degli standards professionali ed al mantenimento della competenza clinica.

REQUISITI DI CLINICAL COMPETENCE

	Requisito	SI	NO
1.	I responsabili di strutture organizzative complesse e semplici possiedono le competenze di tipo manageriale per la gestione dell' UO.		

	Competenza Clinica Di Base	SI	NO
2.	Il percorso formativo richiesto al Medico di PS, Terapia Intensiva e Semi-intensiva, OBI, ecc, è stato completato entro 2 anni dalla data di assunzione (entro 3 anni per gli organici superiori alle 10 unità)		
3.	Sono certificate e adeguatamente verificate le competenze professionali per:		
	a. eseguire la rianimazione cardio-polmonare di base ed avanzata, compresa la gestione delle vie aeree e degli accessi venosi centrali		
	b. il riconoscimento e il trattamento delle più frequenti situazioni di arresto cardiaco		
	c. la corretta gestione e stabilizzazione del trauma nei vari gradi di severità		
	d. la gestione e il trattamento del paziente intossicato		
	e. la interpretazione ECG e il trattamento delle aritmie più importanti		
	f. la interpretazione dell'emogasanalisi e la correzione dei disturbi acido-base		
	g. il superamento dei corsi di BLSD, PBLSD, ALS, PTC/PHTLS e/o ATLS		
	h. il superamento di un corso di Tossicologia di base		
	i. la frequenza di un corso di Elettrocardiografia oppure un audit clinico di almeno 50 tracciati ECG (secondo protocolli stabiliti)		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

		SI	NO
4.	I medici con incarichi a tempo determinato: sono in possesso di un curriculum formativo a ed hanno effettuato un colloquio attitudinale su elementi attinenti la disciplina		
5.	L'infermiere che opera presso la struttura di Emergenza-Urgenza deve acquisire entro 3 anni dalla assunzione o dalla destinazione all'U.O, la seguente formazione specifica:		
	a. corso ALS, BLSD, PBLSD		
	b. corso di TRIAGE		
	c. corso di Elettrocardiografia di base ed aritmie		
	d. corso sulla mobilitazione/immobilizzazione dei traumi		
	e. corso di informatica di base (nelle realtà informatizzate)		
6.	L'OSS che opera presso la struttura di Emergenza-Urgenza deve acquisire entro 3 anni dalla assunzione o dalla destinazione all'U.O, la seguente formazione specifica:	SI	NO
	a. corso BLSD		
	b. corso corretta movimentazione dei carichi		
7.	L'autista che opera presso la struttura di Emergenza-Urgenza deve acquisire entro 3 anni dalla assunzione o dalla destinazione all'U.O, la seguente formazione specifica.	SI	NO
	a. Corso " guida sicura "		

	REQUISITI DI FORMAZIONE CONTINUA E MANTENIMENTO DELLA COMPETENZA CLINICA	SI	NO
8.	Esiste un piano pluriennale per il mantenimento della competenza clinica per il personale medico		
9.	Esiste un piano pluriennale per il mantenimento della competenza clinica per il personale infermieristico		
10.	Esiste ed è applicato un piano per il mantenimento delle competenze assistenziali mediante la rotazione del personale nelle varie strutture di PS,OBI, Terapia Intensiva e semi-Intensiva		

	REQUISITI DI APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA	SI	NO
11.	Nell' Area di Emergenza sono applicate linee guida e procedure aggiornate per :		
	a. la gestione in autonomia del trauma (compreso il trauma cranico minore anche con l'utilizzo del teleconsulto)		
	b. la gestione del Trauma Chiuso toracico/addominale, le fratture instabili complesse di bacino e/o con traumi penetranti degli arti,		
	c. la gestione delle Instabilità Emodinamiche		
	d. la gestione della Sindrome Coronarica Acuta e l'organizzazione per il trasferimento presso l'UO Cardiologica di riferimento		
	e. la gestione temporanea dello Stroke e l'organizzazione per il trasferimento presso la UO Stroke Unità di riferimento		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

f.	la gestione delle emergenze Coagulopeniche		
g.	la gestione delle insufficienza renale acuta e l'organizzazione per il trasferimento presso il Centro Dialisi di riferimento		
h.	la gestione della insufficienza respiratoria acuta e di stress respiratorio e l'organizzazione per il trasferimento presso il centro di riferimento		
i.	la gestione dell'avvelenamento acuto		
j.	la gestione delle intossicazioni acute e dipendenze		
k.	la gestione temporanea delle ustioni e l'organizzazione per il trasferimento presso il Centro Ustionati di riferimento		
l.	la gestione della mielolesione e l'organizzazione per il trasferimento presso la UO di riferimento		
m.	La gestione delle emergenze pediatriche e neonatologiche		
n.	la gestione del paziente psichiatrico o la consulenza concordata con il Dipartimento di Salute mentale del territorio di riferimento e l'organizzazione per il trasferimento presso la DPCMD di riferimento		
o.	Il Buon Uso del Sangue e la gestione in condizioni di emergenza e urgenza		
p.	la consulenza per la diagnostica per immagini (RX, TAC, RM)		
q.	il Trasferimento del Paziente Critico		
r.	Il Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

IL SOTTOSCRITTO D I C H I A R A
il mancato possesso dei seguenti requisiti e ne giustifica il motivo

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso	Tempistica di risoluzione



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

IL SOTTOSCRITTO D I C H I A R A
altresì l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze che le false attestazioni comportano sotto l'aspetto penale, civile ed amministrativo in caso di false dichiarazioni, certifica che la struttura di cui è responsabile alla data odierna sia in possesso dei requisiti sopra elencati.

In fede

(firma del dichiarante)



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

NOTE

--

Luogo e data _____

(Funzionari incaricati)

(firma del Titolare per presa visione)
