



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

REQUISITI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI

LIVELLO DI ASSISTENZA: SPECIALISTICA AMBULATORIALE

prestazioni specialistiche, terapeutiche e riabilitative,
di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale

REQUISITI ULTERIORI DI QUALITA' SPECIFICI

| | ACCESSO DEI PAZIENTI | SI | NO |
|----|---|----|----|
| 1. | L'accesso alle prestazioni avviene secondo criteri di priorità definita sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza. | | |
| | Vengono utilizzati criteri e modalità regolamentate per la gestione del processo di ammissione. | | |
| | Sono definiti i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche. | | |
| | Le modalità e i tempi di accesso alle prestazioni tengono conto della valutazione del livello di priorità assistenziale esplicitamente definito. | | |
| | Viene verificato periodicamente il rispetto dei criteri di accesso ai servizi secondo principi di priorità clinica. | | |
| 2. | L'organizzazione attua iniziative per facilitare l'accesso degli utenti alle prestazioni e per ridurre le barriere - di comunicazione o di altro genere - che possono influenzare negativamente la possibilità di fruizione dei servizi. | | |
| 3. | Vengono date informazioni agli utenti ed ai servizi territoriali di assistenza primaria su servizi erogati, orari, procedure di accesso. | | |
| 4. | Viene data la possibilità di prenotazione delle prestazioni, sia direttamente presso i punti di prenotazione sia telefonicamente. | | |
| 5. | Vengono date informazioni agli utenti, al momento della prenotazione delle prestazioni, sui tempi di attesa, sulle modalità di preparazione per la fruizione delle prestazioni e circa la possibilità di richiedere le medesime prestazioni presso altri erogatori accreditati dal Servizio sanitario locale. | | |
| 6. | Esiste una idonea segnaletica all'esterno dell'edificio, lungo i percorsi e all'ingresso degli ambulatori di destinazione per facilitare l'accesso. | | |

| | QUALITA' E SICUREZZA DELL'ASSISTENZA AI PAZIENTI | SI | NO |
|-----|---|----|----|
| 7. | Le attività diagnostiche e terapeutiche vengono realizzate secondo criteri di efficacia, appropriatezza e sicurezza. | | |
| 8. | Vengono definiti, attuati e monitorati specifici obiettivi concernenti la sicurezza e la qualità - in termini di efficacia e appropriatezza - dell'assistenza. | | |
| 9. | Vengono utilizzati specifici strumenti (quali ad esempio: linee guida, profili assistenziali, protocolli, etc.) per assicurare l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi; | | |
| 10. | Il personale è istruito e attua le misure per la prevenzione ed il monitoraggio dei principali rischi connessi alle specifiche attività assistenziali; | | |
| 11. | Viene effettuata la rilevazione degli eventi avversi - o potenzialmente tali - che rappresentano un rischio per i pazienti. | | |



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

| | TUTELA DEI DIRITTI E RISPETTO DELLA DIGNITÀ DEI PAZIENTI | SI | NO |
|-----|--|-----------|-----------|
| 12. | L'organizzazione garantisce a tutti i pazienti il diritto ad avere informazioni sul proprio stato di salute, sui programmi assistenziali e sull'accesso alla documentazione sanitaria. | | |
| 13. | Sono identificati i soggetti tenuti a fornire le informazioni ai pazienti. | | |
| 14. | Sono fornite informazioni sulle modalità di accesso alla documentazione. | | |
| 15. | Il consenso informato è raccolto da personale competente mediante un processo definito dall'organizzazione col quale vengono fornite al paziente le informazioni necessarie all'espressione consapevole del consenso preliminare all'effettuazione di procedure diagnostiche o terapeutiche caratterizzate da invasività o potenziale rischio. | | |
| 16. | Viene registrato nella documentazione sanitaria il nominativo del professionista che ha fornito le informazioni ed ha raccolto il consenso informato. | | |
| 17. | L'organizzazione si impegna a garantire ai pazienti la tutela della privacy, il rispetto delle convinzioni religiose e spirituali, la dignità personale e la tutela delle condizioni di fragilità. | | |
| 18. | La privacy è riconosciuta come un diritto del paziente e sono definite linee di comportamento per rispettarla. | | |
| 19. | La privacy del paziente viene rispettata in tutti i casi di esami, procedure e trattamenti; | | |
| 20. | Sono definite e vengono osservate modalità organizzative ed operative esplicitate al fine di assicurare, per quanto possibile, il rispetto delle convinzioni religiose e spirituali dei pazienti. | | |
| 21. | Sono state definite e vengono osservate linee di comportamento esplicite per assicurare la necessaria tutela, in termini di assistenza e di rispetto della dignità personale, ai soggetti che si trovano in situazioni di fragilità. | | |

| | COORDINAMENTO E CONTINUITÀ DELLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI | SI | NO |
|-----|--|-----------|-----------|
| 22. | Esistono modalità definite per assicurare il coordinamento e la continuità delle attività assistenziali. | | |
| 23. | Sono adottati strumenti per assicurare l'integrazione delle attività di assistenza all'interno dell'organizzazione. | | |
| 24. | Alla conclusione delle prestazioni viene consegnata al paziente (o eventualmente trasmessa ai livelli successivi di assistenza) una relazione/referto contenente informazioni rispetto alle prestazioni erogate. | | |
| 25. | Vengono fornite le indicazioni ed il supporto necessari per consentire la continuità assistenziale | | |
| 26. | Nel caso di referti/relazioni redatti in tempi successivi, la data di consegna dei referti/relazioni stessi viene comunicata ai pazienti al momento della conclusione delle prestazioni (o, nel caso di prestazioni di diagnostica per immagini, al momento della prenotazione della prestazione). | | |
| 27. | Alla conclusione delle prestazioni, vengono fornite al paziente, se necessario in forma scritta, indicazioni rispetto ad eventuali effetti collaterali prevedibili (es. dolore, sanguinamento, limitazioni funzionali) connessi alle prestazioni effettuate. | | |



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)
