

**REQUISITI DI ACCREDITAMENTO
DEI PROCESSI ASSISTENZIALI****LIVELLO DI ASSISTENZA: TERRITORIALE – RESIDENZIALE –
SEMIRESIDENZIALE – AMBULATORIALE – DOMICILIARE****Prestazioni assistenziali a:**

persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale

Il processo di accreditamento istituzionale di strutture autorizzate all'esercizio per l'erogazione di specifici percorsi assistenziali delle cure territoriali residenziali e semiresidenziali (ambulatoriale/domiciliari) per trattamenti intensivi, estensivi e di recupero e mantenimento per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali fornisce garanzie di omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale ed organizzativa e un accesso unitario ai servizi socio-sanitari, con la presa in carico dei pazienti da parte di strutture che devono descrivere la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti e i cittadini.

REQUISITI ULTERIORI DI QUALITA' SPECIFICI

A) TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI E DI SERVIZI EROGATI		SI	NO
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE			
1.	L'organizzazione ha definito e approvato le linee guida per la redazione, la diffusione e le modalità di distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini nonché la presenza di materiale informativo (multilingua) a disposizione dell'utenza. la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati.		
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE			
2.	E' presente e viene diffusa la Carta dei Servizi e il materiale informativo a disposizione dell'utenza;		
FASE 3: MONITORAGGIO			
3.	Vi è evidenza della periodica rivalutazione da parte dell'organizzazione della struttura della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi, della qualità del materiale informativo a disposizione dell'utenza e delle modalità di diffusione e distribuzione con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti e del volontariato.		
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'			
4.	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati		

B) PERCORSI ASSISTENZIALI: VALUTAZIONE – PRESA IN CARICO – GESTIONE DEI PAZIENTI		SI	NO
FASE 1: Documenti di indirizzo e pianificazione			
5.	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____

VERBALE DELLA VISITA DI VERIFICA



	a. la responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti;		
	b. le procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa ed i criteri per la gestione dei tempi di attesa dei pazienti dichiarati eleggibili;		
	c. procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa		
	d. procedure che definiscono la modalità di accesso, accoglienza e registrazione dell'utente;		
	e. le linee guida e procedure per la valutazione iniziale multidimensionale delle condizioni e dei bisogni di ciascun paziente mediante strumenti riconosciuti, validati e adottati dalla normativa nazionale e regionale, che comprenda l'analisi di fattori sociali ed economici della famiglia, lo stato fisico, psicologico, nutrizionale e funzionale, la valutazione e la gestione del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati e validati. La valutazione multidimensionale del paziente determina il complesso integrato dei bisogni, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche;		
6.	Protocolli, linee guida e procedure per la gestione del Programma di Riabilitazione Individuale (PRI) definito per ciascun paziente elaborato sulla base dei bisogni individuali:		
	a) protocolli, linee guida, procedure per la definizione del piano nutrizionale che comprenda la possibilità di scelta tra varietà di cibi e che tenga conto delle condizioni fisiche e cliniche dei pazienti;		
	b) protocolli, linee guida e procedure per la preparazione, gestione, stoccaggio e somministrazione della nutrizione enterale e parenterale;		
	c) procedure per la corretta idratazione dei pazienti in accordo con la tolleranza dei fluidi da parte del paziente;		
	d) linee guida e procedure per la corretta gestione e somministrazione dei medicinali		
	e) linee guida e procedure per la corretta richiesta degli esami e la corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio;		
	f) le modalità e gli strumenti per il trasferimento delle informazioni relative alla valutazione e alla presa in carico all'interno del processo di cura;		
	g) un documento in cui sono identificati le modalità e gli strumenti per l'attuazione di una politica per la promozione della salute. Tale politica coinvolge i pazienti, i loro familiari e il personale;		
	h) è definito, aggiornato e disponibile un documento illustrante la 'giornata tipo' dei pazienti.		
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE			
7.	Vi è evidenza della tracciabilità nella documentazione sanitaria/socio assistenziale dell'applicazione dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale multidimensionale e la presa in carico multidisciplinare e multi professionale;		
8.	Vi è evidenza dell'attuazione del Progetto Riabilitativo Individualizzato per ciascun paziente, compresi i programmi educativi e riabilitativi finalizzati al miglioramento e al mantenimento delle attività, in relazione alle specifiche disabilità. Il Piano di Riabilitazione Individualizzato articolato in uno o più programmi, elaborato sulla base dei bisogni individuali e basato sulla valutazione multidimensionale delle condizioni e delle necessità dei pazienti e sui risultati dei test diagnostici, oltre a comprendere la pianificazione delle attività assistenziali contiene informazioni riguardanti:		
	a) valutazioni cliniche, ambientali e strumentali;		
	b) il percorso di cura;		
	c) promozione dell'autonomia e della socializzazione;		
	d) lo screening, la valutazione e la gestione del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati e validati;		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____

VERBALE DELLA VISITA DI VERIFICA



	e) somministrazione dei medicinali;		
	f) interventi riabilitativi;		
	g) risultati attesi/obiettivi funzionali;		
	h) operatori coinvolti		
	i) data di avvio, cadenza degli interventi, durata del piano.		
9.	Il progetto riabilitativo individuale è redatto avendo come guida, per l'individuazione degli obiettivi riabilitativi e socio-relazionali, la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;		
10.	Sono attivati, sulla base delle linee-guida adottate, protocolli relativi al trattamento dei pazienti per specifiche condizioni cliniche;		
11.	È effettuata una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati e vi è evidenza della applicazione di un'appropriata terapia del dolore secondo le migliori evidenze scientifiche. All'interno della documentazione sanitaria, sono riportate le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione, nonché la tecnica antalgica, i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito;		
12.	Vi è evidenza dell'applicazione del piano nutrizionale per ciascun paziente;		
13.	È identificato per ogni paziente un case-manager responsabile del programma individuale di riabilitazione e dei rapporti con i familiari. L'ospite e i familiari/caregiver sono informati delle responsabilità individuate in relazione alla presa in carico e gestione;		
14.	le attività di valutazione e di presa in carico multidisciplinare dei pazienti sono documentate e verificabili all'interno della documentazione sanitaria;		
15.	Vi è evidenza del trasferimento delle informazioni relative alla valutazione e alla presa in carico del paziente all'interno del processo di cura, assistenza/riabilitazione previsto dal Programma di Riabilitazione Individualizzato		
16.	vengono attuate attività finalizzate a favorire il coinvolgimento dei familiari del paziente e a promuovere la salute in relazione alle patologie trattate con il coinvolgimento del paziente e dei familiari;		
17.	esiste evidenza di programmi di supporto psicologico a favore dei pazienti e dei familiari.		
FASE 3: MONITORAGGIO			
18.	Vi è evidenza della verifica da parte dell'organizzazione dell'applicazione: a) delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale multidimensionale di ciascun paziente e dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;		
	b) del Programma di Riabilitazione Individualizzato;		
	c) dei protocolli e delle procedure per la valutazione e la gestione del dolore;		
	d) le procedure per la gestione della nutrizione enterale e parenterale;		
	e) le procedure per la corretta idratazione del paziente in accordo con la tolleranza dei fluidi;		
	f) le procedure per la gestione e la somministrazione dei medicinali;		
	g) le procedure per la corretta gestione delle richieste di esami e la corretta gestione dei campioni di laboratorio.		
19.	Vi è evidenza della rivalutazione periodica del grado di disabilità del paziente a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento al fine di qualificare nel tempo la prestazione, verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata, pianificare il proseguimento della cura o la dimissione. I riscontri sono annotati nella documentazione sanitaria/socio-assistenziale;		
20.	Vi è evidenza della rivalutazione e della revisione del Programma Riabilitativo Individuale con il coinvolgimento del paziente o del caregiver quando è rilevato un cambiamento delle condizioni o della diagnosi del paziente (i riscontri sono registrati all'interno del foglio socio		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____

VERBALE DELLA VISITA DI VERIFICA



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Scheda 25 – 6.

	assistenziale/Cartella clinica integrata);		
21.	Vi è evidenza della periodica valutazione del rischio nutrizionale e i risultati di tali valutazioni sono registrati e monitorati all'interno del piano nutrizionale;		
22.	Vi è evidenza del controllo e del monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci.		
23.	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:		
	a) dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale multidimensionale degli ospiti;		
	b) dei processi per la gestione del Programma Riabilitativo Individualizzato;		
	c) del trasferimento delle informazioni all'interno del processo di cura;		
	d) delle procedure operative definite;		
	e) della politica per la promozione della salute.		
	f) Inoltre vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.		

C) PERCORSI ASSISTENZIALI: PASSAGGIO IN CURA (continuità assistenziale)		SI	NO
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE			
24.	L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso: Protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale degli ospiti in fase di dimissione (appropriatezza dei trasferimenti e della dimissione dei pazienti e del follow-up)		
25.	Procedure per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up;		
26.	Protocolli, linee guida e procedure per la definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi territoriali e le strutture sanitarie, socio-sanitarie/assistenziali, sociali coinvolte nella cura, assistenza e riabilitazione del paziente (ADI erogata dall'équipe dei nuclei di cure primarie, forme di home care e interventi specialistici domiciliari, RSA, lungodegenze, ospedale per acuti);		
27.	programmi di prosecuzione delle cure a domicilio che prevedano l'educazione e l'addestramento dell'ospite e dei familiari su tematiche che riguardano: procedure di emergenza, l'uso sicuro dei medicinali e dei presidi medici, le potenziali interazioni tra cibo e medicinali, la guida alla nutrizione del paziente, la terapia del dolore e le tecniche di riabilitazione;		
28.	Procedure per l'adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione.		
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE			
29.	Esiste evidenza che il paziente e i familiari/caregiver siano informati sul proseguimento delle cure;		
30.	vi è evidenza dell'attuazione di un protocollo per il trasporto sicuro dei pazienti e dell'adozione da parte dell'organizzazione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti, i processi di dimissione		
31.	sono attuati programmi di dimissione protetta e/o assistita per i pazienti che richiedono continuità di cura e programmi di prosecuzione delle cure a domicilio e vi è evidenza delle attività di educazione e addestramento di pazienti e familiari/caregiver;		
32.	sono pianificati rivalutazioni/controlli dei pazienti sottoposti a follow-up secondo tipologie e periodicità definite;		
33.	vi è evidenza che tutta la documentazione sanitaria del paziente è a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento		
34.	vi è evidenza che sia fornita al paziente specifica relazione clinica finale per il medico curante;		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____

VERBALE DELLA VISITA DI VERIFICA



35.	nel caso di complicanze non gestibili in loco, l'organizzazione garantisce, utilizzando una specifica procedura condivisa, il trasporto del paziente ad una struttura ospedaliera di riferimento, con possibilità di ricovero, situato ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze.		
FASE 3: MONITORAGGIO			
36.	Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione: a) dei processi, dei protocolli e delle linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti e il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del follow-up);		
	b) delle procedure per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up e vi è evidenza dello svolgimento delle rivalutazioni e dei controlli dei pazienti secondo le periodicità pianificate.		
37.	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte della Direzione delle modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna e i trasferimenti delle cure presso altre tipologie di strutture		
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'			
38.	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale, passaggio in cura, dimissioni e follow-up. Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati		

D) PERCORSI ASSISTENZIALI: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE		SI	NO
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE			
39.	L'organizzazione ha definito gli obiettivi per la qualità del Programma Riabilitativo Individuale e del percorso assistenziale del paziente;		
40.	L'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore.		
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE			
41.	Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione del grado di conformità delle attività ai protocolli e alle linee guida Evidence Based Medicine e Evidence Based Nursing secondo quanto previsto dalle procedure (ad es. monitoraggio dei tempi, delle modalità e dei contenuti della presa in carico, della valutazione iniziale e del piano di trattamento, della continuità assistenziale e dimissione, in accordo con gli obiettivi stabiliti);		
42.	Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio degli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore		
43.	Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione della qualità del Programma Riabilitativo Individuale, dalla presa in carico alla dimissione;		
44.	Vi è evidenza dello svolgimento di indagini sulla soddisfazione e l'esperienza di cura degli ospiti e dei familiari riguardo il Programma Riabilitativo Individuale e/o di valutazione della qualità del Programma Riabilitativo Individuale da parte delle organizzazioni di cittadini.		
FASE 3: MONITORAGGIO			
45.	Vi è evidenza dell'aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti, della performance clinica, della qualità dei percorsi di cura.		
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'			

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____

VERBALE DELLA VISITA DI VERIFICA



46.	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità:		
	a) dei sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità del Piano di Assistenza Individualizzato e del percorso di cura;		
	b) dell'esperienza di cura da parte dei pazienti e dei familiari.		
	c) vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.		

E) MODALITA' DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIO-ASSISTENZIALE		SI	NO
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE			
47.	L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce:		
	a) i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socio-assistenziale nonché le modalità di controllo;		
	b) uno specifico campo nella documentazione sanitaria dedicato alla riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali;		
	c) gli aspetti legati al tema della privacy e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia;		
	d) i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socioassistenziale;		
	e) le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione socio-assistenziale e l'implementazione di azioni correttive se necessario.		
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE			
48.	Per ciascun ospite è compilata una cartella clinica integrata, periodicamente aggiornata che prevede:		
	a) la tracciabilità degli elementi che caratterizzano la presa in carico del paziente, il processo assistenziale e la continuità assistenziale;		
	b) gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati;		
	c) risultati delle valutazioni della disabilità;		
	d) prestazioni erogate e trattamenti farmacologici;		
	e) registrazione di eventuali assenze dell'utente;		
	f) elementi di valutazione sociale;		
	g) tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale;		
	h) eventuali elementi di rischio per il paziente.		
49.	La comunicazione e l'invio della documentazione sanitaria e socio assistenziale ai professionisti all'interno della struttura sociosanitaria e ai colleghi di strutture esterne è garantita in tempo utile.		
FASE 3: MONITORAGGIO			
Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione da parte dell'organizzazione:			
50.	a) della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale;		
	b) della tracciabilità delle attività di valutazione e delle attività di presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria;		
	c) del soddisfacimento delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione;		
	d) del rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____

VERBALE DELLA VISITA DI VERIFICA



FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'		
51.	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento:	
	a) della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale;	
	b) della politica relativa alla privacy e alla riservatezza delle informazioni contenute nella documentazione socioassistenziale	
	c) della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati contenuti nella documentazione sanitaria socio-assistenziale, ivi compresa la loro integrità;	
	d) dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria/socioassistenziale.	
	e) Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.	

F) APPROCCIO ALLA PRATICA CLINICA SECONDO EVIDENZE SCIENTIFICHE		SI	NO
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione			
52.	La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la definizione del Piano di Assistenza Individualizzato formulate secondo i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing e predisposti in maniera integrata tra le strutture organizzative;		
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE			
53.	Vi è evidenza della messa in atto di protocolli, linee guida e/o procedure per la corretta gestione del paziente in linea con i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing		
54.	Vi è evidenza dell'accessibilità al personale dei protocolli, linee guida, procedure;		
55.	Vi è evidenza dell'implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza;		
56.	Vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida, procedure e/o dei Piani Assistenziali individuali, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati.		
FASE 3: MONITORAGGIO			
Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica:			
57.	a) dell'appropriatezza delle prestazioni da parte dei professionisti sanitari, degli operatori socio sanitari e sociali e della Direzione;		
	b) dell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o dei Piani assistenziali individuali;		
	c) dell'applicazione delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali.		
58.	Vi è evidenza dello svolgimento di audit multidisciplinari e/o multiprofessionali e sistematici per confrontare la pratica corrente con le linee guida basate sulle evidenze, i protocolli e i percorsi di cura/ assistenza definiti dall'organizzazione. I risultati dell'audit vengono comunicati al personale;		
59.	vi è evidenza della rivalutazione e dell'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili.		
FASE 4. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'			
60)	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche e dell'appropriatezza delle prestazioni, controllando l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese.		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____

VERBALE DELLA VISITA DI VERIFICA



G) L'ORGANIZZAZIONE ASSICURA LA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E DELLA GESTIONE DEI RISCHI		SI	NO
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE			
61.	L'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso il programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria basato sulle attuali conoscenze scientifiche, sulle linee guida della pratica comunemente accettate (ad esempio linee guida dell'OMS sull'igiene delle mani e altre linee guida), sulla legislazione e la normativa vigenti in materia e sugli standard di igiene e pulizia e pulizia pubblicati da enti locali o nazionali. Il programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria prevede lo stanziamento di risorse adeguate, l'uso di dispositivi e tecniche di precauzione, l'utilizzo di procedure di isolamento, misure di barriera ed igiene delle mani, attività di sorveglianza microbiologica, sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, lo smaltimento dei rifiuti e degli aghi taglienti e prevede la definizione di sistemi di reporting delle infezioni correlate all'assistenza;		
62.	È presente ed è stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che preveda la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati, le modalità di comunicazione con gli stakeholder e la gestione dei relativi contenziosi. Il piano comprende la prevenzione ed il controllo almeno di:		
	a) sindrome da immobilizzazione;		
	b) lesioni da pressione;		
	c) gestione dei cateteri;		
	d) cadute dei pazienti;		
	e) somministrazione dei farmaci;		
	f) corretta alimentazione e idratazione;		
g) disturbi comportamentali e sintomi di depressione.			
	h) tale piano deve contemplare ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione e deve essere approvato dalla Direzione. Il piano prevede la definizione di obiettivi specifici e misurabili;		
63.	L'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti;		
64.	Vi è evidenza di un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi.		
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE			
65.	L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio. In particolare sono individuati e gestiti i processi relativi a:		
	a) la corretta identificazione del paziente;		
	b) l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste		
	c) la corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività		
	d) la gestione di situazioni d'emergenza clinica e il trasferimento del paziente in idonea struttura;		
	e) la corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio.		
66.	Vi è evidenza della messa in atto:		
	a) del piano annuale aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e del controllo e monitoraggio dei seguenti rischi:		
	1) sindrome da immobilizzazione;		
	2) lesioni da pressione;		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



	3) gestione dei cateteri;		
	4) cadute dei pazienti;		
	5) somministrazione dei farmaci;		
	6) corretta alimentazione e idratazione;		
	7) disturbi comportamentali e sintomi di depressione.		
	b) del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza;		
	c) del sistema di reporting delle infezioni correlate all'assistenza		
	d) del piano di formazione e aggiornamento aziendale sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi.		
FASE 3: MONITORAGGIO			
67.	Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'adeguatezza e dell'efficacia del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza;		
68.	vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti;		
69.	vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.		
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'			
70.	Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.		

H) PROGRAMMA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E MODALITA' DI GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI		SI	NO
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE			
71.	La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:		
	a) un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: near miss, eventi avversi ed eventi sentinella;		
	b) modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi.		
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE			
72.	Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;		
73.	E' presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, near miss manifestati durante l'episodio di trattamento, cura/assistenza e riabilitazione;		
74.	Vi è evidenza dell'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi segnalati attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safetywalkround) che prevedano il coinvolgimento multidisciplinare e/o multiprofessionale degli operatori e la predisposizione, in seguito all'indagine condotta, di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Scheda 25 – 6.

75.	Vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza		
76.	Il personale implementa le azioni previste e codificate dalle procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi avversi e per offrire l'opportuno supporto/ sostegno ai pazienti/familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;		
77.	I pazienti/familiari/caregiver possono segnalare incidenti o situazioni rischiose di cui sono stati testimoni.		
FASE 3: MONITORAGGIO			
78.	Vi è evidenza del monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) e della valutazione dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei near miss, eventi avversi ed eventi sentinella;		
79.	Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi;		
80.	L'organizzazione divulga agli operatori almeno una volta l'anno i risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate;		
81.	Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza.		
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'			
82.	I dati del monitoraggio sono utilizzati per studiare le aree target per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi;		
83.	Vi è evidenza della valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive implementate.		

I) STRATEGIE SISTEMATICHE DI COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E SVILUPPO DI COMPETENZE		SI	NO
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE			
84.	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico		
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE			
85.	Vi è evidenza dell'identificazione e dell'applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività		
86.	Vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche		
87.	Vi è evidenza dell'implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi		
88.	Vi è evidenza della messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico		
FASE 3: MONITORAGGIO			
89.	Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica da parte della Direzione dell'implementazione delle buone pratiche e delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____

VERBALE DELLA VISITA DI VERIFICA



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Scheda 25 – 6.

90.	l'organizzazione effettua il monitoraggio periodico dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver e valuta il grado di partecipazione dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico.		
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'			
91.	Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni correttive e preventive; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati		

L) STRATEGIE SISTEMATICHE DI COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E SVILUPPO DI COMPETENZE		SI	NO
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE			
92.	La Direzione ha definito e formalizzato:		
	a) un piano per lo sviluppo di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare l'accessibilità e l'accoglienza degli utenti;		
	b) un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari;		
	c) specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per pazienti ed accompagnatori;		
	d) specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni;		
	e) protocolli linee guida e procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari.		
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE			
93.	Vi è evidenza dell'implementazione da parte dell'organizzazione e del personale di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare:		
	a) l'accessibilità degli utenti;		
	b) l'accoglienza degli utenti tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica; tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche, nel rispetto della dignità dei pazienti (ad es. possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete disponibile nella struttura o a chiamata; presenza di una modalità per garantire l'assistenza religiosa in relazione alle esigenze di culto del paziente; possibilità di usufruire dell'assistenza di un mediatore culturale disponibile nella struttura o a chiamata).		
	c) il confort delle aree di degenza, nel rispetto del benessere e della dignità dei pazienti, delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per accompagnatori e visitatori, in particolare deve essere assicurata la presenza di:		
	1) progetti/attività per promuovere la struttura come luogo aperto;		
	2) il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni;		
	3) possibilità di scelta nel menu e adeguamento degli orari dell'organizzazione ai ritmi fisiologici della persona (orario di distribuzione dei pasti dalle 7 in poi, dalle 12 in poi, dalle 19 in poi)		
94.	La Direzione ha implementato un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari/socio-sanitari e sociali, pazienti e loro familiari e per agevolare il supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti che preveda almeno:		
	a. la formazione degli operatori socio sanitari/assistenziali e sociali alle abilità procedurali e alle attività di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata,		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____

VERBALE DELLA VISITA DI VERIFICA



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Scheda 25 – 6.

	comunicazione di cattive notizie);		
	b. partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione;		
	c. l'adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare;		
	d. la presenza di supporto psicologico per i pazienti fragili (il servizio può essere realizzato dalla struttura o in collaborazione con associazioni, cooperative ecc. nell'ambito di specifici accordi scritti);		
	e. l'ampliamento degli orari di visita e di assistenza per i familiari.		
95.	Vi è evidenza dell'implementazione di interventi: a) per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali e per la semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale entro tempi predefiniti. b) per lo sviluppo di servizi di sollievo, per affiancare la famiglia nella responsabilità dell'accudimento quotidiano di persone bisognose di cure particolari ovvero sostituire i componenti più impegnati nella cura durante l'orario di lavoro.		
96.	Vi è evidenza dell'adozione da parte dell'organizzazione di processi per la gestione del percorso di accompagnamento alla morte a supporto del paziente e dei suoi familiari		
FASE 3: MONITORAGGIO			
97.	Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accessibilità, il confort, l'accoglienza e la qualità delle prestazioni;		
98.	vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione del programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, sociosanitari/assistenziali e sociali, pazienti e loro familiari;		
99.	vi è evidenza del coinvolgimento di pazienti/organizzazione dei cittadini per valutare la centralità del paziente nel processo di cura e la personalizzazione dell'assistenza;		
100	vi è evidenza che la qualità delle cure al termine della vita è valutata da familiari e operatori.		
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'			
101	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione e i singoli dirigenti effettuano una valutazione delle priorità, individuano e implementano specifiche azioni per il miglioramento della personalizzazione dell'assistenza; controllano, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.		

NOTE

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____

VERBALE DELLA VISITA DI VERIFICA

