

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

Scheda 25 – 17.

**REQUISITI ULTERIORI DI ACCREDITAMENTO****PRESIDIO SANITARIO DI ASSISTENZA PRIMARIA A DEGENZA BREVE /  
OSPEDALE DI COMUNITÀ**

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

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

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

**L'Organizzazione:**

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



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

<b>(segue) Criterio 1. Attuazione di un Sistema di gestione di servizi al fine di fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità, in quanto “fornisce garanzie di buona qualità dell’assistenza socio-sanitaria, una gestione dell’organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un’ottica di miglioramento continuo”</b>					
<b>L'Organizzazione:</b>					
<b>1.2 AC: PROGRAMMI PER LO SVILUPPO DI RETI ASSISTENZIALI</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NA</b>	<b>DA</b>
A.	svolge le proprie attività coordinandosi con le reti assistenziali previste dalla normativa regionale, secondo le modalità previste dall'Azienda sanitaria locale di riferimento che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio;				
B.	svolge le proprie attività con collegamenti funzionali per la gestione dei servizi di diagnostica di laboratorio o di diagnostica per immagini qualora non siano disponibili all'interno della struttura;				
C.	attua specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti/cittadini, all'interno delle reti assistenziali integrate;				
<b>1.3 AC: DEFINIZIONE DELLE RESPONSABILITÀ</b>					
A.	definisce il proprio organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni;				
B.	dispone di una pianta organica in cui sono riportati i nominativi del personale in servizio, la tipologia di rapporto di lavoro, la qualifica e le competenze specifiche secondo quanto previsto dal modello regionale;				
C.	definisce, formalizza, approva e diffonde nell'organizzazione documenti che descrivono la struttura di governo dell'organizzazione, gli strumenti e documenti di delega delle responsabilità, i processi e le relative responsabilità organizzative, le modalità di valutazione delle performance dei vari responsabili, insieme ai relativi criteri di valutazione;				
D.	elabora e adotta un regolamento del personale;				
<b>1.4 AC: PRESA IN CARICO</b>					
A.	adotta strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti;				
B.	garantisce che, per ciascun paziente, il piano assistenziale sia puntualmente aggiornato dall'équipe di cura in relazione alla modifica dei bisogni;				
C.	garantisce che il piano assistenziale contenga:				
	a. la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali,				
	b. l'identificazione degli obiettivi di salute,				
	c. la pianificazione delle attività,				
	d. la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare,				
	e. le figure professionali coinvolte e il referente del caso,				
	f. gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica dei bisogni;				
D.	verifica che le attività previste vengano effettuate;				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

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

**L'Organizzazione:**

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



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

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

**L'Organizzazione:**

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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

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

**L'Organizzazione:**

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



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

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

**L'Organizzazione:**

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

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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

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

**L'Organizzazione:**

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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

**Criterio 5. Comunicazione, nella consapevolezza che una buona comunicazione e relazione tra professionisti e con i pazienti costituisce garanzia e allineamento ai comportamenti professionali attesi e di partecipazione dei pazienti alla scelta di trattamento, in quanto “Una buona comunicazione e relazione fra i professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nell'erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti alla scelta di trattamento”**

**L'Organizzazione:**

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



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

**Criterio 6. Appropriatelyzza clinica e sicurezza, in quanto l'efficacia, appropriatelyzza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure, ed è necessario garantire che la struttura attui processi sistematici e metta a disposizione strumenti per supportare le proprie articolazioni nell'adozione delle pratiche migliori, in quanto "L'efficacia, l'appropriatelyzza e la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità dell'assistenza e debbono essere monitorati"**

**L'Organizzazione:**

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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

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

**L'Organizzazione:**

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

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

**L'Organizzazione:**

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

(firma del Titolare o suo delegato per presa visione)