



REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

Attività di ricovero per acuti

AAC – Area chirurgica

AAM – Area medica

AAE – Emergenza

Attività di ricovero ospedaliero in postacuzie

PLM – Assistenza in postacuzie medica

PRO – Assistenza in postacuzie riabilitativa

Attività di specialistica ambulatoriale

ASA – Assistenza specialistica ambulatoriale

CHA – Chirurgia ambulatoriale

MLB – Medicina di laboratorio

Attività in regime residenziale e semiresidenziale

RSS – Assistenza per la senescenza

RSD – Assistenza per la disabilità

RSP – Assistenza psichiatrica

RST – Assistenza per stati di dipendenza

Attività domiciliare

AAD – Assistenza domiciliare

NPI – Neuropsichiatria Infantile

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ DI RICOVERO PER ACUTI AAC – AREA CHIRURGICA

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

AAC.1 Presa in carico

AAC.1.1 Strumenti di riferimento

- AAC.1.1.1** Sono previste modalità codificate relative all'individuazione di un medico referente per ciascun paziente
- AAC.1.1.2** È adottata la cartella clinica informatizzata
- AAC.1.1.3** È adottata la cartella infermieristica
- AAC.1.1.4** Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente chirurgico in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- AAC.1.1.5** Sono definite, disponibili e applicate, sulla base delle linee-guida adottate, procedure operative contestualizzate che definiscano percorsi differenziati dei pazienti chirurgici in elezione/urgenza/day surgery per i trattamenti più frequenti e più complessi
- AAC.1.1.6** Sono definiti e messi in atto protocolli per l'acquisizione in urgenza di prestazioni diagnostiche
- contenuti**
- analisi chimico cliniche
 - microbiologia
 - radiologia
 - immunotrasfusionale
- AAC.1.1.7** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la richiesta della consulenza anestesilogica e di collegamento con i servizi di anatomia patologica
- AAC.1.1.8** Sono adottati sistemi di archiviazione digitale e trasmissione telematica dei risultati diagnostici
- AAC.1.1.9** Esiste evidenza di interventi di miglioramento in merito all'applicazione delle procedure definite
- AAC.1.1.10** Sono attivati protocolli relativi all'identificazione del paziente al fine di evitare scambi di persona ed errori nella somministrazione dei farmaci e nell'esecuzione di prestazioni

AAC.2 Fase preoperatoria

AAC.2.1 Protocolli

- AAC.2.1.1** Le indicazioni contenute nelle linee-guida adottate sono state contestualizzate in protocolli condivisi tra i professionisti interessati relativi alla valutazione preoperatoria del paziente chirurgico, anche in relazione alla stratificazione del rischio generale e specifico
- AAC.2.1.2** Esiste evidenza che i protocolli relativi alla valutazione preoperatoria del paziente chirurgico siano applicati
- AAC.2.1.3** Sono attivati protocolli relativi alla corretta preparazione del paziente chirurgico ai trattamenti

AAC. 2.1.4 Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati

AAC. 2.1.5 Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche

AAC.3 Fase perioperatoria

AAC.3.1 Linee guida e protocolli

AAC.3.1.1 Sono adottate linee-guida, in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze, per la gestione dell'antibiotico profilassi perioperatoria

AAC.3.1.2 Esiste evidenza che le linee-guida adottate per la gestione dell'antibiotico profilassi perioperatoria siano applicate

AAC.3.1.3 Sono disponibili linee guida e attivati protocolli per la gestione nutrizionale dei pazienti con particolare riferimento alla nutrizione enterale e parenterale

AAC.3.2 Gestione del rischio

AAC.3.2.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio

contenuti

- registro operatorio
- prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- infezioni del sito chirurgico
- sistema di rintracciabilità della strumentazione chirurgica
- identificazione di lato
- disinfezione e sterilizzazione

AAC.3.2.2 Esiste evidenza che l'attività relativa alla gestione del rischio sia valutata

AAC.3.2.3 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione/gestione delle complicanze più frequenti e più gravi nei casi trattati

AAC.3.2.4 Sono attivati protocolli per l'esecuzione delle principali manovre strumentali

contenuti

- toracentesi
- paracentesi
- posizionamento di sonde naso gastriche
- posizionamento di cateteri vescicali
- manovre rianimatorie di base
- incannulamento venoso
- prelievo di sangue arterioso per emogasanalisi

AAC.3.2.5 Sono attivati protocolli per la corretta gestione dei farmaci

AAC.3.2.6 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica

- AAC.3.2.7** La sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica è effettuata su almeno tre delle procedure chirurgiche più rilevanti rispetto all'attività effettuata
- AAC.3.2.8** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla corretta gestione dei dispositivi medici utilizzati

AAC.4 Dimissione

AAC.4.1 Continuità assistenziale

- AAC.4.1.1** Esistono procedure operative relative alle modalità per la dimissione del paziente, che coinvolgano altri servizi ospedalieri, le strutture territoriali ed il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta
- AAC.4.1.2** Esiste evidenza che, al momento della dimissione, siano fornite al paziente ed al caregiver specifiche indicazioni in merito al decorso post-dimissione

contenuti

- lettera di dimissione al MMG/PLS
- informazioni su trattamenti, ausili e dispositivi
- modalità dei controlli

- AAC.4.1.3** Esiste evidenza che correttezza, completezza e comprensibilità della lettera di dimissione e delle informazioni collegate siano valutate

contenuti

- motivo e data del ricovero
- diagnosi e data di dimissione
- sintesi storia clinica pregressa e terapia farmacologia
- iter clinico diagnostico e terapeutico durante il ricovero
- risultati dei principali esami effettuati
- terapia farmacologia prescritta alla dimissione (principio attivo, posologia, modalità e orario di assunzione, durata del trattamento)
- eventuali controlli

AAC.5 Follow-up

AAC.5.1 Protocolli

- AAC.5.1.1** Le indicazioni contenute nelle linee-guida adottate sono state contestualizzate in protocolli condivisi tra i professionisti interessati relativi al follow-up del paziente chirurgico
- AAC.5.1.2** Esiste evidenza che i protocolli relativi alla gestione del follow-up siano applicati

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ DI RICOVERO PER ACUTI AAM – AREA MEDICA

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

AAM.1 Presa in carico

AAM.1.1 Strumenti di riferimento

- AAM.1.1.1** Sono previste modalità codificate relative all'individuazione di un medico referente per ciascun paziente
- AAM.1.1.2** È adottata la cartella clinica informatizzata
- AAM.1.1.3** È adottata la cartella infermieristica
- AAM.1.1.4** Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- AAM.1.1.5** Sono definite, disponibili e applicate, sulla base delle linee-guida adottate, procedure operative contestualizzate che definiscano percorsi differenziati dei pazienti in elezione/urgenza/day hospital per le patologie più frequenti e più complesse
- AAM.1.1.6** Sono definiti e messi in atto protocolli per l'acquisizione in urgenza di prestazioni diagnostiche
- contenuti**
- analisi chimico cliniche
 - microbiologia
 - radiologia
 - immunotrasfusionale
- AAM.1.1.7** Sono adottati sistemi di archiviazione digitale e trasmissione telematica dei risultati diagnostici
- AAM.1.1.8** Esiste evidenza di interventi di miglioramento in merito all'applicazione delle procedure definite
- AAM.1.1.9** Sono attivati protocolli relativi all'identificazione del paziente al fine di evitare scambi di persona ed errori nella somministrazione dei farmaci e nell'esecuzione di prestazioni

AAM.2 Gestione del paziente

AAM.2.1 Accettazione medica

- AAM.2.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'accettazione medica
- AAM.2.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'accettazione infermieristica
- AAM.2.1.3** Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'accettazione del paziente in urgenza
- contenuti**
- attività per l'accettazione del paziente compresa l'ora di arrivo
 - orario di inizio delle attività assistenziali

AAM.2.2 Gestione del rischio

AAM.2.2.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione/gestione delle complicanze più frequenti e più gravi con riferimento alle patologie trattate

AAM.2.2.2 Sono attivati protocolli per l'esecuzione delle principali manovre strumentali

contenuti

- toracentesi
- paracentesi
- posizionamento di sonde naso gastriche
- posizionamento di cateteri vescicali
- manovre rianimatorie di base
- incannulamento venoso
- prelievo di sangue arterioso per emogasanalisi

AAM.2.2.3 Sono attivati protocolli per la della corretta gestione dei farmaci

AAM.2.2.4 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la sorveglianza delle infezioni ospedaliere

AAM.2.2.5 Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla corretta gestione dei dispositivi medici utilizzati

AAM.2.3 Protocolli

AAM.2.3.1 Sono disponibili linee guida e attivati protocolli per le principali complicanze

AAM.2.3.2 Sono disponibili linee guida e attivati protocolli per la gestione nutrizionale dei pazienti con particolare riferimento alla nutrizione enterale e parenterale

AAM. 2.3.3 Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati

AAM. 2.3.4 Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche

AAM.3 Dimissione

AAM.3.1 Continuità assistenziale

AAM.3.1.1 Esistono procedure operative relative alle modalità per la dimissione del paziente, che coinvolgano altri servizi ospedalieri, le strutture territoriali ed il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta

AAM.3.1.2 Esiste evidenza che, al momento della dimissione, siano fornite al paziente ed al caregiver specifiche indicazioni in merito al decorso post-dimissione

contenuti

- lettera di dimissione al MMG/PLS
- informazioni su trattamenti, ausili e dispositivi
- modalità dei controlli

AAM.3.1.3 Esiste evidenza che correttezza, completezza e comprensibilità della lettera di dimissione e delle informazioni collegate siano valutate

contenuti

- motivo e data del ricovero
- diagnosi e data di dimissione
- sintesi storia clinica pregressa e terapia farmacologia
- iter clinico diagnostico e terapeutico durante il ricovero
- risultati dei principali esami effettuati
- terapia farmacologia prescritta alla dimissione (principio attivo, posologia, modalità e orario di assunzione, durata del trattamento)
- eventuali controlli

AAM.4 Follow-up

AAM.4.1 Protocolli

AAM.4.1.1 Le indicazioni contenute nelle linee-guida adottate sono state contestualizzate in protocolli condivisi tra i professionisti interessati relativi al follow-up del paziente

AAM.4.1.2 Esiste evidenza che i protocolli relativi alla gestione del follow-up siano applicati

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ DI RICOVERO PER ACUTI AAE – EMERGENZA

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

AAE.1 Presa in carico

AAE .1.1 Strumenti di riferimento

- AAE.1.1.1** Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente in emergenza-urgenza in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- AAE.1.1.2** Sono attivati protocolli diagnostico-terapeutici, sulla base delle linee-guida adottate
- AAE 1.1.3** Sono definite, disponibili e applicate, sulla base delle linee-guida adottate, procedure operative contestualizzate relative a specifici percorsi del paziente in emergenza-urgenza
- AAE 1.1.4** Sono definite, disponibili e applicate procedure che definiscano la gestione del paziente in emergenza-urgenza sulla base del codice triage attribuito
- AAE 1.1.5** Sono attivati protocolli di collegamento tra 118 e Pronto Soccorso
- AAE 1.1.6** Sono definite, disponibili e applicate procedure di triage che assicurino accoglimento e valutazione tempestivi del paziente in emergenza-urgenza
- AAE 1.1.7** Esiste evidenza che il personale infermieristico preposto all'attività di *triage* sia adeguatamente formato
- AAE 1.1.8** Sono disponibili e utilizzati specifici strumenti per la corretta attribuzione del codice *triage*
- AAE 1.1.9** Esiste evidenza di un'attività strutturata relativa alla corretta attribuzione del codice *triage*
- AAE 1.1.10** Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'identificazione di pazienti sconosciuti
- AAE 1.1.11** Sono attivati protocolli relativi alle maxi-emergenze
- AAE 1.1.12** Sono definiti e messi in atto protocolli per l'acquisizione di consulenze specialistiche e prestazioni diagnostiche
- AAE 1.1.13** Esiste evidenza di interventi di miglioramento in merito all'applicazione delle procedure definite
 - contenuti**
 - numero di rivalutazioni del codice triage per i pazienti in attesa di visita
 - revisione dei casi complessi tra personale medico e infermieristico
 - revisione della gestione dei traumi gravi tra il personale medico dell'emergenza, medico specialistico e infermieristico
- AAE 1.1.14** Sono attivati protocolli relativi all'identificazione del paziente al fine di evitare scambi di persona ed errori nella somministrazione dei farmaci e nell'esecuzione di prestazioni

AAE .1.2 Gestione del dolore

- AAE. 1.2.1** Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati
- AAE. 1.2.2** Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche

AAE 1.2 Gestione del rischio

AAE 1.2.1 Sono attivati protocolli per l'esecuzione delle principali manovre strumentali

contenuti

- intubazione endotracheale
- drenaggio toracico
- eco FAST
- toracentesi

AAE 1.2.2 Sono attivati protocolli per la gestione dei farmaci

AAE 1.2.3 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la gestione degli eventi indesiderati organizzativi

contenuti

- disponibilità di presidi
- caduta del paziente dalla barella
- rapporti con altri servizi
- disinfezione e sterilizzazione
- improvvisa inagibilità di parte dei locali del Pronto Soccorso
- evacuazione dei locali del Pronto Soccorso

AAE 1.2.4 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la gestione degli eventi indesiderati tecnologici

contenuti

- interruzione o blocco del sistema informatico GIPSE
- interruzione o blocco delle apparecchiature radiologiche
- interruzione o blocco del sistema di trasferimento di immagini
- sospensione della energia elettrica nei locali del Pronto Soccorso

AAE 1.2.5 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la gestione degli eventi indesiderati professionali

contenuti

- sottostima dell'evento (under triage)
- sovrastima dell'evento (over triage)
- mancato/errato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale per specifiche condizioni cliniche

AAE 1.2.6 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione/gestione delle complicanze più frequenti e più gravi

AAE 1.2.7 Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla corretta gestione dei dispositivi medici utilizzati

AAE 2 Dimissione

AAE 2.1 Continuità assistenziale

AAE 2.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure di collegamento con altri servizi ospedalieri, interni ed esterni, per il trasferimento del paziente

AAE 2.1.2 Sono definite, disponibili e applicate procedure per il trasferimento dei pazienti critici

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO IN POSTACUZIE PLM – ASSISTENZA IN POSTACUZIE MEDICA

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

PLM. 1 Presa in carico

PLM.1.1 Progetto Clinico Assistenziale

- PLM.1.1.1** È previsto per ogni paziente un Progetto Clinico Assistenziale elaborato sulla base dei bisogni individuali, determinati attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale, compresi quelli eventualmente deliberati a livello regionale
- PLM.1.1.2** Esiste evidenza dell'attuazione del Progetto Clinico Assistenziale, compresi i programmi educativi e riabilitativi finalizzati al mantenimento ed al miglioramento delle abilità, in relazione agli specifici bisogni
- PLM.1.1.3** Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- PLM.1.1.4** Sono attivati, sulla base delle linee-guida adottate, protocolli relativi al trattamento dei pazienti per specifiche condizioni cliniche
- PLM.1.1.5** Esiste evidenza che l'equipe di cura coinvolga il paziente e i familiari nel percorso clinico-assistenziale
- PLM. 1.1.6** Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati
- PLM. 1.1.7** Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche

PLM.1.2 Continuità assistenziale

- PLM.1.2.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure per il collegamento con le Funzioni di degenza per Acuti, con le Funzioni riabilitative e con i Servizi territoriali

PLM. 2 Cartella Clinica

PLM.2.1 Cartella Integrata

- PRO.2.1.1** Per ciascun paziente è compilata una Cartella Integrata, periodicamente aggiornata

contenuti

- Risultati delle valutazioni
- Strumenti di valutazione standardizzati utilizzati
- Elementi di valutazione degli aspetti sociali

PLM. 3 Gestione del rischio

PLM.3.1 Procedure

- PLM.3.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori relative alla gestione del rischio

contenuti

- Lesioni da pressione
- Infezioni

- Sindrome da immobilizzazione
- Prevenzione delle cadute

PLM.3.1.2 Esiste evidenza di un'attività di monitoraggio del rischio di burn-out per gli operatori e delle relative procedure di recupero

PLM.3.1.3 Sono definite, disponibili e applicate procedure scritte per la protezione da rischi legati a sollevamenti e da postura nell'assistenza ai pazienti

PLM.4 Dimissione

PLM.4.1 Continuità assistenziale

PLM. 4.1.1 Sono definiti e messi in atto protocolli relativi alla dimissione nell'ottica della continuità assistenziale

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO IN POSTACUZIE PRO – ASSISTENZA IN POSTACUZIE RIABILITATIVA

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

PRO.1 Presa in carico

PRO.1.1 Progetto Riabilitativo

- PRO.1.1.1** Il Progetto Riabilitativo è redatto avendo come riferimento il modello bio-psico-sociale
- PRO.1.1.2** Esistono evidenze che il paziente ed i suoi familiari sono coinvolti nell'elaborazione e aggiornamento del progetto e del programma riabilitativo
- PRO.1.1.3** Esiste evidenza dell'attuazione del Progetto Riabilitativo
- PRO.1.1.4** Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- PRO.1.1.5** Sono attivati, sulla base delle linee-guida adottate, protocolli relativi al trattamento dei pazienti per specifiche condizioni cliniche
- PRO.1.1.6** Esiste evidenza che il grado di disabilità del paziente e i suoi miglioramenti, misurati sulla base del raggiungimento degli obiettivi funzionali, siano valutati periodicamente attraverso scale di valutazione validate, comprese quelle adottate a livello regionale
- PRO.1.1.7** Sono definite, disponibili e applicate procedure che facilitano il contatto del paziente con i propri familiari
- PRO.1.1.8** Esistono evidenze che il paziente ed i suoi familiari siano addestrati alla gestione dei problemi disabilitanti ed all'uso di protesi, ortesi ed ausili tecnici
- PRO.1.1.9** Esistono evidenze dell'utilizzo di programmi di supporto psicologico a favore del paziente e dei suoi familiari
- PRO. 1.1.10** Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati
- PRO. 1.1.11** Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche
- PRO.1.1.12** Sono definite, disponibili e applicate procedure per il collegamento con le Funzioni di degenza per Acuti, con le Funzioni riabilitative e con i Servizi territoriali

PRO.2 Cartella Clinica

PRO.2.1 Cartella Integrata

- PRO.2.1.1** Per ciascun ospite è compilata una Cartella Integrata, periodicamente aggiornata

contenuti

- Risultati delle valutazioni
- Strumenti di valutazione standardizzati utilizzati
- Elementi di valutazione degli aspetti sociali

PRO.3 Gestione del rischio

PRO.3.1 Procedure

PRO.3.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori relative alla gestione del rischio

contenuti

- Lesioni da pressione
- Infezioni
- Sindrome da immobilizzazione
- Prevenzione delle cadute

PRO.3.1.2 Esiste evidenza di un'attività di monitoraggio del rischio di burn-out per gli operatori e delle relative procedure di recupero

PRO.3.1.3 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la protezione dai rischi legati a sollevamenti e da postura nell'assistenza dei pazienti

PRO.4 Dimissione

PRO.4.1 Continuità dell'assistenza

PRO.4.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure finalizzate ad assicurare la continuità dell'assistenza in fase di dimissione del paziente

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE ASA – ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

ASA.1 Presa in carico

ASA.1.1 Strumenti di riferimento

- ASA.1.1.1** Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente ambulatoriale, per le specifiche discipline, in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- ASA.1.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure operative contestualizzate relative ai percorsi differenziati dei pazienti ambulatoriali
- ASA.1.1.3** È attivo un sistema trasparente per la gestione delle prenotazioni e delle liste d'attesa
- ASA.1.1.4** Sono definite, disponibili e applicate procedure per fornire informazioni al paziente riguardanti la preparazione ai trattamenti ed eventuali suggerimenti o prescrizioni per il periodo successivo a questi
- ASA.1.1.5** Sono attivati protocolli per la corretta registrazione delle prestazioni erogate ai pazienti trattati
- ASA.1.1.6** Esiste evidenza di interventi di miglioramento in merito all'applicazione delle procedure definite

ASA.1.2 Gestione del rischio

- ASA.1.2.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione tra operatori e pazienti durante le attività ambulatoriali
- ASA.1.2.2** Sono attivati protocolli per l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste in ambito ambulatoriale
- ASA.1.2.3** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla corretta gestione dei dispositivi medici utilizzati nell'ambito delle attività ambulatoriali
- ASA.1.2.4** Sono attivati protocolli per la gestione dei farmaci
- ASA.1.2.5** È disponibile un piano per le situazioni d'emergenza e per il trasferimento del paziente in idonea struttura in caso di necessità

ASA.2 Continuità assistenziale

ASA.2.1 Informazioni al paziente e al medico curante

ASA.2.1.1 Sono attivi protocolli relativi ai collegamenti con i medici curanti

ASA.2.1.2 Esiste evidenza che siano fornite al paziente specifica relazione clinica per il medico curante

ASA.2.1.3 Esiste evidenza che il paziente sia opportunamente informato e orientato sul proseguimento delle cure

ASA.2.2 Integrazione

ASA.2.2.1 Sono attivi protocolli relativi ai collegamenti con altri servizi coinvolti nella gestione del paziente

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE CHA – CHIRURGIA AMBULATORIALE

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

CHA.1 Presa in carico

CHA.1.1 Strumenti di riferimento

- CHA.1.1.1 È attivo un sistema trasparente per la gestione delle prenotazioni e delle liste d'attesa
- CHA.1.1.2 Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente chirurgico per le diverse tipologie di intervento in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- CHA.1.1.3 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la sorveglianza delle infezioni della ferita chirurgica
- CHA.1.1.4 Sono definiti e messi in atto protocolli per l'acquisizione di prestazioni diagnostiche
- CHA.1.1.5 Sono definite, disponibili e applicate procedure relative all'attività anestesiológica e al collegamento con i servizi di anatomia patologica
- CHA.1.1.7 Sono attivati protocolli per la corretta registrazione delle prestazioni erogate ai pazienti trattati
- CHA.1.1.8 Esiste evidenza di interventi di miglioramento in merito all'applicazione delle procedure definite

CHA.2 Fase preoperatoria

CHA.2.1 Protocolli

- CHA.2.1.1 Le indicazioni contenute nelle linee-guida adottate sono state contestualizzate in protocolli condivisi tra i professionisti interessati relativi alla valutazione preoperatoria del paziente chirurgico, anche in relazione alla stratificazione del rischio generale e specifico
- CHA.2.1.2 Esiste evidenza che i protocolli relativi alla valutazione preoperatoria del paziente chirurgico siano applicati
- CHA.2.1.3 Sono attivati protocolli relativi alla corretta preparazione del paziente chirurgico ai trattamenti

CHA.3 Fase perioperatoria

CHA.3.1 Linee guida

- CHA.3.1.1 Sono adottate linee-guida, in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze, per la gestione dell'antibiotico profilassi perioperatoria
- CHA.3.1.2 Esiste evidenza che le linee-guida adottate per la gestione dell'antibiotico profilassi perioperatoria siano applicate

CHA.3.2 Gestione del rischio

CHA.3.2.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise tra i diversi operatori relative alla gestione del rischio

contenuti

- registro operatorio
- prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- infezioni del sito chirurgico
- sistema di rintracciabilità della strumentazione chirurgica
- procedure di identificazione di lato
- disinfezione e sterilizzazione

CHA.3.2.2 Esiste evidenza che l'attività relativa alla gestione del rischio sia valutata

CHA.3.2.3 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione/gestione delle complicanze più frequenti e più gravi nei casi trattati

CHA.3.2.4 Sono definite, disponibili e applicate procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione tra operatori e pazienti durante le attività ambulatoriali

CHA.3.2.5 È disponibile un piano per le situazioni d'emergenza e per il trasferimento del paziente in idonea struttura in caso di necessità

CHA.3.2.6 Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla corretta gestione dei dispositivi medici utilizzati

CHA.4 Continuità assistenziale

CHA.4.1 Informazioni al paziente e al medico curante

CHA.4.1.1 Sono attivi protocolli relativi ai collegamenti con i medici curanti

CHA.4.1.2 Esiste evidenza che siano fornite al paziente specifica relazione clinica per il medico curante

CHA.4.1.3 Esiste evidenza che il paziente sia opportunamente informato sul decorso post-operatorio e sui trattamenti collegati

CHA.5 Follow-up

CHA.5.1 Protocolli

CHA.5.1.1 Le indicazioni contenute nelle linee-guida adottate sono state contestualizzate in protocolli condivisi tra i professionisti interessati relativi al follow-up del paziente chirurgico per le diverse tipologie di intervento

CHA.5.1.2 Esiste evidenza che i protocolli relativi alla gestione del follow-up siano applicati

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE MLB – MEDICINA DI LABORATORIO

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

MLB.1 Fase preanalitica

MLB.1.1 Accesso al prelievo

MLB.1.1.1 È disponibile una documentazione informativa per gli utenti e per gli operatori relativa alle modalità di accesso

contenuti

- orari per i prelievi
- modalità di prenotazione e di accettazione
- orari di accettazione dei campioni provenienti da servizi collegati
- modalità di accettazione per gli esami urgenti
- modalità di pagamento delle quote di partecipazione alla spesa
- sede e modalità di ritiro dei referti

MLB.1.2 Elenco delle prestazioni

MLB.1.2.1 È disponibile una documentazione informativa per utenti e operatori in cui siano riportate tutte le prestazioni eseguibili, le prestazioni urgenti(*), la definizione di "esame urgente" (*), le quote di partecipazione alla spesa, le esenzioni, gli impegni assunti.

contenuti

- unità di misura
- metodo utilizzato
- tempo medio di risposta (dal prelievo/arrivo del campione in Laboratorio al rilascio del referto), con la distinzione tra esami routinari ed esami urgenti

MLB.1.3 Richiesta degli esami

MLB.1.3.1 È disponibile una documentazione informativa per gli operatori relativa alle modalità di richiesta degli esami

contenuti

- istruzioni per la valutazione della corretta compilazione della richiesta, criteri di accettabilità e modalità di gestione delle richieste non conformi
- modalità di identificazione dei campioni urgenti(*)
- modalità di registrazione e tracciabilità della data e dell'ora di accettazione dei campioni in laboratorio
- modalità di accesso diretto degli utenti senza impegnativa del SSR

MLB.1.3.2 La documentazione informativa per gli operatori prevede un set di informazioni essenziali per la richiesta degli esami

contenuti

- identificazione univoca dell'utente: data di nascita, sesso, codice fiscale
- identificazione univoca del prescrittore (tranne che per l'accesso diretto)
- esami richiesti
- data della raccolta del campione primario
- tipo di campione primario e sede anatomica d'origine, quando previsto
- notizie cliniche, quando previsto

Nota

Nella documentazione informativa sono specificati i casi per i quali indicare il tipo di campione primario e la sede anatomica d'origine nonché le condizioni per le quali sono richieste notizie cliniche

MLB.1.4 Preparazione all'esame e raccolta del campione

MLB.1.4.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori sulle modalità per la preparazione dell'utente, la raccolta e il trattamento dei campioni primari

contenuti

- istruzioni per la preparazione dell'utente
- istruzioni e modelli informativi per gli utenti per la preparazione prima della raccolta del campione
- modalità di acquisizione della liberatoria per il trattamento dei dati personali dei pazienti ambulatoriali
- modulo per il consenso informato, quando previsto
- istruzioni per le attività di prelievo, comprese tipologia e quantità del campione primario, e per la raccolta dei campioni biologici
- elenco provette e contenitori per le diverse tipologie di test
- istruzioni per la conservazione e l'invio dei campioni
- procedura di accettazione dei campioni e delle richieste
- limiti temporali per la richiesta di esami aggiuntivi sullo stesso campione primario
- istruzioni per l'eliminazione sicura del materiale impiegato per la raccolta
- modalità e periodicità del monitoraggio della conformità della raccolta dei campioni
- modalità di comunicazione delle informazioni ai responsabili della raccolta dei campioni primari
- istruzioni per il trattamento di eventuali emergenze cliniche
- disponibilità di farmaci o presidi sanitari da utilizzare nel caso di incidenti nel corso del prelievo e modalità di gestione degli stessi
- modalità di gestione delle apparecchiature e del materiale di consumo
- procedure per la gestione di emergenze informatiche con riferimento al sistema di accettazione o al collegamento con il laboratorio

MLB.1.5 Idoneità dei campioni

MLB.1.5.1 È disponibile una procedura per la valutazione dell'idoneità dei campioni

contenuti

- criteri di idoneità e di rifiuto
- registrazione dei campioni rifiutati
- modalità di comunicazione agli utenti relativa ai campioni rifiutati

MLB.1.6 Tracciabilità del campione

MLB.1.6.1 È disponibile una procedura di identificazione e rintracciabilità dei campioni

contenuti

- modalità per garantire la rintracciabilità dei campioni
- modalità per ricondurre le aliquote al campione originale primario
- criteri di non-accettabilità dei campioni primari
- modalità di gestione dei campioni con richieste di esami con valenza medico legale
- modalità di gestione dei campioni da custodire per esami successivi

MLB.1.7 Trasporto e conservazione dei materiali biologici

MLB.1.7.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per il trasporto dei campioni, limitatamente ai casi consentiti da specifiche disposizioni regionali, a garanzia della conservazione delle caratteristiche degli stessi e della sicurezza del personale addetto
contenuti

- istruzioni per imballaggio, etichettatura e trasporto dei campioni inviati al laboratorio
- istruzioni per la protezione dei campioni da deterioramento
- modalità per la registrazione della data e dell'ora di invio e di arrivo, quando previsto
- modalità di registrazione di eventuali incidenti occorsi durante il trasporto che possono influenzare la qualità del campione o la sicurezza del personale
- modalità e tempi di conservazione dei campioni per assicurarne la stabilità delle proprietà per eventuali ripetizioni dell'esame o per esami aggiuntivi
- elenco dei test per i quali le modalità di conservazione e trasporto potrebbero essere critiche e definizione dei limiti di tolleranza per i fattori in causa
- criteri di accettabilità dei campioni e modalità da adottare nella gestione di campioni non conformi

Nota

Nella documentazione informativa sono specificati i casi per i quali registrare data e ora di invio e di arrivo del campione

MLB.1.8 Revisioni

MLB.1.8.1 È disponibile una procedura che definisca la periodicità e le modalità di revisione della documentazione relativa alla fase preanalitica

(*) applicabile con riferimento ai laboratori ospedalieri

Nota

Laddove l'utenza sia costituita anche da soggetti in carico a servizi di una struttura di afferenza, le eventuali differenze operative tra utenza interna ed esterna saranno esplicitate

MLB.2 Fase analitica

MLB.2.1 Approvvigionamento delle attrezzature e dei reagenti

MLB.2.1.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per l'approvvigionamento dei dispositivi per la diagnostica in vitro, dei sistemi informatici e dei reagenti

contenuti

- valutazione delle scadenze, dell'adeguamento alle norme tecniche, dell'eventuale disponibilità di nuove apparecchiature
- inventario aggiornato delle attrezzature in dotazione contenente il tipo di strumento e il codice di identificazione

MLB.2.2 Attività analitica

MLB.2.2.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori relativa all'attività analitica

contenuti

- rilevanza clinica / scopo dell'esame
- requisiti del campione e modalità di identificazione
- apparecchiature ed attrezzature impiegate
- reagenti, standard o calibratori e materiali per il controllo di qualità
- istruzioni per l'esecuzione dell'analisi
- modalità di registrazione e di calcolo dei risultati
- modalità relative all'assicurazione qualità
- registrazione degli intervalli di riferimento
- valutazione del rischio per gli operatori

MLB.2.3 Manutenzione

MLB.2.3.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per la manutenzione delle apparecchiature

contenuti

- programmi di manutenzione preventiva
- piano per la manutenzione ordinaria programmata e straordinaria per ciascuna delle apparecchiature in uso
- eventuali necessità definite dagli utilizzatori in funzione delle criticità, della disponibilità all'uso e della normativa vigente
- competenze e responsabilità per le operazioni di manutenzione svolte dal personale del laboratorio
- procedure per la richiesta di assistenza straordinaria
- modalità di registrazione degli interventi

MLB.2.4 Controllo di qualità interno

MLB.2.4.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori relative al sistema di controllo per tutte le analisi

contenuti

- criteri di applicazione e modalità di esecuzione del controllo di qualità interno
- impiego di appropriate procedure statistiche
- criteri di validazione dei risultati ottenuti sul materiale di controllo di qualità interno in uso
- modalità di archiviazione dei dati secondo la normativa vigente
- modalità di revisione periodica dei risultati del controllo di qualità interno e di documentazione delle azioni intraprese per il miglioramento

MLB.2.5 Verifica esterna di qualità

MLB.2.5.1 È disponibile una documentazione informativa per gli operatori relativa alla verifica esterna di qualità

contenuti

- generalità e qualificazione dei fornitori dei programmi di Valutazione Esterna di Qualità
- criteri di valutazione dei risultati e eventuali azioni correttive
- modalità di archiviazione della documentazione dei risultati ottenuti
- sistema di assicurazione di qualità adottato nei casi in cui non siano disponibili programmi di VEQ

MLB.2.6 Rintracciabilità

MLB.2.6.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per la rintracciabilità dei campioni e dei prodotti per diagnostica in vitro

contenuti

- procedura di identificazione univoca del campione (e dei campioni secondari, dove applicabile) che garantisca la sua rintracciabilità durante l'intero processo di analisi e minimizzi il rischio di scambio
- metodologia di identificazione univoca dei consumabili per diagnostica in vitro, comprendente il numero di lotto e l'indicazione della scadenza o del limite di utilizzo
- procedura di acquisto, ricevimento, verifica dell'idoneità, registrazione e stoccaggio del materiale per diagnostica in vitro e modalità di controllo delle condizioni di conservazione, secondo le specifiche del produttore

MLB.2.7 Validazione

MLB.2.7.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per la validazione dei risultati strumentali

contenuti

- modalità di validazione dei risultati strumentali
- ambito di responsabilità delle figure professionali del laboratorio coinvolte nella procedura di validazione

MLB.2.8 Revisioni

MLB.2.8.1 È disponibile una procedura che definisca la periodicità e le modalità di revisione della documentazione relativa alla fase analitica

MLB.3 Fase postanalitica

MLB.3.1 Refertazione

MLB.3.1.1 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per la produzione del referto e la consegna al richiedente

contenuti

- nome del laboratorio
- identificazione univoca dell'utente
- prescrittore/richiedente
- data della raccolta del campione
- data e ora di produzione del referto
- materiale analizzato
- risultato
- intervallo di riferimento
- metodo analitico utilizzato
- segnalazione dei risultati anomali
- firma, manuale o digitale, del professionista abilitato

MLB.3.1.2 Sono disponibili procedure e documentazione informativa per gli operatori per la comunicazione telematica dei risultati(*)

contenuti

- ambiti e modalità relativi alla comunicazione telematica dei risultati
- personale del laboratorio autorizzato a comunicare i risultati
- soggetti che possono ricevere i risultati
- modalità per assicurare una identificazione univoca dell'utente, da parte di chi comunica o riceve il risultato
- modalità di conferma della correttezza della trasmissione
- modalità di registrazione dell'avvenuta trasmissione
- mantenimento della riservatezza
- modalità di consegna del referto originale

MLB.3.1.3 È disponibile una procedura per la trasmissione tempestiva dell'esito in caso di valori/risultati critici predefiniti al soggetto che ha richiesto gli esami

MLB.3.2 Turnaround time (TAT) (*)

MLB.3.2.1 È disponibile una documentazione relativa al monitoraggio del Turnaround time degli esami più significativi

nota

Il TAT è l'intervallo di tempo che intercorre fra l'arrivo in laboratorio di una richiesta urgente e il tempo di consegna del referto. Quando applicabile, possono essere previsti, se misurabili in modo preciso, altri intervalli.

MLB.3.2.2 È disponibile una documentazione relativa all'utilizzo dei dati sui ritardi del TAT per gli esami più significativi

MLB.3.3 Intervalli di riferimento

MLB.3.3.1 È disponibile una documentazione informativa sulle modalità di individuazione degli intervalli di riferimento

nota

Modalità di individuazione degli intervalli di riferimento:

- in ottemperanza a raccomandazioni di buona pratica di laboratorio o attraverso metodi di peer-review
- secondo le raccomandazioni indicate dal produttore dei reagenti impiegati

MLB.3.3.2 È disponibile una documentazione relativa all'attività di revisione degli intervalli di riferimento adottati

MLB.3.4 Revisioni

MLB.3.4.1 È disponibile una procedura che definisca la periodicità e le modalità di revisione della documentazione relativa alla fase postanalitica

(*) applicabile con riferimento ai laboratori ospedalieri

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE RSS – ASSISTENZA PER LA SENESCENZA

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

RSS.1 Presa in carico

RSS.1.1 Piano Assistenziale

- RSS. 1.1.1** È previsto, per ogni ospite, un Piano individualizzato di assistenza elaborato sulla base dei bisogni individuali, determinati attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale, compresi quelli deliberati a livello regionale
- RSS.1.1.2** Esiste evidenza dell'attuazione del Piano individualizzato di assistenza, compresi i programmi educativi e riabilitativi finalizzati al mantenimento ed al miglioramento delle abilità, in relazione agli specifici bisogni
- RSS.1.1.3** Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze
- RSS.1.1.4** Sono attivati, sulla base delle linee-guida adottate, protocolli relativi al trattamento dei pazienti per specifiche condizioni cliniche
- RSS. 1.1.5** È identificato per ogni ospite un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari
- RSS. 1.1.6** Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica dei bisogni assistenziali dell'ospite, individuati attraverso strumenti di valutazione multidimensionale, compresi quelli deliberati a livello regionale
- RSS. 1.1.7** Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati
- RSS. 1.1.8** Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche
- RSS.1.1.9** Esiste evidenza che il Piano individualizzato di assistenza contempli la promozione dell'autonomia e della socializzazione
- RSS. 1.1.10** Esiste evidenza di attività finalizzate a favorire il coinvolgimento dei familiari dell'ospite
- RSS. 1.1.11** Esiste evidenza di protocolli o convenzioni relativi ad attività di rete con gli altri servizi del territorio, al fine di garantire all'ospite la migliore qualità di vita possibile
- RSS. 1.1.12** Esiste evidenza di programmi di supporto psicologico a favore degli ospiti e dei loro familiari
- RSS. 1.1.13** Esiste evidenza che i turni del personale siano organizzati in modo tale da assicurare che siano gli stessi operatori a prendersi cura dei medesimi ospiti

RSS.2 Cartella clinica

RSS.2.1 Cartella clinica integrata

- RSS. 2.1.1** Per ciascun ospite è compilata una cartella clinica integrata, periodicamente aggiornata

contenuti

- strumenti di valutazione standardizzati utilizzati
- risultati delle valutazioni compresi gli eventi avversi
- prestazioni erogate e trattamenti farmacologici
- registrazione di eventuali assenze dell'utente

- elementi di valutazione sociale
- tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale
- eventuali elementi di rischio per il paziente

RSS.3 Gestione del rischio

RSS.3.1 Procedure e protocolli

PSS.3.1.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori relative alla gestione del rischio clinico

contenuti

- Lesioni da pressione
- Infezioni
- Sindrome da immobilizzazione
- Presenza di cateteri
- Prevenzione delle cadute

RSS. 3.1.2 Esistono e sono applicati protocolli relativi alla prevenzione dei rischi legati a fattori ambientali

contenuti

- Eventi climatici avversi

RSS. 3.1.3 Esistono e sono applicate procedure per la determinazione del rischio individuale rispetto ad eventi climatici avversi

RSS.3.2 Rischio professionale

RSS. 3.2.1 Esistono evidenze di un'attività di monitoraggio del rischio di burn-out per gli operatori e delle relative procedure di recupero

RSS.4 Dimissione

RSS.4.1 Continuità assistenziale

RSS. 4.1.1 Sono definite, disponibili ed applicate procedure operative finalizzate ad assicurare la continuità dell'assistenza in fase di dimissione dell'ospite

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE RSD – ASSISTENZA PER LA DISABILITÀ

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

RSD. 1. Presa in carico

RSD.1.1.Progetto riabilitativo

- RSD.1.1.1** Sono svolti regolarmente programmi educativi e riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento delle abilità, in relazione alle specifiche disabilità, come definito nel progetto riabilitativo
- RSD.1.1.2** 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
- RSD. 1.1.3** Esiste evidenza di una valutazione periodica del grado di disabilità del paziente
- RSD. 1.1.4** Esiste evidenza di attività finalizzate a favorire il coinvolgimento dei familiari dell'utente nel percorso di cura
- RSD. 1.1.5** Esiste evidenza di protocolli o convenzioni relativi ad attività di rete con gli altri servizi del territorio anche al fine di garantire all'utente la migliore qualità di vita possibile
- RSD. 1.1.6** E' definito, aggiornato e disponibile un documento illustrante la "giornata tipo" degli ospiti

RSD.1.2.Gestione del rischio

- RSD.1.2.1** Esiste evidenza di un'attività di monitoraggio del rischio di burn-out per gli operatori e delle relative procedure di recupero
- RSD.1.2.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione ed il trattamento di disturbi comportamentali e sintomi di depressione degli utenti

RSD. 2. Cartella clinica

RSD.2.1.Cartella Clinica Unica

- RSD.2.1.1** Per ciascun utente presente presso la struttura è compilata una Cartella Clinica Unica periodicamente aggiornata

contenuti

- strumenti standardizzati utilizzati
- risultati delle valutazioni della disabilità
- prestazioni erogate e trattamenti farmacologici
- registrazione di eventuali assenze dell'utente
- elementi di valutazione sociale
- eventuali elementi di rischio per il paziente
- tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale

RSD. 3. Dimissione

RSD.3.1.Continuità assistenziale

- RSD.3.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure operative relative alla dimissione dell'utente, nell'ottica della continuità assistenziale

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE RSP – ASSISTENZA PSICHIATRICA

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

RSP 1 Presa in carico

RSP 1.1 Progetto riabilitativo

- RSP 1.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure che definiscono la modalità di accoglienza dell'utente
- RSP 1.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative ai trattamenti da svolgersi nella struttura (programmi terapeutici, programmi riabilitativi)
- RSP1.1. 3** E' predisposto per ciascun utente un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato
- RSP 1.1.4** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative all'inserimento che prevedano il confronto tra gli operatori del CSM inviante e gli operatori della struttura
- RSP 1.1.5** Le schede di accettazione, sottoscritte dagli ospiti, esplicitano gli obiettivi del trattamento, i tempi, il regolamento interno della struttura
- RSP 1.1.6** Sono definite, disponibili e applicate le procedure per una valutazione delle abilità e disabilità specifiche e del livello di relazione interpersonale, al fine di formulare il progetto riabilitativo individualizzato
- RSP 1.1.7** Nella cartella clinica sono monitorate periodicamente le diverse aree dell'intervento riabilitativo attraverso strumenti standardizzati , che registrano le modifiche nelle condizioni cliniche e nei livelli di funzionamento dei singoli pazienti.
- RSP 1.1.8** Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'integrazione progettuale con i servizi di salute mentale territoriali di riferimento
- RSP1.1.9** Sono attivati protocolli che assicurino un collegamento con i medici di medicina generale ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli utenti
- RSP1.1.10** Sono attivati protocolli che regolino i rapporti con gli altri servizi (servizi sociali, servizi di accompagnamento al lavoro) le cui attività sono utili alla realizzazione del programma riabilitativo
- RSP 1.1.11** Vi è evidenza che la struttura organizza attività ricreative, di socializzazione per gli ospiti

RSP 2. Gestione del rischio

RSP 2.1 Procedure

- RSP 2.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione/gestione degli effetti indesiderati dei farmaci
- RSP 2.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'individuazione degli eventi indesiderati, con l'attuazione di opportuni interventi correttivi

contenuti

- intossicazione da farmaci
- atti aggressivi
- fughe

RSP 3. Dimissione

RSP 3.1 Continuità assistenziale

- RSP 3.1.1** Sono attivati protocolli che regolino i contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti terapeutico riabilitativi individuali, in integrazione con le azioni del CSM
- RSP 3.1.2** Sono attivi protocolli che regolino i contatti con i datori di lavoro dei pazienti al fine del sostegno nella realizzazione dei programmi di inserimento lavorativo in integrazione con le azioni del CSM

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

ATTIVITÀ IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE RST – ASSISTENZA PER STATI DI DIPENDENZA

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

RST.1 Presa in carico

RST.1.1 Ammissione

RST. 1.1.1 Sono definite, disponibili ed applicate procedure che garantiscono la volontarietà dell'accesso e della permanenza nella struttura, con l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica e psichica degli utenti

RST. 1.1.2 Sono definiti e messi in atto protocolli che prevedono, in fase di ammissione dell'utente, la valutazione multidisciplinare dello stato di salute, con particolare attenzione alla prevenzione e gestione delle patologie infettive correlate alla tossicodipendenza

RST.1.2 Progetto assistenziale

RST. 1.2.1 E' previsto per ciascun ospite un programma terapeutico-riabilitativo-pedagogico

RST. 1.2.2 Esiste evidenza dell'effettuazione e valutazione periodica dello stato psicosociale dell'utente

RST. 1.2.3 Sono definite, disponibili e applicate procedure per il coinvolgimento degli utenti nell'organizzazione della vita quotidiana

RST. 1.2.4 Esiste evidenza di programmi di inserimento lavorativo

RST. 1.2.5 Esiste evidenza del coinvolgimento dei familiari nei processi di socializzazione degli utenti

RST. 1.2.6 Esiste evidenza del coinvolgimento di Associazioni di volontariato nei processi di socializzazione degli utenti

RST.2 Gestione del rischio

RST.2.1 Rischio professionale

RST. 2.1.1 Esiste evidenza di un sistema di supervisione del team assistenziale

RST. 2.1.2 Esiste evidenza di un'attività di monitoraggio del rischio di burn-out per gli operatori e delle relative procedure di recupero

RST.2.2 Procedure

RST. 2.2.1 Sono definite, disponibili e applicate procedure specifiche per la gestione del rischio in relazione ad autolesioni, condotte aggressive e somministrazione di farmaci

RST.3 Dimissione

RST.3.1 Continuità assistenziale

RST. 3.1.1 Sono definiti e messi in atto protocolli per la comunicazione al medico curante e ai servizi territoriali durante e al termine dell'intervento riabilitativo

RST.3.2 Umanizzazione

RST. 3.2.1 Gli utenti hanno la possibilità di concordare individualmente l'ingresso e l'uscita dalla struttura

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

**ATTIVITÀ DOMICILIARE
AAD – ASSISTENZA DOMICILIARE**

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

AAD.1 Presa in carico

AAD.1.1 Piano Assistenziale

AAD. 1.1.1 Esiste evidenza che per ciascun paziente sia effettuata una valutazione iniziale dei bisogni assistenziali determinati attraverso strumenti di valutazione multidimensionale, compresi quelli deliberati a livello regionale

contenuti

- salute fisica
- salute mentale
- stato funzionale
- stato socioeconomico

AAD. 1.1.2 È previsto, per ogni paziente, un Piano individualizzato di assistenza elaborato sulla base dei bisogni individuati

AAD.1.1.3 Esiste evidenza dell'attuazione del Piano individualizzato di assistenza, compresi i programmi educativi e riabilitativi finalizzati al mantenimento ed al miglioramento delle abilità, in relazione agli specifici bisogni

AAD.1.1.4 Esiste evidenza che il Piano individualizzato di assistenza è aggiornato sulla base di valutazioni periodiche dei bisogni

AAD.1.1.5 Sono adottate linee-guida per la corretta gestione del paziente in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze

AAD.1.1.6 Sono attivati, sulla base delle linee-guida adottate, protocolli relativi al trattamento dei pazienti per specifiche condizioni cliniche

AAD. 1.1.7 È identificato per ogni paziente un case-manager responsabile del piano individuale di assistenza e dei rapporti con i familiari

AAD. 1.1.8 Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica dei bisogni assistenziali del paziente, individuati attraverso strumenti di valutazione multidimensionale, compresi quelli deliberati a livello regionale

AAD. 1.1.9 Esiste evidenza dell'effettuazione di una valutazione periodica del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati

AAD. 1.1.10 Esiste evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore, secondo le migliori evidenze scientifiche

AAD.1.1.11 Esiste evidenza che il Piano individualizzato di assistenza contempli la promozione dell'autonomia e della socializzazione

AAD.1.1.12 Sono attivati protocolli per la somministrazione dei farmaci da parte del personale non medico

AAD.1.1.13 Sono attivati protocolli per la consegna dei farmaci a domicilio

AAD.1.1.14 Sono attivati protocolli relativi alle modalità di prelievo e conservazione di materiali biologici

- AAD. 1.1.15** Esiste evidenza di attività finalizzate a favorire il coinvolgimento dei familiari del paziente nel percorso di cura
- AAD. 1.1.16** Esiste evidenza di protocolli o convenzioni relativi ad attività di rete con gli altri servizi del territorio, anche al fine di garantire al paziente la migliore qualità di vita possibile
- AAD. 1.1.17** Esiste evidenza di programmi di supporto psicosociale a favore dei pazienti e dei loro familiari
- AAD. 1.1.18** Esiste evidenza che i turni del personale siano organizzati in modo tale da assicurare che siano gli stessi operatori a prendersi cura dei medesimi pazienti

AAD.2 Cartella clinica

AAD.2.1 Cartella clinica domiciliare

- AAD. 2.1.1** Per ciascun paziente è compilata una cartella clinica, periodicamente aggiornata

contenuti

- risultati delle valutazioni compresi gli eventi avversi
- accessi effettuati per operatore
- prestazioni erogate e trattamenti farmacologici
- registrazione di eventuali assenze dell'utente
- tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale
- eventuali elementi di rischio per il paziente

- AAD. 2.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori per la tenuta della cartella clinica, compresa la reperibilità da parte del personale

AAD.3 Gestione del rischio

AAD.3.1 Procedure e protocolli

- AAD.3.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori relative alla gestione del rischio clinico

contenuti

- Lesioni da pressione
- Infezioni
- Sindrome da immobilizzazione
- Presenza di cateteri
- Prevenzione delle cadute

- AAD.3.1.2** Sono identificati, registrati e gestiti, anche preventivamente, gli eventi avversi più importanti per frequenza e/o gravità
- AAD. 3.1.3** Esistono e sono applicati protocolli relativi alla prevenzione dei rischi per il paziente legati a fattori ambientali
- AAD.3.1.4** Sono attivati protocolli per l'esecuzione delle principali manovre strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso

contenuti

- posizionamento di sonde naso gastriche
- posizionamento di cateteri vescicali
- gestione dei dispositivi per la nutrizione artificiale

AAD.3.1.5 Sono definite, disponibili e applicate procedure per la gestione delle emergenze

AAD.3.1.6 Sono attivati protocolli relativi al collegamento tempestivo, in caso di necessità, con la sede operativa o con il responsabile del servizio

AAD.3.2 Rischio professionale

AAD.3.2.1 Vi sono linee-guida e procedure scritte per la prevenzione dei rischi professionali collegati all'assistenza a domicilio

AAD.3.2.2 Sono definite, disponibili e applicate procedure condivise fra i diversi operatori per la prevenzione, il monitoraggio e la gestione di eventi avversi per il personale.

AAD. 3.2.3 Esistono evidenze di un'attività di monitoraggio del rischio di burn-out per gli operatori e delle relative procedure di recupero

AAD.4 Continuità assistenziale

AAD.4.1 Integrazione dell'assistenza

AAD. 4.1.1 Sono definite, disponibili ed applicate procedure operative per il collegamento con le funzioni assistenziali e i professionisti coinvolti nella gestione e nel percorso assistenziale del paziente

contenuti

- MMG
- Assistenza specialistica
- Struttura di ricovero ospedaliero
- RSA

AAD.4.2 Dimissione

AAD. 4.2.1 Sono definite, disponibili ed applicate procedure operative finalizzate ad assicurare la continuità dell'assistenza del paziente

REQUISITI ULTERIORI PER L'ACCREDITAMENTO

NPI – NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

In fase di valutazione dei fattori sarà prevista la possibilità di dichiararne la non applicabilità, anche parziale, esplicitandone le motivazioni.

NPI 1. Presa in carico

NPI.1.1 Strumenti di riferimento

- NPI 1.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure che definiscono la modalità di accoglienza dell'utente
- NPI 1.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla presa in carico e ai trattamenti da svolgersi nella struttura (programmi terapeutici, programmi riabilitativi)
- NPI 1.1.3** E' predisposto per ciascun utente un progetto terapeutico o riabilitativo individualizzato
- NPI 1.1.4** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alle caratteristiche generali degli interventi, all'applicazione del modello operativo di équipe e alla fornitura di prestazioni specialistiche neurologiche e psichiatriche, unitarie e coordinate
- NPI 1.1.5** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla formulazione uniforme della diagnosi (ICD-10 multiassiale), al tempo necessario per produrla ed al suo aggiornamento nel tempo
- NPI 1.1.6** In tutte le articolazioni organizzative del Servizio è assicurata l'integrazione tra i diversi tipi di intervento clinico (interventi educativi, riabilitativi, psicoterapeutici, farmacologici, scolastici, di "rete", ecc.)
- NPI 1.1.7** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative al trattamento di almeno sei delle seguenti patologie: disturbi dello spettro autistico, break-out adolescenziali, disturbi di apprendimento, paralisi cerebrali infantili, cefalee, disturbi dell'attenzione e dell'attività, disturbi della comunicazione e del linguaggio, disturbi delle condotte alimentari, ritardo mentale, epilessia, abuso, maltrattamento e sfruttamento sessuale
- NPI 1.1.8** Nella cartella clinica sono monitorate sistematicamente le diverse aree degli interventi effettuati anche attraverso l'uso di strumenti standardizzati, che registrano le modifiche nelle condizioni cliniche e nei livelli di funzionamento dei singoli pazienti. Sono altresì riportate informazioni esaustive circa la modalità di conclusione del trattamento, con particolare riguardo agli abbandoni e ai "persi di vista".
- NPI 1.1.9** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla misurazione degli esiti dei trattamenti, utilizzando scale e strumenti di valutazione validati e condivisi, almeno per le patologie che comportano il maggior carico assistenziale.

NPI 2. Integrazione del servizio

NPI 2.1 Procedure

- NPI 2.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla collaborazione con i pediatri di libera scelta/medici di medicina generale, con i reparti pediatrici degli ospedali del territorio (attività di consultazione e di collegamento), con i Consultori Familiari, con il Centro di Salute Mentale per adulti e con l'SPDC
- NPI 2.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla collaborazione con le strutture riabilitative accreditate e le altre strutture private o del privato sociale del territorio di riferimento o a cui il Servizio invia i suoi pazienti
- NPI 2.1.3** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione dei disabili nelle scuole e per le modalità di invio dei casi al Servizio, e con i Servizi Sociali per il riorientamento dei casi e per la definizione delle reciproche competenze e consulenze

- NPI 2.1.4** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla collaborazione con gli Enti Locali e le istituzioni nazionali per l'inserimento lavorativo e sociale dei soggetti con handicap in età post-scolare, e per altre collaborazioni con gli Enti Locali sulla tutela dei minori e la disabilità
- NPI 2.1.5** Sono definite, disponibili e applicate procedure relative alla collaborazione con gli Enti preposti all'amministrazione della giustizia nella rete degli interventi di tutela e cura dei minori abusati, deprivati, sottoposti a provvedimenti giudiziari
- NPI 2.1.6** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la gestione delle eventuali situazioni di urgenza psichiatrica (elenco di reparti di riferimento, nominativi dei responsabili, modalità con cui possono essere attivati, tipologia, priorità, aspetti critici; accordi locali anche alternativi al ricovero; procedure per la gestione dell'agitazione psicomotoria; procedure per l'attivazione del TM o di ASO/TSO, ecc)

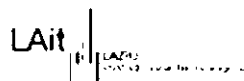
NPI 3. Gestione del rischio

NPI 3.1 Procedure

- NPI 3.1.1** Sono definite, disponibili e applicate procedure per la prevenzione/gestione degli effetti indesiderati dei farmaci psicotropi, antiepilettici e altri farmaci
- NPI 3.1.2** Sono definite, disponibili e applicate procedure per l'individuazione di altri eventi indesiderati, con l'attuazione di opportuni interventi correttivi

contenuti

- ricorso urgente al pronto soccorso per motivi NPIA di paziente in carico
- abbandono da parte di paziente grave
- tentato suicidio o auto-lesione di paziente in carico attuale o passato
- abbandono scolastico o espulsività
- perdita di lavoro
- reato commesso o subito da paziente in carico
- atti di paziente in carico che danno luogo a situazioni di grave pericolo
- crisi acuta con intervento delle forze dell'ordine di minore residente nel bacino di utenza
- maltrattamento o abuso grave da parte della famiglia a pazienti in carico per altre problematiche
- stato di male epilettico in bambino in trattamento presso il servizio
- polmoniti ab ingestis ripetute in Paralisi Cerebrale Infantile
- bullismo nei confronti di bambino disabile



Sistema informativo per le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture sanitarie

Manuale d'uso

Versione 2.2 del 09/11/2010



Art



Indice

1 INTRODUZIONE.....	
2 DESCRIZIONE DEL PROCESSO.....	
2.1 Fase 1 – registrazione e acquisizione credenziali	
2.2 Fase 2 – inserimento dati anagrafici e organizzativi	
2.3 Fase 3 – compilazione questionari autovalutazione	
2.4 Supporto ed help desk.....	
3 FASE 1 –REGISTRAZIONE E ACQUISIZIONE CREDENZIALI	
3.1 Richiesta pre-registrazione.....	
3.2 Acquisizione credenziali	
3.3 Primo accesso al sistema.....	
3.4 Procedura di azzeramento password.....	
4 FASE 2 - INSERIMENTO DATI ANAGRAFICI E ORGANIZZATIVI.....	
4.1 INSERIMENTO DATI UNITÀ REFERENTE.....	
4.2 INSERIMENTO STRUTTURA ORGANIZZATIVA	
4.2.1 Inserimento Presidio	
4.2.2 Inserimento Edificio	
4.2.3 Inserimento Funzione	
4.2.4 Inserimento Multipresidio.....	
4.2.5 Inserimento Raggruppamento/Dipartimento.....	
4.2.6 Completamento struttura organizzativa	
5 FASE 3 - COMPILAZIONE E STAMPA QUESTIONARI AUTOVALUTAZIONE	
5.1 Compilazione questionario di autorizzazione.....	
5.2 Compilazione e stampa questionario di accreditamento.....	
5.3 Invio telematico questionari	
6 GLOSSARIO E DEFINIZIONI	



LAI



1 INTRODUZIONE

Il presente manuale d'uso ha lo scopo di illustrare le modalità operative per l'accesso e l'utilizzo del Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditamenti (denominato SAAS), realizzato dalla LAit S.p.A. sulla base dei requisiti rilasciati da ASP-Laziosanità e Regione Lazio.

Il sistema è stato progettato e realizzato per consentire a tutte le strutture sanitarie autorizzate e accreditate, di compilare i questionari di autovalutazione per l'autorizzazione e accreditamento delle proprie attività di carattere sanitario, in modo tale da consentire la definitiva autorizzazione e accreditamento da parte di Regione Lazio.

Conclusa questa prima fase, il sistema verrà utilizzato per la gestione ordinaria delle attività inerenti autorizzazione e accreditamento di strutture sanitarie (es. aggiornamento strutture, modifica dati, ecc.).

Gli utenti abilitati all'inserimento dei dati avranno l'onere di inserire a sistema tutte le informazioni con la massima precisione possibile, in quanto verranno effettuate successive verifiche, da parte di Regione Lazio, sulla base di ciò che verrà dichiarato.

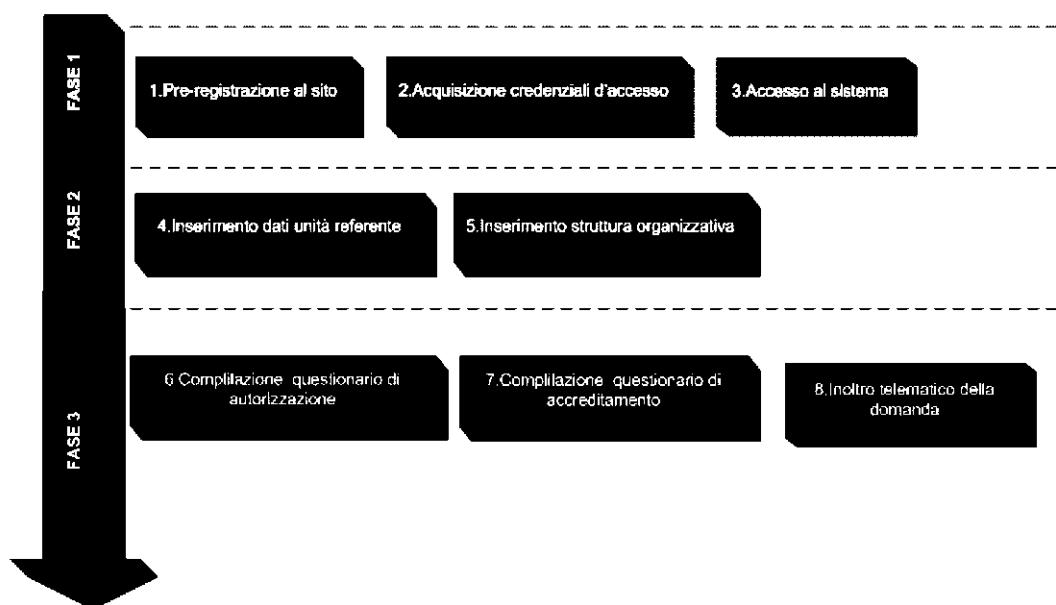


Lazio



2 DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Per poter accedere al Sistema Informativo per l'Autorizzazione e Accredimento delle strutture sanitarie, è necessario seguire le istruzioni contenute nel presente manuale, attraverso un processo che è schematizzato nello schema seguente:



Complessivamente, si distinguono tre fasi, di seguito descritte.

2.1 Fase 1 – registrazione e acquisizione credenziali

- 1) **Pre-Registrazione al sito**: attraverso apposita sezione del sito Internet della Regione Lazio¹, questa operazione consentirà di accedere provvisoriamente al sistema per inserire i dati anagrafici del rappresentante legale dell'unità referente che intende sottoporre la richiesta di autovalutazione per l'autorizzazione e l'accreditamento della propria struttura. Al termine di questa fase verrà inviato un file allegato alla e-mail
- 2) **Acquisizione delle credenziali di accesso**: dopo la registrazione al sito, sarà possibile, ottenere le credenziali d'accesso definitive per poter accedere al sistema.

¹ <https://www.regione.lazio.it/accreditamento/>



LAZIO



Le suddette credenziali d'accesso possono essere reperite in due modalità distinte:

- Presso gli sportelli URP regionali, sarà possibile per il **rappresentante legale o suo delegato**, tramite riconoscimento *de visu* ritirare la propria **userid** e **chiave d'accesso** contenuta all'interno di una busta chiusa. Le buste presentano un *codice busta* esterno e visibile e la **chiave d'accesso** nascosta al loro interno. Per il ritiro, il rappresentante legale dovrà presentarsi munito di documento di identità valido (eventuale fotocopia del documento nel caso di delegato) e del modulo prestampato inviato alla e-mail del richiedente dopo la fase di pre-registrazione. Il personale addetto provvederà ad associare al nome utente (il codice fiscale del soggetto) il *codice busta*.
- In alternativa agli sportelli URP, sarà possibile fare richiesta, tramite Posta Elettronica Certificata (PEC)², della **userid** e **chiave d'accesso** attraverso apposito modulo **compilato** e **firmato digitalmente dal rappresentante legale** dell'unità referente. Il modulo prestampato è quello inviato all'indirizzo e-mail del richiedente al termine della fase di pre-registrazione. Il personale addetto provvederà a rispondere alla casella di Posta Elettronica Certificata, fornendo **userid** e **chiave d'accesso**.

Indipendentemente dalla modalità adottata, in seguito verrà inviata una e-mail al rappresentante legale dove sarà disponibile il PIN necessario per l'accesso al sistema

- 3) **Accesso al sistema (LOGIN)**: dopo aver ricevuto **userid**, **chiave d'accesso** (all'interno della busta chiusa o inviata tramite PEC) e **PIN**, sarà possibile accedere alla pagina riservata del Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accreditamenti delle Strutture Sanitarie inserendo **userid** e **password** = *chiave d'accesso* + *PIN*. una volta effettuato il primo accesso, il sistema richiederà il cambio della password inserita. E' buona norma ricordare la nuova password, che verrà richiesta in tutti i successivi accessi al sistema. Nel caso di smarrimento della nuova password o della chiave d'accesso, il sistema consente la generazione di una nuova password attraverso apposita funzione disponibile sulla pagina di login.

2.2 Fase 2 – inserimento dati anagrafici e organizzativi

- 1) **Inserimento dati unità referente**: una volta terminata la fase d'accesso, il sistema richiederà l'inserimento di ulteriori dati relativi all'unità referente e al rappresentante legale.

² accreditamento@regione.lazio.it



LAR



- 2) **Inserimento struttura organizzativa**: dopo aver completato l'inserimento dei dati relativi all'unità referente, questa operazione consente la costruzione della struttura organizzativa della società che intende fare l'autovalutazione.

2.3 Fase 3 – compilazione questionari autovalutazione

- 3) **Compilazione questionario di autorizzazione**: attraverso questa funzione, sarà possibile visualizzare e compilare il questionario di autovalutazione per l'autorizzazione delle proprie strutture sanitarie.
- 4) **Compilazione questionario di accreditamento**: attraverso questa funzione sarà possibile visualizzare e compilare il questionario di autovalutazione per l'accreditamento delle proprie strutture sanitarie.
- 5) **Invio telematico della domanda**: quando sono stati completati tutti i passi precedenti, ci si potrà posizionare su ogni singolo presidio e inviare i questionari di autovalutazione verso Regione Lazio. L'invio è inteso come invio formale, per cui da quel momento il questionario si intende "congelato" nella sua versione definitiva e non sarà più possibile modificarlo.

Di seguito verranno descritte nel dettaglio le varie operazioni sopra indicate.

2.4 Supporto ed help desk

Per esigenze di supporto per la risoluzione dei problemi tecnici, il numero telefonico è:

06.5168.4498 – sistema accreditamento



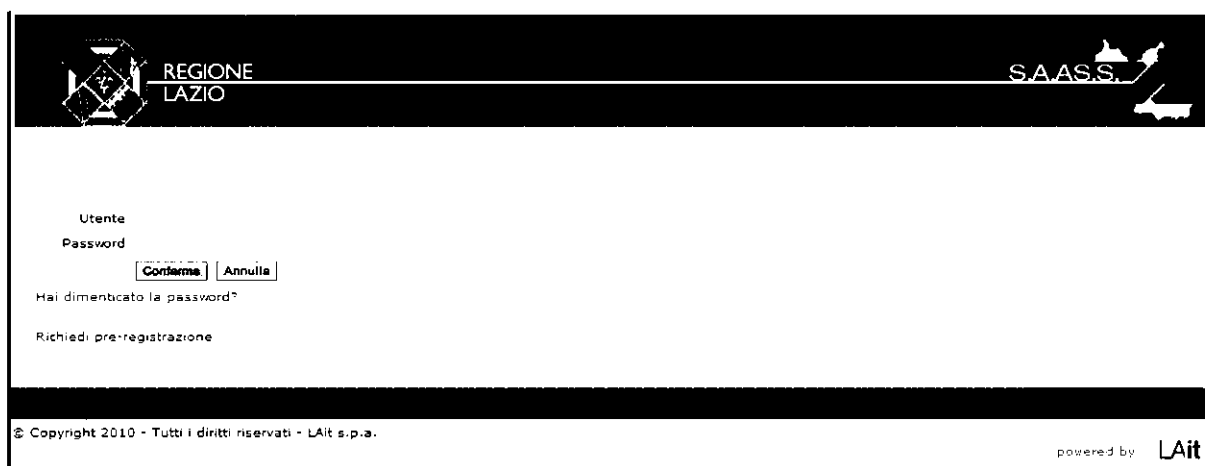
LAit



3 FASE 1 –REGISTRAZIONE E ACQUISIZIONE CREDENZIALI

3.1 Richiesta pre-registrazione

Per poter accedere alla sistema, è necessario accedere alla pagina riservata al Sistema Informativo per le Autorizzazione e gli Accreditamenti delle Strutture Sanitarie e richiedere la registrazione preliminare, cliccando sul pulsante **"richiedi pre-registrazione"**.

A screenshot of a web application interface for pre-registration. The header bar is dark blue and contains the "REGIONE LAZIO" logo on the left and the "S.A.A.S.S." logo on the right. The main content area is white and contains a login form with fields for "Utente" and "Password". Below the password field are two buttons: "Conferma" and "Annulla". Below the buttons, there is a link "Hai dimenticato la password?". At the bottom of the main area is a link "Richiedi pre-registrazione". The footer is dark blue and contains the text "© Copyright 2010 - Tutti i diritti riservati - LAit s.p.a." on the left and "powered by LAit" on the right.



LAIT



Il Sistema visualizzerà una schermata in cui andranno inseriti i seguenti dati:

- ✓ Partita I.V.A.
- ✓ Email
- ✓ Password (**proposta dall'utente**)
- ✓ Conferma password
- ✓ Caratteri di controllo

Una volta inseriti tutti i dati, sarà necessario cliccare su "**conferma**", per consentire al Sistema di memorizzare i dati inseriti ed assegnare un numero progressivo alla pratica.

REGIONE LAZIO SAASS

Pre-registrazione

Immagine1.png
Tipo: File PNG
Dimensioni: 50,7 KB
Formato: 970 x 530 pixel
conferma password

65gec

caratteri di controllo

Se non riesci a leggere clicca qui

© Copyright 2010 - Tutti i diritti riservati - LAit s.p.a. powered by LAit

Una volta cliccato su "**conferma**" verrà inviata una e-mail contenente username e password e un link per attivare e in seguito completare la pre-registrazione.



LAit



Una volta cliccato sul link contenuto nella e-mail verrà visualizzata la seguente schermata.

Inserendo la password fornita e premendo sul pulsante conferma, il sistema reindirizzerà in una pagina dove sarà necessario inserire i dati dell'unità referente:



Lazio



Dopo aver inserito i dati e cliccato sul pulsante "**continua**" bisogna inserire i dati riguardanti il rappresentante legale dell'unità referente attraverso la seguente form:



Step 2 - Dati del Rappresentante Legale

Unità referente: società spa
Partita IVA 12345678911

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Data di Nascita	
Luogo di Nascita	
Provincia di Nascita	
e-mail	
Indietro Annulla Continua	

Una volta premuto continua verrà mostrata una finestra di riepilogo:



Riepilogo

Ragione Sociale: società spa
Partita IVA: 12345678911
Indirizzo sede legale: via roma
Provincia: roma
Nome: fulvio
Cognome: antoni
Codice Fiscale:
Data di Nascita:
Luogo di Nascita: roma
Provincia di Nascita: roma
e-mail:



LAZIO



Dopo aver controllato i dati e cliccato su “**salva**” verrà notificato il messaggio di successo dell’inserimento.



Inserimento avvenuto con successo

Mail inoltrata correttamente al server di posta



Lazio



3.2 Acquisizione credenziali

Dopo la registrazione sul sito regionale, l'utente (ovvero il rappresentante legale o suo delegato formalmente) potrà recarsi presso lo sportello dell'URP per ritirare la busta chiusa contenente la chiave d'accesso, fornendo nome utente oppure numero progressivo assegnato, con documento d'identità valido.

Nel caso in cui la richiesta avvenga tramite PEC, la *chiave d'accesso* e il PIN verranno inviati rispettivamente su PEC e sulla e-mail forniti.

Per poter accedere alla procedura, è necessario entrare nella pagina riservata al Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accredamenti delle Strutture Sanitarie ed effettuare il login con i parametri di accesso in vostro possesso (User e password).

3.3 Primo accesso al sistema

Il primo accesso al sistema avviene attraverso la schermata simile seguente:

Sarà possibile accedere alla pagina riservata del Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accredamenti delle Strutture Sanitarie inserendo **userid** e **password** = chiave d'accesso + PIN. La chiave d'accesso è quella inserita nella busta chiusa (o su PEC nel caso la richiesta venga effettuata tramite Posta Elettronica Certificata), e il PIN è quello inviato via e-mail. una volta effettuato il primo accesso, il sistema richiederà il cambio della password inserita.

3.4 Procedura di azzeramento password

Se un utente che ha già effettuato il primo accesso non ricorda più la sua password attraverso l'apposito link presente sulla schermata di login potrà riceverne una nuova (valida solo per il primo accesso successivo) all'indirizzo e-mail indicato al momento dell'iscrizione (o quello modificato successivamente dai dati di struttura). L'utente dovrà indicare lo userid dell'utente e il PIN consegnato in fase di registrazione. Qualora non avesse più il PIN o l'utente non abbia ancora effettuato il primo accesso e non trovasse più la busta, sarà necessario tornare allo sportello e ricevere una nuova busta.



L'AR



4 FASE 2 - INSERIMENTO DATI ANAGRAFICI E ORGANIZZATIVI

4.1 INSERIMENTO DATI UNITÀ REFERENTE

Una volta effettuato il cambio password l'utente di tipo struttura si troverà di fronte una schermata simile alla seguente:

SAASS

BENVENUTO ?

Salva Annulla

Struttura ABC

Unità Referente

Tipologia

Codice

Partita IVA

Tipologia di

Rappresentante Legale

Cognome e Nome

Indirizzo

Email

prova@crvsa.it

Sede Legale

Via

Cap

Comune

Provincia

Sede Amministrativa

Via

Cap

Comune

Provincia

I dati precompilati e il primo elemento dell'albero di sinistra sono quelli rilasciati al momento della consegna dell'utenza. L'utente dovrà procedere al completamento dei dati. L'elemento **UNITA' REFERENTE** non può essere eliminato, e non potrà essere modificata la tipologia se sono già presenti dati relativi ai presidi. Non sarà possibile modificare il nome dell'unità referente e la partita iva.

Si ricorda inoltre che **i CAMPI evidenziati in giallo sono OBBLIGATORI.**



Lazio



4.2 INSERIMENTO STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Una volta completati i dati relativi all'unità referente l'utente di tipo struttura può procedere all'inserimento del modello organizzativo e di quello funzionale.

L'Unità Referente identifica la Direzione Aziendale della Struttura.

All'interno dell'unità referente è possibile definire uno o più presidi, ogni presidio è associato ad un edificio e ad ogni edificio sono associate le funzioni che vengono svolte in esso. Ad ogni funzione è associato il personale ad esse associato (nr. di persone per tipologia di personale). Ad ogni livello è possibile associare tipologie di elementi inferiori per semplificare l'inserimento anche se è possibile selezionarne uno qualsiasi dall'elenco.

4.2.1 Inserimento Presidio

Per poter inserire un nuovo Presidio, sarà necessario cliccare sull'icona **"aggiungi presidio"** in alto a sinistra e verrà visualizzata la seguente schermata che permetterà di scegliere il tipo di elemento da creare. Ogni presidio identifica l'elemento della struttura organizzativa dove si svolgono le attività istituzionali riconducibili ad una direzione sanitaria o ad una responsabilità definita.

Inserimento Presidio

Struttura: Struttura

Rappresentante Legale

Cognome: Nome:

Indirizzo: Città: Prov.: Cap.:

Sede Legale

Cognome: Nome:

Indirizzo: Città: Prov.: Cap.:

Sede Amministrativa

Cognome: Nome:

Indirizzo: Città: Prov.: Cap.:

Una volta selezionato l'elemento, cliccare su **"avanti"** e verrà visualizzata la seguente schermata, dove saranno presenti tutte le tipologie di presidio da poter scegliere.



dovranno inserire tutti i dati generali del nuovo elemento .



Lazio



Benvenuto ?



Annuale Salvo

Struttura ABC

Struttura ABC - Presidio 1 - Presidio 1

Genere	Presidio	▼
Descrizione	Presidio 1	
Indirizzo	Via Aurelia 514	
CAP	00100	
Città	ROMA	▼
Regione	ROMA	▼
Provincia	ROMA	▼
Indirizzo		
Numero	25009	

Estremi Atto Autorizzazione

Data	18/10/2010	▼
Numero	25	
Regione	Regione	▼

Estremi Accredittamento

Data		▼
Numero		
Regione		▼

RAGGRUPPAMENTO

Incompetenza

RESPONSABILE DI PRESIDIO

Nome

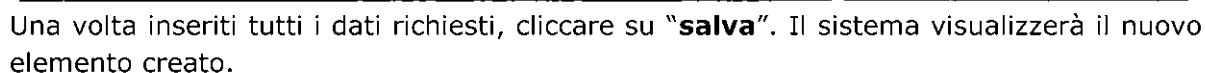


Incompetenza

Nella schermata successiva si potranno inserire tutti i dati relativi alla struttura, che pur non essendo dati obbligatori, saranno comunque utili come informativa al cittadino.



— 417 —



— 418 —



Lazio



4.2.2 Inserimento Edificio

Per poter inserire un Edificio basterà posizionarsi sul Presidio e cliccare sull'icona in alto a sinistra **"aggiungi edificio"**.

L'edificio rappresenta la struttura fisica dove si svolgono le attività (*funzioni*) di carattere sanitario.

Apparirà una schermata nella quale inserire i dati generali dell'edificio.

REGIONE LAZIO SAASS

Presidio 1 ?

Annulla Salva Elimina

Struttura **Aggiungi Edificio**

Presidio 1

Indirizzo Presidio

Città Presidio 1

Prov.

CAP

Comune

App. di riferimento

Città della

Indirizzo struttura

Numero 115

Estremi Atto Autorizzazione

Data

Funzione

Ente Mittente

Estremi Accredimento

Data

Funzione

Ente Mittente

RAGGRUPPAMENTO

Raggruppamento

RESPONSABILE DI PRESIDIO

Nome

1. Quanto richiesto

Anche qui oltre ai dati generali, ci sarà una schermata relativa all'inserimento dei dati struttura.

[illegible]

Una volta cliccato su **"salva"** il sistema visualizzerà il nuovo elemento inserito.



LAZIO



Benvenuto in ?



Accedi Salva Efficienza

Struttura ABC

Struttura ABC

ED Palazzina A

ED Palazzina A

Palazzina A
In Edizione Esterna in Edizione

Edizione

ON

Edizione

Note

2010-11-20

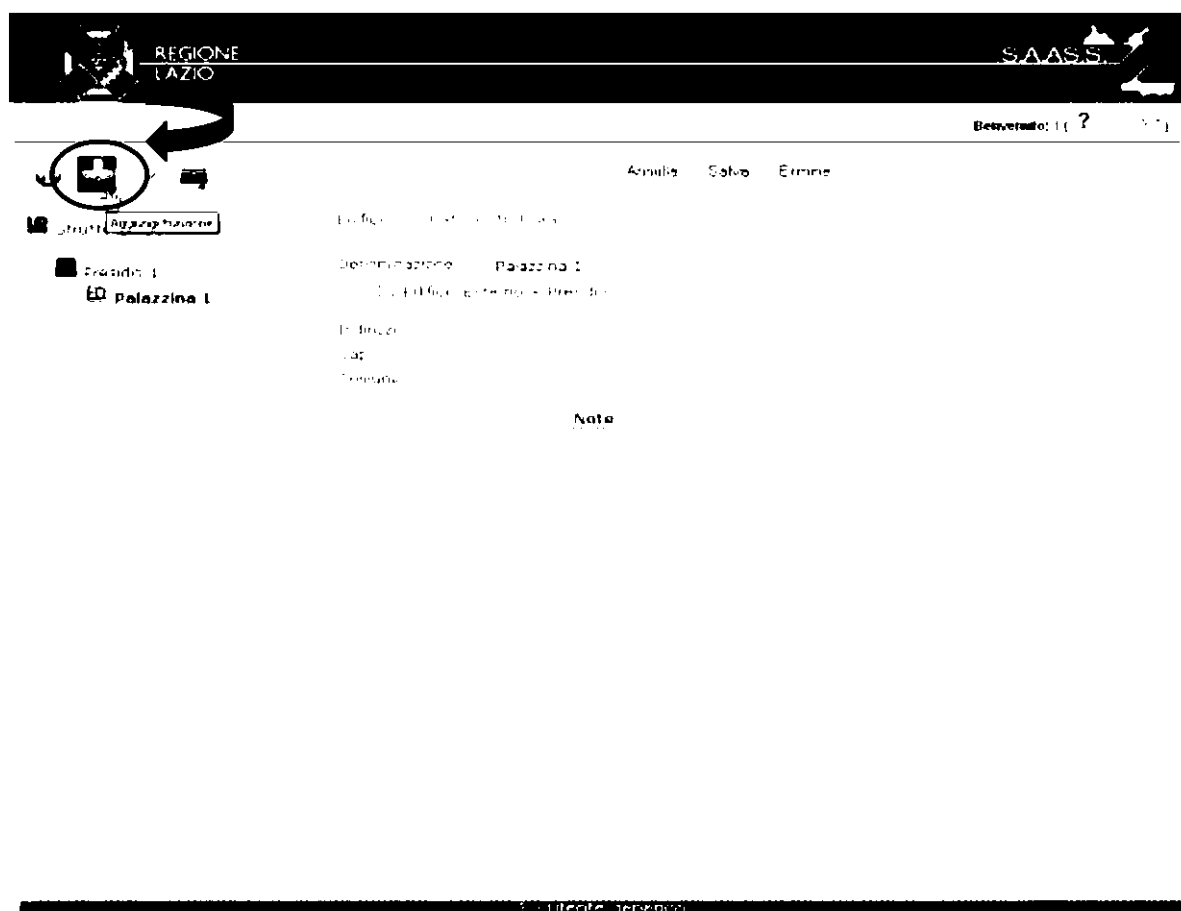


Lazio



4.2.3 Inserimento Funzione

Per poter inserire una Funzione basterà posizionarsi sull'Edificio e cliccare sull'icona in alto a sinistra "aggiungi funzione".



Apparirà una schermata dalla quale poter scegliere la **Tipologia Associata** a quel determinato tipo di Presidio da selezionare.



LAZIO



Benvenuto: [?] [?]



Annulla Avanti

Struttura AB

Tipologia Associata: [?]

Presidio 1

Palazzino 1

Discipline

- ☐ Anatomia
- ☐ Anatomia ed istologia patologica
- ☐ Angiologia
- ☐ Anestesia
- ☐ Cardiologia
- ☐ Cardiologia perinatale
- ☒ Dermatologia
- ☐ Chirurgia generale
- ☐ Chirurgia gastroenterica
- ☐ Chirurgia pediatrica
- ☐ Chirurgia plastica
- ☐ Chirurgia toracica
- ☐ Chirurgia vascolare
- ☐ Dermatologia
- ☐ Endocrinologia
- ☐ Farmacologia clinica
- ☐ Fisiopatologia della riproduzione umana
- ☐ Fisiopatologia
- ☐ Ginecologia
- ☐ Geriatria
- ☐ Gravidanza
- ☐ Gravidanza patologica
- ☐ Immunologia
- ☐ Malattie endocrine del diabete e della nutrizione
- ☐ Malattie infettive e tropicali
- ☐ Medicina del lavoro
- ☐ Medicina generale

002915-10084000

Una volta selezionata la Tipologia Associata cliccare sul pulsante **"avanti"**; verrà visualizzata una schermata inerente i dati generali della Funzione inserita.



LAZIO



**REGIONE
LAZIO**

SAASS

Generato: 11/11/2010 11:11



LAZIO



REGIONE LAZIO

Benvenuto: 1 ? [Logout]

Struttura ABC

- Presidio 1
- SD Polyclinic 1
- 14 Cardiologia

Elimina
Salva
Elimina

Cardiologia [+] [v]

Unità: Unità [v]
 Specializzazione: Cardiologia [v]
 Unità operative: Unità operativa [v] Unità operativa dipartimento [v]

Modalità assistenziali

Dipendenza ordinaria: Dip. osp. full [v] Dip. osp. part [v] Assistenza ambulatoriale [v]
 Ospedalizzazione: Dipartimento [v]

DIPARTIMENTO/RAGGRUPPAMENTO

Dipartimento: Dipartimento [v]

DIPARTIMENTO/RAGGRUPPAMENTO

Dipartimento: Dipartimento [v]

RESPONSABILE FUNZIONE

Funzione: Funzione [v]
 Funzione: Funzione [v]
 Funzione: Funzione [v]
 Funzione: Funzione [v]
 Funzione: Funzione [v]
 Funzione: Funzione [v]

Nota [v]

Nella schermata successiva si potranno inserire tutti i dati relativi al personale, suddiviso per Ruolo sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

Ogni scheda sarà così suddivisa: tipologia di ruolo, numero delle persone impiegate a tempo pieno e numero totale delle ore settimanali lavorate (totale tra full e part time).



Abstract

- $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2} \pi$ at $\log 100$

2 Cardiology

RUCRO	N. Persone a Tempo Pieno	Totale Ore Settimanali	N. Ore Settimanali	N. Tot. Personale
Medico	15	45	600	18000
Odontoiatra				
Chirurgo				
Chirurgo d'urto				
Bullogi				
Chir.				
Chir. d'urto				
Personale Ordinato in Organizzazione				
Personale Tecnico e Amministr.	6	60	480	14400
Personale Radiografico				
Personale Radiografico e Diagnostico				
Personale Infermeristico	30	90	1140	34200
Quadrato di Assistenza				

$$f(x) = \begin{cases} 1 & \text{if } x \in \mathbb{Q} \\ 0 & \text{if } x \notin \mathbb{Q} \end{cases}$$

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 105–112

1. *Chlorophyll a* and *Chlorophyll b* were determined by the method of Lichtenthal and Whistler (1973).

1. Genie Genetics

— 426 —



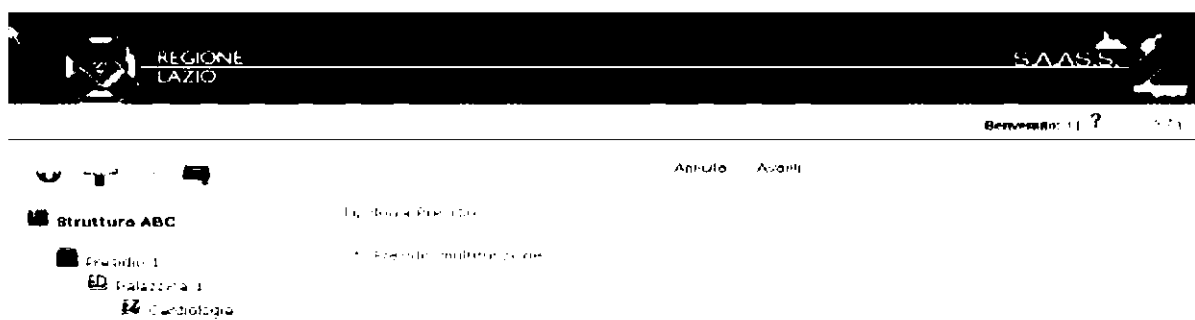
L'ABC



4.2.4 Inserimento Multipresidio

Per poter inserire un Multipresidio (elemento non sempre presente nella struttura organizzativa e che identifica un insieme di presidi), sarà necessario cliccare sull'icona **"aggiungi presidio"** in alto a sinistra e verrà visualizzata la seguente schermata che permetterà di scegliere il tipo di elemento da creare.

Una volta selezionato l'elemento, cliccare su **"avanti"** e verrà visualizzata la seguente schermata, dove saranno presenti tutte le tipologie di presidio da poter scegliere.



Dopo aver selezionato la tipologia di presidio da creare, nella schermata successiva si dovranno inserire tutti i dati generali del nuovo elemento .



LAZIO



BENVENUTO: [?]



Struttura ABC

Presidio 1
ED Palazzina 1
FZ Cardiologia

Seleziona Tipologia

x a

Unit? Refe
☐ Presidio
☒ Multipresidio
☐ Dipartimento
☐ Raggruppamento

Ragione S

Codice Fis

Partita IV

Tipologia UN

Annulla Avanti

Estremi atto costitutivo:

Rappresentante Legale

Cognome - Nome: Rossi Mario

Codice Fiscale:

E-mail: prova@prova.it

Sede Legale

Via:

Cap:

Comune:

Provincia:

Sede Amministrativa

Via:

Cap:

Comune:

Provincia:

1 - utente generico



Lazio



Una volta inseriti tutti i dati richiesti, cliccare su **"salva"**. Il sistema visualizzerà il nuovo elemento creato.

REGIONE LAZIO
 SAASS

Benvenuto: 1 [?] []

Annulla Salva

Struttura ABC

- Presidio 1
 - Palazzina 1
 - Cardiologia

Presidio multifunzione
 Denominazione: Multipresidio 1
 Indirizzo:
 CAP:
 Comune:
 ASL di Riferimento:
 Distretto:

RAGGRUPPAMENTO

di appartenenza:

1 - utente generico



LAZIO



1

Benvenuto: 1 ?



Assista Entra Esci

Struttura ABC

Struttura multifunzione

Multipresidio

Designazione Multipresidio 1

Presidio 1

Indirizzo

PA Appina 1

Cap

Cardiologia

Indirizzo

Assistenza farmacia

Indirizzo

RAGGRUPPAMENTO

di appartenenza

1 - utente sistema



Lazio



4.2.5 Inserimento Raggruppamento/Dipartimento

Anche il Raggruppamento/Dipartimento, come il multi presidio, è un elemento non sempre presente nella struttura organizzativa.

Per poter inserire un Raggruppamento/Dipartimento, sarà necessario cliccare sull'icona **"aggiungi presidio"** in alto a sinistra per poter scegliere il tipo di elemento da creare. Per l'inserimento di un Raggruppamento la schermata che si presenterà sarà la seguente, dalla quale selezionare il tipo di dipartimento da inserire:

REGIONE LAZIO

SAASS

BENVENUTO: 1 [?]

Annulla Avanti

Struttura ABC

- Multipresidio 1
- Presidio 1
- ED Palazzina 1
- EZ Cardiologia

Tipologia Dipartimento

☐ Servizio di assistenza domiciliare

☒ Raggruppamento

1 - utente generico

Una volta selezionata la tipologia, bisognerà inserire i dati generali del nuovo elemento così come indicato dalla seguente schermata:



LAZIO



BENVENUTO: 11 ? 101



[Annulla](#) [Cerca](#) [Elimina](#)

Struttura ABC

Multipresidio 1

Presidio 1

Palazzina 1

Parcoologia

Raggruppamento

Raggruppamento

Genere

Raggruppamento

Denominazione

Raggruppamento

RESPONSABILI DIPARTIMENTO

Nome

Cognome

Posita

Telefono

PA

E-mail

Voto

Contenuti generali



LAZIO



Benvenuto: [?]



Annulla Salva

Struttura ABC

- Multipresidio 1
- Presidio 1
 - Palazzina 1
 - Cardiologia

Raggruppamento

Genere: Raggruppamento
Denominazione: Raggruppamento

RESPONSABILE DIPARTIMENTO

Nome:
Cognome:
Ruolo:
Telefoni:
Fax:
E-mail:

Note

1 - utente generico

Una volta inseriti i dati e cliccato su "**salva**" il sistema visualizzerà il nuovo elemento inserito.



Lazio



Se invece si volesse creare un **Dipartimento**, dopo aver selezionato "dipartimento" dall'elenco degli elementi da creare, si presenterà la schermata dalla quale dover selezionare la tipologia di dipartimento da inserire:

REGIONE LAZIO

S.A.A.S.S.

BENVENUTO: [?]

Struttura ABC

- Multipresidio 1
- Presidio 1
- ED Palazzina 1
- EZ Cardiologia
- DP Raggruppamento

Tipologia Dipartimento

- ☐ Dipartimento Emergenza e Accettazione di I Livello
- ☐ Dipartimento Emergenza e Accettazione di II Livello
- ☒ Dipartimento di Prevenzione
- ☐ Dipartimento Salute Mentale
- ☐ Dipartimento Materno-Infantile
- ☐ Dipartimento

1 - utente generico

Dopo aver selezionato la tipologia di Dipartimento, occorrerà inserire la denominazione del dipartimento.



LAZIO



Benvenuto: [?] [?] [?]



Annulla Salva

Struttura ABC

- ☒ Multipresidio 1
- ☒ Presidio 1
 - ☒ Palazzina 1
 - ☒ Cardiologia
- ☒ Raggruppamento

Dipartimento di Prevenzione

Denominazione: Dipartimento Prevenzione

RESPONSABILE DIPARTIMENTO

Nome:

Cognome:

Ruolo:

Telefoni:

Fax:

E-mail:

Note

1 - utente genenco

Cliccando su **"salva"** il sistema salverà i dati inseriti e visualizzerà il nuovo elemento creato.



LAZIO



Revisibile: [?] [?]



Annulla Salva Elimina

Struttura ABC

■ Multipresidio 1

■ Presidio 1

■ Palazzina 1

■ Cardiologia

■ Raggruppamento

■ **Dipartimento Prevenzione**

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento 1

Dipartimento di Prevenzione

RESPONSABILE DIPARTIMENTO

Nome

Cognome

Paese

Telefono

FAX

E-mail

Note

1

Ultima Generazione



Lazio



4.2.6 Completamento struttura organizzativa

Per completare tutta la struttura organizzativa dell'unità referente, sarà possibile inserire più presidi, e per ogni Presidio, uno o più edifici, e per ogni Edificio, una o più funzioni, come indicato nella schermata seguente, fino a totale copertura delle attività sanitarie svolte dall'unità referente.

REGIONE LAZIO

Referente: 1 ? 2 3 4

[Annulla](#) [Salva](#) [Elimina](#)

Struttura ASL

Multi-presidio 1

Presidio 1

Palazzina 1

Direzione

Cardiologia

Nefrologia

Edificio 1

Allergologia

Diagnostica

RSA

palazzina 2

assistenza anziani

assistenza disabili

Raggruppamento

Dipartimento Prevenzione

Assistenza disabili in R.S.A. [Visualizza](#)

Genere:
Denominazione:
Unità Operativa

Unità
assistenza disabili
Complessa

Sequenziamento
Sequenziamento

Modalità assistenziali

Regime Residenziale

Regime Semi-residenziale

DIPARTIMENTO/RAGGRUPPAMENTO

di appartenenza

▼

DIPARTIMENTO/RAGGRUPPAMENTO

di appartenenza

▼

RESPONSABILE FUNZIONE

Nome

Cognome

Nome

Cognome

Nome

Cognome

Telefono

Fax

Fax

Indirizzo



LAZIO



5 FASE 3 - COMPILAZIONE E STAMPA QUESTIONARI AUTOVALUTAZIONE

Una volta completato l'inserimento di tutti gli elementi della struttura organizzativa (presidi, edifici, funzioni), l'utente può procedere con la compilazione dei questionari di autorizzazione e di accreditamento. Tali questionari vengono costruiti automaticamente e in modo specifico per ogni elemento della struttura organizzativa.

I questionari di autovalutazione per i **requisiti di autorizzazione** sono richiesti a livello di Unità Referente (Direzione Aziendale), di Presidio (Direzione Sanitaria), di edificio e di singola funzione (Direzione Tecnica).

In particolare, per ogni categoria di requisiti (catalogati in aree e capitoli) è possibile indicare se il requisito è posseduto, non è applicabile o, come ultima opzione, indicare l'impegno all'adeguamento secondo i tempi e le modalità indicate da Regione.

I questionari di autovalutazione per i **requisiti di accreditamento** sono richiesti a livello di Unità Referente (Direzione Aziendale), di Presidio (Direzione Sanitaria) e di singola funzione (Direzione Tecnica).

Per i requisiti di accreditamento bisogna indicare il livello di aderenza al requisito, specificando i motivi nel campo *note*.

5.1 Compilazione questionario di autorizzazione

Posizionandosi sull'Unità Referente, su Edificio o su Funzione, e cliccando sull'icona in alto a sinistra "**questionario**" si visualizzeranno le schermate simili alle seguenti:



Lazio



Benvenuto: ?



Annulla Salva Stampa

Struttura ABC

0.1 - 1.1.1

- presidio
- edificio
- padiglione
- funzione I

REQUISITI DI CARATTERE GENERALE PER TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE

• Requisiti Strutturali

1.1.16 - La struttura dispone di sistemi di segnalazione degli ingressi, dei parcheggi e dei percorsi di accesso ai settori funzionali

Sì	No, mi impegno all'adeguamento
Note	

1.1.17 - Lo sviluppo in altezza ed i distacchi dei fabbricati sono conformi alle norme stabilite dai regolamenti urbanistici e dai regolamenti locali

Sì	No, mi impegno all'adeguamento
Note	

Inserendo le informazioni e cliccando sul pulsante **"salva"** il sistema salverà tutti i dati inseriti.

All'interno della schermata del questionario di autovalutazione, premendo il tasto **"stampa"** (vedi schermata seguente) sarà possibile visualizzare e salvare un file in formato **.pdf** il questionario (di autorizzazione o di accreditamento) compilato secondo i dati inseriti.



LAZIO



BENVENUTO: [?] [?]



Annulla Avanti

Struttura ABU

presidio

ed edificio

ed cardologia

Struttura

[?] Aggiungi altra pagina

Import

Caricamento

Data

Modifica pagina

Permalink

Per:

Struttura ABU (Soggetto pubblico-privato)

Mostra

[?] tutti

[?] Note del capital [?] Elementi non pubblicati [?] Istruzioni

[?] Elementi pubblicati [?] Elementi non necessari [?] Spiegazioni

[?] - utente generico

Cliccando ancora sul tasto **"avanti"**, comparirà la maschera seguente che consentirà la visualizzazione (tasto **apri**) o il salvataggio (tasto **salva**) del file **in** formato pdf



Lazio



4.2.5 Inserimento Raggruppamento/Dipartimento

Anche il Raggruppamento/Dipartimento, come il multi presidio, è un elemento non sempre presente nella struttura organizzativa.

Per poter inserire un Raggruppamento/Dipartimento, sarà necessario cliccare sull'icona **"aggiungi presidio"** in alto a sinistra per poter scegliere il tipo di elemento da creare. Per l'inserimento di un Raggruppamento la schermata che si presenterà sarà la seguente, dalla quale selezionare il tipo di dipartimento da inserire:

REGIONE LAZIO

SAASS

BENVENUTO: 1 [?]

Annulla Avanti

Struttura ABC

Tipologia Dipartimento

☒ Servizio di assistenza domiciliare
☒ Raggruppamento

1 - utente generico

Una volta selezionata la tipologia, bisognerà inserire i dati generali del nuovo elemento così come indicato dalla seguente schermata:



L.A.S.



5.2 Compilazione e stampa questionario di accreditamento

Posizionandosi sull'elemento Unità Referente, Presidio e Funzione e cliccando sull'icona in alto a sinistra "questionario accreditamento" :

REGIONE LAZIO **SAASS**

Barra di ricerca: ?

Struttura AP: **questionario accreditamento** | **Struttura AP**

Struttura AP:

- Multipresidio 1
 - Presidio 1**
 - Palazzina 1
 - Praxione
 - Cardiologia
 - Neurologia
 - Codice 1
 - Allergologia
 - Diagnostica
 - Raggruppamento
 - Dipartimento Prevenzione

questionario accreditamento

Presidio

Presidio 1

Indirizzo

Codice

Chirurgia

ASL di riferimento

Estremità

Indirizzo Struttura

Numero P.E.S.

Estremi Atto Autorizzazione

Data

Numero

Unità Referente

Estremi Accreditamento

Data

Numero

Unità Referente

RAGGRUPPAMENTO

di appartenenza

RESPONSABILE DI PRESIDIO

Cognome

USCIRE DAL SISTEMA

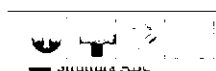
si visualizzerà una schermata simile alla seguente:



Lazio



Benvenuto: 1 [?]



Annulla Salva Stampa

Area 1 Area 2 Area 3 Area 4 Area 5 Area 6 Area 7 Area 8

presidio
ED edificio
FZ cardiologia

Diritti e informazione del paziente e dei familiari

- I diritti dei pazienti relativamente al rispetto della dignità umana, all'informazione, al coinvolgimento nelle scelte, all'appropriatezza delle cure, alla sicurezza, alla tutela della privacy sono una priorità per la struttura

La struttura adotta una Carta dei diritti del paziente

N.a. ☐ Livello di aderenza: Completo ▼

Gli operatori della struttura e i pazienti sono informati sull'esistenza della Carta e il documento è reso disponibile in tutti i settori di attività

N.a. ☒ Livello di aderenza:

Gli operatori sono formati sulle modalità operative per garantire il rispetto dei diritti dei pazienti

N.a. ☐ Livello di aderenza: ▼

La struttura nella propria attività di autovalutazione contempla l'ambito del rispetto dei diritti del paziente

- UGC-SCENICO

Successivamente si dovranno compilare le schermate relative alle varie Aree che costituiscono il questionario specifico per ogni livello.

Anche qui all'interno della stessa schermata del questionario, ci sarà la possibilità di effettuare la stampa. Premendo il tasto "**stampa**" (vedi schermata seguente) sarà possibile visualizzare e salvare un file in formato **.pdf** il questionario (di autorizzazione o di accreditamento) compilato secondo i dati inseriti.



LAZIO



Benvenuto: 1 [?]



Annulla Salva Stampa

Struttura ABC

presidio
ED edificio
EZ cardiologia

Area 1 Area 2 Area 3 Area 4 Area 5 Area 6 Area 7 Area 8

Area 1 Area 2 Area 3 Area 4 Area 5 Area 6 Area 7 Area 8

Aprire o salvare il file?



Nome: Main5.pdf
Tipo: Adobe Acrobat Document
Da: 10.2.61.138

Apri

Salva

Annulla



I file scaricati da Internet possono essere utili, ma alcuni file possono danneggiare il computer. Se l'origine non è considerata attendibile, non aprire o salvare il file. [Dettagli...](#)

La garanzia d'informazione ai pazienti

rità umana, all'informazione,
e cure, alla sicurezza, alla

ini dei pazienti

ne e culturali che possono

ne temporanea, sono tutelati

1 - utente generico



CAI



Stampa Questionario di Accreditamento

UR: Struttura ABC

Funzioni associate: cardiologia -

-Diritti e informazione del paziente e dei familiari-

I diritti dei pazienti relativamente al rispetto della dignità umana, all'informazione, al coinvolgimento nelle scelte, all'appropriatezza delle cure, alla sicurezza, alla tutela della privacy sono una priorità per la struttura

- La struttura adotta una Carta dei diritti del paziente
 - [Completare]
- Gli operatori della struttura e i pazienti sono informati sull'esistenza della Carta e il documento è reso disponibile in tutti i settori di attività
 - []
 - []
- Gli operatori sono formati sulle modalità operative per garantire il rispetto dei diritti dei pazienti
 - []
 - []
- La struttura nella propria attività di autovalutazione contempla l'ambito del rispetto dei diritti del paziente
 - []
 - []

L'organizzazione tiene conto dei valori e delle abitudini dei pazienti

- La Struttura assicura che vengano rispettati valori e credo del paziente
 - []
 - []
- La Struttura assicura al paziente la possibilità di scelta dei pari nel rispetto del proprio credo religioso
 - []
 - []
- La Struttura assicura che al paziente possa essere prestata l'assistenza religiosa nel rispetto della propria fede
 - []
 - []

Sono abbattute o ridotte le barriere fisiche, linguistiche e culturali che possono ostacolare l'accesso ai servizi

- La Struttura facilita l'accesso agli utenti mediante l'apposizione di segnaletica leggibile anche a distanza e di facile comprensione, all'esterno, lungo i percorsi e all'ingresso dei servizi
 - []
 - []
- La Struttura facilita l'orientamento degli utenti, anche stranieri
 - []
 - []

I pazienti che si trovano in situazioni di fragilità, anche temporanea, sono tutelati

- La Struttura ha definito modalità per identificare i soggetti che si trovano in situazioni, anche temporanee, di fragilità
 - []
 - []
- La Struttura ha definito gli interventi di supporto ai soggetti fragili
 - []
 - []
- La Struttura assicura che tutti gli operatori siano informati sulle modalità e sugli strumenti per identificare soggetti fragili e sugli interventi di supporto
 - []
 - []
- La Struttura ha definito procedure per l'accesso delle organizzazioni di volontariato
 - []
 - []
- La Struttura assicura, al bisogno, l'intervento del servizio sociale
 - []
 - []

E' garantita l'informazione ai pazienti

- La Struttura ha definito forme di accoglienza per il paziente
 - []
 - []



LAZIO



5.3 Invio telematico questionari

Una volta completati i questionari di autorizzazione e/o di accreditamento, sarà possibile inviare formalmente tali questionari a Regione Lazio, utilizzando l'apposito tasto **invia**.

Il questionario di autorizzazione è considerato concluso se sono stati inseriti tutti i requisiti dal livello di **presidio o multi presidio** a scalare fino al livello di singola funzione.

Premendo il tasto **invia questionario autorizzazione** (a livello di presidio o multi presidio) se esistente si ottengono i seguenti effetti:

- Verrà inviato all'indirizzo e-mail del rappresentante legale un messaggio contenente la conferma dell'invio del questionario di autorizzazione;
- La struttura organizzativa dell'unità referente viene congelata e non sarà più modificabile;
- Il questionario di autorizzazione viene reso non più modificabile dal sistema e i dati trasferiti a Regione Lazio per successiva verifica.

A questo punto, il questionario di accreditamento sarà ancora modificabile finché si preme il tasto **invia questionario accreditamento** (a livello di presidio o multi presidio)

Inviando il questionario di accreditamento si ottengono i seguenti effetti:

- Verrà inviato all'indirizzo e-mail del rappresentante legale un messaggio contenente la conferma dell'invio del questionario di accreditamento;
- Il questionario di accreditamento viene reso non più modificabile dal sistema e i dati trasferiti a Regione Lazio per successiva verifica.



Lazio



6 GLOSSARIO E DEFINIZIONI

TERMINE	DESCRIZIONE
Complesso Multipresidio (MP)	Insieme di presidi, morfologicamente collegati o ubicati all'interno della stessa area circoscritta, ciascuno con propria direzione sanitaria o responsabilità definita.
Dipartimento/Raggruppamento (DP)	Aggregazione logica di funzioni
Edificio (ED)	Organismo edilizio unitario, di norma con caratteristiche di omogeneità storico-morfologica e funzionale, delimitato da pareti continue e da coperture, contenente spazi stabilmente destinati all'attività istituzionale, dotato di almeno un accesso dall'esterno. L'edificio può contenere un presidio o coincidere con esso.
Funzione (FZ)	Insieme di attività e processi che, pur con riferimenti tecnico-professionali diversi, sono riconducibili ad un livello identificabile di responsabilità e sono tali da individuare, di norma con riferimento alle strutture complesse (UOC), almeno un segmento definito del percorso assistenziale.
Presidio Multifunzione (MF)	Presidio in cui sono presenti funzioni assistenziali diverse, riconducibili ad un'unica direzione sanitaria o responsabilità definita.
Presidio Sanitario (PR)	Struttura o insieme di strutture edilizie, di norma ubicate all'interno di un'area circoscritta, in cui sono svolte le attività istituzionali riconducibili ad una direzione sanitaria o responsabilità definita. Il presidio può coincidere con un unico edificio o essere costituito da una parte di edificio. (Un caso particolare è rappresentato dal "Polo ospedaliero", costituito da più presidi facenti capo ad un'unica Direzione sanitaria).
Unità Referente (UR)	Persona giuridica, pubblica o privata, o persona fisica attiva in ambito sanitario o sociosanitario che rappresenta il soggetto di riferimento per i rapporti relativi alle proprie strutture organizzative (presidi, attività) in merito alle procedure di qualificazione collegate alla conferma dell'autorizzazione e all'accreditamento istituzionale.