



LAZIOSANITÀ  
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



REGIONE  
LAZIO

## 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

V...

## **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 anestesiologicala 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 della 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 anestesiologicala 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'antibioticoprofilassi perioperatoria
- CHA.3.1.2 Esiste evidenza che le linee-guida adottate per la gestione dell'antibioticoprofilassi 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