Allegato A

IL SISTEMA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

LA STRUTTURA DEL SISTEMA

Il sistema di requisiti contenuti nel presente documento è articolato in 3 tabelle:

- requisiti generali di accreditamento
- requisiti specifici delle strutture di degenza per acuti e post acuti
- requisiti specifici delle strutture ambulatoriali

Tale sistema, costruito in coerenza con i requisiti generali e specifici individuati nelle precedenti delibere per l'accreditamento delle branche specialistiche di Diagnostica per Immagini , Medicina di Laboratorio, Medicina Trasfusionale, Procreazione Medicalmente Assistita, Medicina dello Sport e Nefrologia, dialisi e trapianto di rene, consente una valutazione organizzativa e funzionale delle strutture sanitarie finalizzate all'erogazione di prestazioni di ricovero per acuti e post acuti a ciclo continuativo e diurno e di specialistica ambulatoriale.
I requisiti generali sono applicabili a tutte le strutture sanitarie di degenza e ambulatoriali.
I requisiti specifici per le strutture di degenza e le strutture ambulatoriali sono applicabili a tutte le branche specialistiche ad eccezione delle strutture afferenti all'area materno infantile e all'area dell'emergenza i cui requisiti specifici di accreditamento saranno oggetto di ulteriori integrazioni in conformità agli atti programmatori regionali.

LE AREE TEMATICHE

I requisiti di accreditamento sono stati individuati in coerenza al programma sicurezza e governo clinico nazionale e regionale con la finalità di garantire la risposta più appropriata ai bisogni dei cittadini e valorizzare il ruolo e la responsabilità dei professionisti sanitari per la promozione della qualità e della sicurezza delle cure.
In ciascuna tabella i requisiti sono concettualmente organizzati secondo la logica dei contenuti e risultano raggruppati in alcune principali aree tematiche.

Nella prima tabella "requisiti generali di accreditamento" le aree tematiche individuate sono :

ORGANIZZAZIONE, DIREZIONE DELLA STRUTTURA

Comprende tutti i requisiti che valutano le modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto e la capacità di organizzazione, gestione e formazione del personale.

GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE

Comprende tutti i requisiti finalizzati a valutare le modalità di acquisizione, utilizzo, manutenzione e dismissione delle dotazioni strumentali e tecnologiche e l'evidenza del contributo richiesto al personale nella gestione delle stesse.

SISTEMA INFORMATIVO

Afferiscono a quest'area i requisiti che valutano le modalità di gestione e rintracciabilità della documentazione e di accesso agli archivi nel rispetto della riservatezza richiesta.

ORGANIZZAZIONE E REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO: LINEE GUIDA, PROCEDURE , REGOLAMENTI

Afferiscono a quest'area i requisiti che valutano l'equità e l'accessibilità del servizio alle diverse categorie di utenti, tenendo conto dei loro specifici bisogni.

VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO E DEGLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALLE PRESTAZIONI SANITARIE E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA

Comprende tutti i requisiti finalizzati a valutare il livello di sicurezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

PROMOZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

Comprende tutti requisiti relativi alle modalità e agli strumenti di valutazione della qualità dei servizi.

COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE E CONSENSO

Ne fanno parte i requisiti che focalizzano l'attenzione sulla modalità di comunicazione e partecipazione degli utenti al processo di cura.

VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE

Afferiscono a questa area i requisiti relativi alla misurazione della soddisfazione degli utenti e del personale della struttura.

Nella seconda tabella "requisiti specifici delle strutture di degenza per acuti e post acuti" le aree tematiche individuate sono:
GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE
Afferiscono a quest'area tutti i requisiti finalizzati a valutare il livello di qualità e sicurezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime di degenza.
CARTELLA CLINICA
Comprende i requisiti relativi alla modalità di compilazione e gestione della cartella clinica.

Nell'ultima tabella "requisiti specifici delle strutture ambulatoriali" le aree tematiche individuate sono:
GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE
Afferiscono a quest'area tutti i requisiti finalizzati a valutare il livello di qualità e sicurezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale.
DOCUMENTAZIONE AMBULATORIALE
Comprende i requisiti relativi alla modalità di compilazione e gestione della documentazione ambulatoriale.
ORGANIZZAZIONE E REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO
Comprende alcuni requisiti relativi all'accesso e alla prenotazione delle prestazioni ambulatoriali.

I REQUISITI ESSENZIALI

Alcuni dei requisiti di ciascuna area tematica sono contrassegnati dalla lettera "E" in quanto si tratta di requisiti essenziali che devono essere in possesso della struttura al momento di attivazione del procedimento di accreditamento istituzionale. Pertanto i requisiti essenziali non possono essere dichiarati "non applicabili", nell'ambito del processo di autovalutazione della struttura, ad eccezione dei requisiti relativi all'organizzazione e gestione del personale e alla gestione delle risorse tecnologiche degli ambulatori monoprofessionali e monospecialistici, non dotati di collaboratori e di apparecchiature biomediche e dei requisiti A17 e A18 negli ambulatori dove non sono eseguiti interventi chirurgici e/o procedure invasive.
I requisiti essenziali sono stati individuati in conformità ai fattori di qualità condivisi dal gruppo tecnico per l'accreditamento coordinato dall'AGENAS con la finalità di definire una base di criteri di accreditamento comune a tutte le normative regionali e rendere omogenee sul territorio nazionale alcune garanzie di qualità delle cure.
Come stabilito dalla procedura di accreditamento, esposta in dettaglio nell'allegato B, il riscontro di non conformità anche ad un solo requisito essenziale nel corso del sopralluogo disposto dalla Direzione centrale per la verifica delle evidenze di conformità ai requisiti, determina la formulazione del giudizio di "NON ACCREDITAMENTO" della struttura.

STRUTTURA DELLE TABELLE DI REQUISITI

Ciascuna tabella è composta di 6 colonne :
la colonna 1 riporta una lettera che individua la tipologia del requisito , "G" per generale, "D" per degenza e "A" per ambulatoriale, e la numerazione progressiva dei requisiti;
la colonna 2 riporta la descrizione dei requisiti raggruppati per area tematica;
la colonna 3 , contrassegnata dalla lettera "E" individua i requisiti essenziali;
la colonna 4 è riservata all'autovalutazione ed è compilata dalla struttura richiedente all'atto della presentazione della domanda di accreditamento; riporta le lettere "C", conforme, "NC" non conforme e "NA" non applicabile; tutti i riquadri dovranno essere compilati e per ciascun requisito la struttura richiedente dovrà selezionare una sola delle lettere sopraindicate;
la colonna 5 è uno spazio per annotazioni della struttura in relazione e a completamento dell'autovalutazione; è richiesto di motivare sempre la non applicabilità di un requisito che può essere accolta solo in caso di assenza dell'attività o della tecnologia descritta nel requisito;
la colonna 6 è riservata ai valutatori regionali dell'accreditamento istituzionale ed è compilata all'atto del sopralluogo disposto dalla Direzione Centrale per la verifica della conformità ai requisiti di accreditamento.

REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

REQUISITI GENERALI DI ACCREDITAMENTO

legenda
E essenziale
C requisito conforme
NC requisito non conforme
NA requisito non applicabile

N.	Requisito	E	Autovalutazione	Note	Verifica valutazione
ORGANIZZAZIONE, DIREZIONE DELLA STRUTTURA					
G.1	La Direzione ha redatto e aggiornato, in caso di variazione, un documento che descrive la struttura organizzativa e le relative articolazioni e definisce le responsabilità di coordinamento e controllo delle attività.	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.2	La Direzione ha stabilito le modalità di sostituzione dei responsabili in caso di assenza.		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.3	La Direzione ha definito e aggiornato in caso di variazione le funzioni che ogni figura professionale è chiamata a svolgere.	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.4	La Direzione organizza l'attività in funzione della valutazione dei bisogni della propria utenza, della mission e delle risorse disponibili.		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.5	È prevista la valutazione periodica del grado di raggiungimento degli obiettivi specifici programmati in riferimento ai bisogni e alla domanda della propria utenza.		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.6	La Direzione ha stabilito per le prestazioni/servizi erogati, regolamenti interni e/o standard di prodotto intesi come linee guida, procedure o percorsi di cura aggiornati con il coinvolgimento del personale.		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.7	Viene valutato il raggiungimento/mantenimento dei livelli quali/quantitativi di prestazioni attese, attraverso l'utilizzo degli indicatori definiti.		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.8	La Direzione ha stabilito un processo di valutazione periodica, sulla base di criteri e di caratteristiche predefinite, per l'assegnazione del personale allo svolgimento di un determinato tipo di lavoro.	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.9	La Direzione ha stabilito le responsabilità, le modalità e i tempi per l' inserimento, affiancamento e addestramento del personale di nuova acquisizione attraverso: • documentazione	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.10	• piano di affiancamento per l'addestramento del personale		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**

G.11	La programmazione dell'attività di formazione e aggiornamento è sviluppata coinvolgendo gli operatori e in coerenza con i bisogni di salute degli utenti, la mission della struttura, gli obiettivi della programmazione regionale e nazionale, i programmi di promozione e miglioramento della qualità.	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.12	Sono documentate le responsabilità e le modalità di registrazione delle attività di formazione e aggiornamento del personale in coerenza con il sistema di formazione continua in medicina.		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.13	Sono effettuate periodiche valutazioni sull'efficacia degli interventi formativi rispetto alla criticità iniziale che aveva determinato l'esigenza formativa.		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.14	La Direzione ha stabilito le modalità di condivisione di conoscenze acquisite dal personale attraverso la partecipazione ad attività formative esterne con il restante personale della struttura.		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE					
G.15	La Direzione ha stabilito i criteri e le modalità operative per la formulazione del piano di rinnovo e di potenziamento delle dotazioni strumentali e tecnologiche adeguato allo stato di evoluzione tecnologica e dell'evidenza scientifica e alle esigenze di sviluppo della struttura.	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.16	La Direzione ha reso disponibile una dotazione di apparecchi critici in grado di rispondere anche alle necessità di emergenza e urgenza clinica.		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.17	Vi è evidenza documentata che il personale svolge attività di formazione sulle corrette modalità di utilizzo, compreso l'uso dei DPI previsti, di manutenzione e sulle procedure di dismissione delle apparecchiature biomediche in uso.	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
SISTEMA INFORMATIVO					
G.18	La Direzione ha definito e regolamentato le procedure di accesso agli archivi nel rispetto della riservatezza richiesta.	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.19	La Direzione ha stabilito la modalità di identificazione e rintracciabilità dei documenti.		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.20	Per ogni tipologia di documento è regolamentata la gestione documentale.		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
ORGANIZZAZIONE E REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO: LINEE GUIDA, PROCEDURE , REGOLAMENTI					
G.21	La Direzione ha stabilito i criteri per la definizione delle priorità di accesso alle prestazioni in conformità alle disposizioni regionali e nazionali.	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.22	La Direzione ha approvato e reso disponibili e aggiornate linee guida basate sulle prove di efficacia per le prestazioni/servizi erogati per le patologie prevalenti.	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
G.23	Protocolli, procedure, percorsi clinico-assistenziali sono predisposti in maniera		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**

	integrata con il coinvolgimento dei professionisti interessati e anche dei pazienti, familiari e associazioni di volontariato se è prevista la loro collaborazione.				
G.24	Il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che sono facilmente accessibili, e che vanno tempestivamente aggiornati al variare delle condizioni e comunque confermati od aggiornati almeno ogni tre anni.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.25	La Direzione ha regolamentato l'organizzazione delle attività nel rispetto dei ritmi e delle abitudini di vita dei pazienti.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.26	La Direzione ha reso operanti modalità di erogazione delle attività clinico-assistenziali nel rispetto dei valori e delle credenze dei pazienti.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.27	La Direzione ha regolamentato le modalità per garantire la privacy e la riservatezza del paziente.	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.28	La Direzione ha approvato procedure per l'assistenza ai pazienti che si trovano in condizioni di fragilità, anche temporanea.	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.29	La Direzione ha stabilito e diffuso le modalità per la riduzione di barriere fisiche, linguistiche, culturali e di altro genere per l'accesso ai servizi.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO E DEGLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALLE PRESTAZIONI SANITARIE E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA					
G.30	La Direzione ha adottato e diffuso un programma per la prevenzione dei rischi, con l'identificazione di settori, pratiche, procedure e processi potenzialmente rischiosi per i pazienti, gli operatori, i visitatori.	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.31	La Direzione ha stabilito e diffuso le modalità per il monitoraggio degli eventi avversi e adottato un sistema di segnalazione (incident reporting).	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.32	Gli eventi avversi sono analizzati al fine di ridurre il rischio al minimo accettabile, in una logica gestionale proattiva e i risultati sono comunicati agli operatori.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.33	La Direzione supporta attivamente le pratiche di gestione dei rischi rendendo consapevoli gli utenti, il personale dipendente e convenzionato, i volontari del proprio ruolo e della propria responsabilità riguardo alla gestione dei rischi.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
PROMOZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'					
G.34	La Direzione ha designato un Responsabile della qualità (o un gruppo riconosciuto con un Responsabile individuato) che abbia autorità e responsabilità per attivare programmi di miglioramento della qualità.	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.35	La Direzione ha approvato e diffuso un piano, almeno triennale, per il miglioramento della qualità che individua l'ordine di priorità dei processi da monitorare e delle attività di miglioramento da implementare e specifica obiettivi, responsabilità, risorse, tempi ed indicatori di verifica.	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA

G.36	In particolare nel piano sono indicati: • le attività ed i settori che sono soggetti a periodica verifica della qualità e le procedure con cui le verifiche devono essere svolte;		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.37	• le modalità con cui le conclusioni delle verifiche sono comunicate ai livelli adeguati e sono attivate opportune azioni correttive per le eventuali inadeguatezze riscontrate;		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.38	• le risorse e il periodo temporale previsto per l'implementazione delle azioni correttive e lo sviluppo dei progetti di miglioramento.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.39	• i responsabili delle azioni correttive e per lo sviluppo dei progetti di miglioramento;		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.40	• gli indicatori per la valutazione, la misura dei risultati e degli esiti.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.41	I risultati dei progetti di miglioramento della qualità sono comunicati agli operatori.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.42	Il piano di miglioramento della qualità è sottoposto periodicamente, almeno ogni tre anni, a revisione (coerenza, svolgimento, risultati, costi, ecc.).		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE E CONSENSO					
G.43	La Direzione fornisce informazioni all'utenza su: • procedure di accesso alle prestazioni;	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.44	• modalità di esecuzione delle prestazioni;		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.45	• tempi di attesa per le prestazioni;		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.46	• tempi di consegna dei referti;		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.47	• modalità di pagamento per gli eventuali costi a carico dell'utente.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.48	La Direzione predispone, redige e aggiorna la documentazione informativa per l'utenza con l'apporto dei responsabili e del personale e, se presenti, con l'apporto delle associazioni di volontariato.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.49	La Direzione definisce con periodicità almeno annuale i tempi massimi di attesa per le prestazioni erogate in coerenza con i valori soglia stabiliti dalla Regione.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.50	La Direzione ha definito le modalità con le quali l'utente viene informato prima dell'esecuzione di una prestazione e il personale autorizzato a raccogliere il consenso.	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA

G.51	In particolare sono definiti: • le situazioni per le quali è necessario il consenso scritto dell'utente;		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.52	• le procedure per informare ed ottenere il consenso con indicazione dei professionisti responsabili;		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.53	• i casi in cui vi possono essere soggetti sostitutivi e procedure conseguenti.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.54	Sono presenti, oltre il consenso informato, modalità documentate per fornire informazioni con sistematicità sulle condizioni cliniche e i trattamenti previsti al fine di consentire la partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e il coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver nei percorsi di cura.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.55	Tutto il personale deve portare un cartellino che ne permetta l'univoca identificazione , personale e per qualifica.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE					
G.56	La Direzione ha attivato modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione attraverso l'analisi del clima organizzativo e/o soddisfazione degli operatori.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.57	La Direzione ha stabilito le modalità di ascolto degli utenti attraverso la raccolta di segnalazioni/ reclami, l'ascolto attivo e/o la valutazioni della soddisfazione degli utenti.	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
G.58	La Direzione ha attivato una modalità sistematica di comunicazione ai responsabili delle articolazioni organizzative dei risultati delle attività di ascolto degli utenti.	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA

REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO
DEGENZA ACUTI E POST ACUTI

legenda
E essenziale
C requisito conforme
NC requisito non conforme
NA requisito non applicabile

N.	Requisito	E	Autovalutazione	Note	Verifica valutazione
GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE					
D.1	Il personale della struttura di degenza ha adottato procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani.	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
D.2	Il personale della struttura di degenza ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in conformità al programma regionale.	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
D.3	Il personale della struttura di degenza ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito.		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
D.4	Il personale della struttura di degenza ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione del rischio di danno al paziente a seguito di caduta accidentale.		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
D.5	Il personale della struttura di degenza ha adottato procedure di sicurezza per le condizioni clinico assistenziali ad elevato rischio di errore in conformità al programma nazionale e regionale sulla sicurezza dei pazienti in particolare in tema di :	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
D.6	• corretta identificazione dei pazienti		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
D.7	• corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
D.8	• prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
D.9	• prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABo		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
D.10	• prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**

D.11	• prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.12	• prevenzione del suicidio di paziente		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
CARTELLA CLINICA					
D.13	E' stata adottata una procedura per la compilazione della cartella clinica comprensiva almeno di: • modalità di compilazione	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.14	• identificazione delle responsabilità per la compilazione		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.15	• modalità di trasmissione dei dati clinico-assistenziali al fine di assicurare la gestione interdisciplinare e interprofessionale dei problemi di salute		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.16	Nella cartella clinica sono disponibili le informazioni sull'anamnesi generale e specifica relative al motivo del ricovero		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.17	Nella cartella clinica sono disponibili le informazioni sull'esame obiettivo generale e specifico relativo al motivo del ricovero		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.18	Nella cartella clinica è specificata la diagnosi o l'ipotesi diagnostica al momento del ricovero		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.19	La cartella clinica contiene le relazioni dettagliate su tutti gli interventi diagnostici e terapeutici effettuati e in particolare:	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.20	• prescrizioni diagnostiche		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.21	• prescrizioni e somministrazioni terapeutiche		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.22	• procedure invasive		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.23	• reazioni avverse		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.24	Nella cartella clinica è documentata la valutazione del dolore, la terapia antalgica e il risultato antalgico.	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.25	E' presente una cartella infermieristica che costituisce parte integrante della cartella clinica.	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.26	La cartella infermieristica contiene sezioni relative a: • registrazione, all'accoglimento e durante il ricovero, di dati di tipo assistenziale		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA

D.27	• identificazione dei bisogni assistenziali e relativa pianificazione degli interventi		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.28	• registrazione degli interventi di assistenza infermieristica		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.29	• valutazione dei risultati degli interventi di assistenza infermieristica		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.30	• registrazione di rilevazione di parametri vitali		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.31	Le attività clinico-assistenziali sono realizzate anche attraverso procedure integrate con le altre professionalità.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.32	Nella cartella clinica c'è evidenza di consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto.	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.33	Nella cartella clinica sono riportati tutti i referti/rapporti di consulenza		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.34	Nella cartella vengono riportate annotazioni sul decorso clinico del paziente ed eventuali rivalutazioni dello stesso.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.35	Nella cartella clinica, nel caso di pazienti sottoposti a interventi chirurgici o altre procedure invasive sono incluse almeno le seguenti informazioni: • diagnosi preoperatoria • descrizione dell'intervento (rilievi, procedure tecniche usate, parti prelevate, eventuali complicanze intraoperatorie) • diagnosi post operatoria • nome dei componenti dell'intera équipe	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.36	Nella cartella clinica, nel caso di pazienti sottoposti ad anestesia, sono incluse almeno le seguenti informazioni: • valutazione preanestesiologica • registrazione parametri vitali e livello di coscienza • prescrizioni e somministrazioni terapeutiche • ogni evento inusuale e/o complicanza e modalità di gestione di tali eventi • dimissione del paziente dall'area di assistenza post-anestesia	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.37	Nella cartella clinica è presente copia della lettera di dimissione, nella quale vengono riassunte in maniera concisa le seguenti informazioni: • il motivo del ricovero • i rilievi significativi • gli interventi diagnostico-terapeutici effettuati	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA

	• le condizioni del paziente alla dimissione • terapia farmacologica alla dimissione • istruzioni di follow up				
D.38	In caso di trasferimento del paziente ad altra struttura, viene redatta una lettera di trasferimento e ne è conservata copia nella cartella clinica		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.39	In caso di ricovero in situazioni di emergenza, nella cartella clinica sono acquisite le informazioni e/o i dati relativi alla fase pre ricovero necessari a garantire la continuità dell'assistenza		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.40	Quando un paziente è ammesso in una struttura con degenza, l'organizzazione dispone una procedura per raccogliere tutte le informazioni relative agli accessi precedenti.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.41	Per i pazienti che necessitano di dimissioni protette è: • garantita la continuità assistenziale concordata con gli operatori del distretto di appartenenza	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.42	• assicurata l'informazione al paziente e/o ai familiari e caregiver sul percorso assistenziale concordato con il distretto		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
D.43	Sono attuate e verificabili procedure di qualità e di adeguatezza per la compilazione e verifica periodica della cartella clinica.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA

REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO AMBULATORIO

legenda
E essenziale
C requisito conforme
NC requisito non conforme
NA requisito non applicabile

N.	Requisito	E	Autovalutazione	Note	Verifica valutazione
GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE					
A.1	Il personale dell'ambulatorio ha adottato procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani.	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
A.2	Il personale dell'ambulatorio ha adottato procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in conformità al programma regionale.	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
A.3	Il personale dell'ambulatorio ha adottato procedure per le attività clinico assistenziali ad elevato rischio di errore in conformità al programma nazionale e regionale sulla sicurezza dei pazienti, in particolare in tema di :	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
A.4	• corretta identificazione dei pazienti		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
A.5	• corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
A.6	• sicurezza nell'uso dei farmaci e informazione agli utenti sulle modalità di assunzione e le interazioni tra farmaci e farmaci/alimenti		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
A.7	• prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
DOCUMENTAZIONE AMBULATORIALE					
A.8	La Direzione ha definito, in relazione alla complessità dell'attività clinico-assistenziale: • caratteristiche della documentazione ambulatoriale adottata	**E**	☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
A.9	• modalità di compilazione		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**
A.10	• identificazione delle responsabilità per la compilazione		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**		☐**C** ☐**NC** ☐**NA**

A.11	• modalità di trasmissione dei dati clinico-assistenziali al fine di assicurare la gestione interdisciplinare e interprofessionale dei problemi di salute.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
A.12	La documentazione ambulatoriale deve contenere almeno le seguenti informazioni: • diagnosi o ipotesi diagnostica	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
A.13	• prescrizioni diagnostiche		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
A.14	• prescrizioni terapeutiche		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
A.15	• procedure invasive		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
A.16	• istruzioni di follow up		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
A.17	Nella documentazione ambulatoriale c'è evidenza di consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto.	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
A.18	Nella documentazione ambulatoriale, nel caso di pazienti sottoposti a interventi chirurgici o altre procedure invasive, sono incluse le seguenti informazioni: • diagnosi preoperatoria • descrizione dell'intervento • diagnosi post operatoria • nome dei componenti dell' équipe	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
ORGANIZZAZIONE E REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO					
A.19	Sono definite le procedure e le responsabilità per la gestione delle prenotazioni.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
A.20	Tutte le attività ambulatoriali devono essere programmate su agende di prenotazione informatizzate secondo standard regionale a garanzia di rispondenza alle esigenze regionali di monitoraggio.	**E**	☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
A.21	La pianificazione oraria degli accessi deve essere attuata con modalità idonee a contenere l'attesa prima della prestazione entro i 30 minuti massimi		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA
A.22	Le prestazioni erogate sono quelle contenute nelle branche specialistiche del nomenclatore tariffario per le quali la struttura è accreditata.		☐C ☐NC ☐NA		☐C ☐NC ☐NA

Spazio riservato alla Direzione Centrale per l'abilitazione dei valutatori regionali.

Abilita