



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

26 APRILE 2016

Allegato 1) alla deliberadel 2016

**COMMISSIONE DI VIGILANZA
SULLE STRUTTURE SANITARIE ASL VCO**

Struttura sottoposta a vigilanza: CAVS - Casa di Cura "L'Eremo di Miazzina" sede di Cambiasca

VERBALE SOPRALLUOGO n° 8 del 5 APRILE 2016

La Commissione di Vigilanza sulle Strutture Sanitarie, istituita con atti del Direttore Generale dell'ASL VCO, delibera n° 76 del 6 marzo 2014 e delibera n° 480 del 28 novembre 2013, composta da:

NOMINATIVI	PR	AS	QUALIFICA
Dott.ssa Elena Barbero	X		Presidente della Commissione, Direttore S.O.C. Medicina Legale
Dott. Bartolomeo Ficili	X		Direttore Distretto
Dottor Pasquale Toscano	X		Dirigente Direzione Sanitaria Ospedaliera
Dott. Giovanni Pozzuoli	X		Dirigente S.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa
Dott. Gianmartino Bollo	X		Dirigente SOC ISP
PI Gianfranco Mora	X		Ass. Tecnico S.O.C. Prevenzione e Protezione
PI Maurizio Pagliari	X		Coll. Tecnico S.O.C. G.I.T.B.
Dott. Laura Materossi	X		Dirigente Professioni Sanitarie
Dott. Loris Caretti	X		Dirigente Distretto



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

ha effettuato apposito sopralluogo per il **controllo requisiti CAVS** di cui alla DGR n° 14-7070 del 4 febbraio 2014, presso la Casa di Cura "**L'Eremo di Miazzina**" di Cambiasca, allo scopo di compiere gli accertamenti previsti dalla DGR sopra citata in base alla check list che fa parte integrante come allegato alla Determina Regionale n° 924 del 30.12.2015

Per la struttura erano presenti i signori:

Legale Rappresentante Struttura:

dottor Mario VANNINI, nato a Soriso, il 25.04.1946

Direttore Sanitario:

dottor Dario PAGANI, nato a Varese, il 09.05.1947

Direttore Amministrativo:

dottor Stefano SPRIANO, nato a il

Responsabile Tecnico:

architetto Leonardo PELIZZARI, nato a Busto Arsizio, il 03.07.1956

Denominazione: Casa di Cura "**L'EREMO DI MIAZZINA**", da ora in avanti denominato "**L'Eremo**"

Indirizzo: via per Miazzina n° 16, 28814 Cambiasca, VB

Telefono: 0323/553700 - **fax:** 0323/571557

email:

PEC: eremodimiazzina@pec.it

Codice Fiscale/P.Iva: 05788742006/01823600034

Legale Rappresentante: dottor Mario VANNINI

Provvedimenti autorizzativi: già accreditata come Casa di Cura dal 2007, DGR 15-7878 del 21.12.2007

Tipologia: attività in vigilanza CAVS

Posti letto in corso di autorizzazione: n° 50

Posti letto in corso di accreditamento: n° 50

COD. REG.: ///

REGIONE
PIEMONTE



Data ultimo sopralluogo: 20 aprile 2015 sopralluogo annuale sulla intera struttura

Si da atto che, come da accordi ed indicazioni regionali (DGR n° 14-7070) al sopralluogo era presente il funzionario dell'ARPA, dottor Roberto VOLA che provvederà a redigere apposito e separato verbale dell'ispezione.

Si da inoltre atto che la check list predisposta dalla regione per il controllo dei requisiti organizzativi legati ai CAVS (Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria) fa parte integrante del presente verbale come allegato A)

Ciò premesso, eseguite le opportune verifiche sia organizzative che strutturali, esaminata la documentazione fornita dalla struttura in vigilanza, discusse collegialmente le criticità riscontrate, la Commissione di Vigilanza sulle Strutture a Valenza Sanitaria della ASL VCO integrata dal funzionario ARPA, ritiene di impartire le prescrizioni di seguito verbalizzate

PRESCRIZIONI CAVS AL 5 APRILE 2016

- 1) Istituire un registro ufficiale, facilmente consultabile, dai quale risultino chiaramente quali sono i turni dei medici di guardia -sia interni che esterni- con definizione dell'orario effettuato, nome e cognome, firma leggibile
- 2) Formare tutto il personale infermieristico addetto ai CAVS alle "Manovre di primo soccorso e utilizzo del defibrillatore" (cosiddetto BLS-D)
- 3) Programmare come prioritaria la presenza di personale formato ai BLS-D nei turni di assistenza ai CAVS.
- 4) Poiché gli obiettivi che si è data la struttura per il 2016 non risultano ben definiti e chiari, si chiede invece che la stessa ne formuli altri che siano pertinenti, definiti e valutabili, così come previsto al punto P 1.3 della check list
- 5) Il modulo del consenso informato al trattamento dei dati sensibili deve essere sempre presente in cartella, correttamente compilato e firmato
- 6) Nella carta dei servizi deve esservi indicato che la Casa di Cura garantisce assistenza religiosa non solo cristiana (come da convenzione in atto e come risulta dalla carta attualmente in vigore) ma anche, a richiesta del paziente, di altre religioni.



- 7) Dal foglio di accettazione del paziente deve risultare il nome del medico (leggibile) che l'ha effettuata. Si consiglia l'adozione di appositi timbri con nominativo e qualifica del medico
- 8) La cultura del "Rischio Clinico" deve essere implementata e tutti gli operatori ne devono essere a conoscenza e coinvolti (risulta ad esempio che nessun evento avverso sia stato segnalato nonostante che il modulo sia a sistema dal 2013). Delle riunioni effettuate deve essere data visibilità attraverso appositi verbali di cui la CVS chiede copia.
- 9) per quanto riguarda l'addestramento all'utilizzo di nuove attrezzature occorre che la ditta fornitrice attesti che viene fatto.
- 12) Organizzazione dell'equipe medica: da prevedere un documento articolato sull'organizzazione dell'attività che descriva quanto viene fatto e come viene svolta
- 13) il documento sul rischio stress lavoro-correlato deve essere datato: farne pervenire copia
- 14) far pervenire documento sulle gestione del black out elettrico
- 15) produrre obiettivi relativi alla Qualità ed al Rischio Clinico ed al C.I.O.
- 16) fornire evidenza di una simulazione di evacuazione d'emergenza
- 17) individuare le camere destinate ai CAVS in modo univoco
- 18) destinare il 10% delle camere a singolo paziente
- 19) prevedere l'installazione di datalogger per la rilevazione della temperatura e dell'umidità degli ambienti
- 20) effettuare una verifica del livello di illuminazione di tutti i locali destinati ai CAVS
- 21) far pervenire una planimetria con la corretta destinazione di tutti i locali del piano destinato ai CAVS

Tutta la documentazione richiesta deve pervenire alla CVS entro 30 gg dal ricevimento del presente verbale.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Il sopralluogo termina alle ore 16, 45

I componenti:

Dott.ssa Laura MATEROSSI	
Dottor Pasquale TOSCANO	
PI Gianfranco MORA	
PI Maurizio PAGLIARI	
Dott. Giovanni POZZUOLI	
Dott. Loris CARETTI	
Dott. Bartolomeo FICILI	
Dott. Gianmartino BIORLO	

IL PRESIDENTE CVS
Dott.ssa Elena Barbero

ALLEGATO A)
VERBALE n° 8
05/04/2016

Codice	Requisiti per accreditamento	Evid. Doc. Mod.	Specifiche	Evidenza minima	Requisiti Soddisfatti	Note
REQUISITI GENERALI						
P1						
P1.1	Esiste a livello Aziendale un documento che espliciti la mission aziendale, l'organizzazione dell'Azienda e le funzioni di ciascuna struttura organizzativa identificata?	Doc Des PVD	✓ presenza dell'Atto Aziendale o di documento equivalente, ✓ vigenza del documento stesso ✓ evidenza che lo stesso sia stato diffuso almeno con una modalità dimostrabile (lettera, mail, Intranet, Internet,...) e ai principali livelli dirigenziali e di coordinamento	Un documento che descriva l'organizzazione aziendale (le strutture e la loro attività, gruppi operativi/funzionali, ecc); - Un organigramma per capire i rapporti gerarchici/funzionali tra le strutture; - Un documento che descriva attività e responsabilità delle funzioni più rilevanti (Direttore Generale, Direttore medico, caposala, ecc). L'organigramma deve prevedere tutte le figure previste dai successivi requisiti.	SI	e presente un documento "responsabilità ed autorità" Rv. 04, è presente organigramma del 20.08.2013- i documenti sono distribuiti attraverso la lista di distribuzione-
	accordo stato-regioni 12-2012: requisito 1.2 programmi per lo sviluppo di reti assistenziali					nota 11/03/2013
P1.2	Sono state definite le modalità con le quali sono gestite le urgenze e gli eventi imprevisi?	Doc Des PVD	evidenza di documentazione relativa a: ✓ piani di gestione delle emergenze ✓ formazione ed aggiornamento del personale sui piani	Gestione urgenza clinica : 1)cosa si fa all'interno 2)una eventuale convenzione col 118 o comunque cosa si fa per la consegna al 118 (ad es. assicurare che il paziente venga accompagnato dalla sua documentazione sanitaria 3) Evidenza formazione BLS-D Gestione black-out elettrico	SI ☐	1) è presente una procedura continuità di assistenza in caso di urgenza del 14.01.2016, è presente la turnistica dei medici di guardia mese di aprile 2016, i medici sono dipendenti da una cooperativa (vedi prescrizione sul verbale) 2) è vigente una convenzione con il 118, 3) è presente lista del personale che ha effettuato la formazione BLS-D aggiornata ad oggi, tuttavia non tutti i turni risultano coperti da personale formato (vedi prescrizione sul verbale) 4) non esiste evidenza scritta della gestione del black out elettrico: far pervenire apposito documento (vedi prescrizione sul verbale)
P1.3	E' adottato un sistema di valutazione delle prestazioni del personale secondo le indicazioni nazionali e/o regionali?	Doc Des PVD Report	✓ scheda di assegnazione alle strutture aziendali degli obiettivi di risultato (obiettivi economici e di miglioramento della qualità) ✓ nella scheda per ogni obiettivo il relativo indicatore e valore atteso ✓ sistema di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati Pianificazione azioni correttive in caso di mancato raggiungimento ✓ attivazione dell'Organismo di Valutazione aziendale (punto non applicabile nel privato)	Gli obiettivi devono essere di miglioramento, misurabili, con una scadenza (obiettivi chiari, un indicatore per ciascun obiettivo, standard minimi). Possono essere obiettivi che si dà l'azienda ogni anno (nelle RSA è difficile che siano assegnati a delle strutture)	NO ☐	i rappresentanti della struttura comunicano di non avere obiettivi economici o altri specifici, ma solo un documento che parla in generale -al paragrafo 3)- di mission ed obiettivi datato 14.1.2016 rev. 07; in particolare l'obiettivo "Riordino del servizio di pulizia e Sanificazione" è in corso di effettuazione ma non ve ne è tracciabilità (vedi prescrizione sul verbale)

ASL VCO
CAVS - Requisiti Accredittamento - Check List completa

Leg	Codice	Requisiti per accredittamento	Evi Doc Mod	Specifiche	Evidenze minime	Requisiti to Soddisfatto	Note
	P1.4	Sono definite le modalità con le quali viene assicurata l'attività CAVS		✓ presenza di documenti formalizzati che esplicitino le modalità adottate (lettere, procedure, regolamenti, flow-chart) per la gestione del paziente in stretto collegamento con NCDD ✓ diffusi con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, ...)	Protocolli e modulistica predisposta dall'ASL (o almeno condivisa), in coerenza con quanto previsto dalla DGR 27/2012	SI ☐	in cartella è presente la modulistica predisposta dalla ASL
1	P1.5	Sono definite le modalità con le quali viene garantito il rispetto della privacy?	Doc Des PVD	✓ documento di nomina del responsabile del trattamento dei dati e dei suoi delegati ✓ documento programmatico sulla sicurezza ✓ modalità di acquisizione del consenso al trattamento dei dati sensibili (modulistica, timbro, ...) ✓ evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, ...)	Modulistica per raccolta consenso. DPS (Documento Programmatico sulla Sicurezza) Lettera di incarico con definizione compiti	SI ☐	è presente il DPS (rif. disciplinare privacy, rev. 10 datato 30.3.16); nelle cartelle è presente il modulo del consenso al trattamento dei dati sensibili ma spesso non è firmato; per l'aggiornamento del DPS la struttura ha una consulente (lettera di incarico dott.ssa Laura di Liddo del 20.1.2016)
1	P1.6	E' previsto un servizio di assistenza religiosa?	Doc Des PVD	✓ codice delle modalità di attivazione per l'assistenza religiosa dei principali tipi di culto	Presenza dell'informazione nella Carta dei Servizi Disponibilità di contatti per le varie religioni	SI ☐	la struttura ha una convenzione con il sacerdote di Mazzina che assicura la sua presenza quotidiana (rif. Lettera datata 1.4.2008 firmata da don Antonio Nicola e dr. è presente nel DPS
1	P1.7	Sono definite le modalità di accesso ai sistemi informatici?	Doc Des PVD	✓ presenza di Regolamento/documento approvato ✓ evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, ...)	Il DPS (vedi P1.5) evidenzia quanto richiesto dal requisito.	SI ☐	
1	P1.8	Sono definite le modalità con le quali viene garantita la sicurezza dei lavoratori?	Doc Des PVD Verbali	✓ nomina Responsabile SPP, Medico Competente e RLS ✓ elaborazione di documento di valutazione dei rischi ✓ evidenza di riunioni periodiche ✓ iniziative di formazione	Nomina RSPP Nomina RLS Nomina antincendio DVR Riunione periodica nomina addetti evacuazione	SI ☐	si prende visione della nomina del responsabile della SPP, arch. Pelizzari, datata 15.01.2006; i rappresentanti della RLS sono appena stati nominati (documento DVR del 15.01.2016); nomina responsabile antincendio (documento del 15.5.2015)
1	P1.9	Sono definite le modalità con cui assicurare: 1) compilazione, conservazione, rilascio, archiviazione e scarto dei documenti comprovanti un'attività sanitaria (cartelle cliniche, SDO, cartelle ambulatoriali, cartelle infermieristiche,...) 2) modalità di informazione del paziente anche finalizzata all'acquisizione del consenso informato 3) modalità di informazione sullo stato di salute a terzi?	Doc Des PVD Report	✓ protocolli/procedure/ regolamenti ✓ resi disponibili con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,...) ✓ monitoraggio della loro applicazione (solo per quanto riguarda la valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche) ✓ la copia della cartella clinica del paziente, se completata in tutte le sue parti, deve essere resa disponibile entro sette giorni lavorativi dalla richiesta ✓ per quanto riguarda il discorso delle informazioni fornite a terzi sarebbe opportuno che fosse specificato come	1) Una procedura da cui si comprende chiaramente come si compila, si conserva, si rilascia, si archivia la documentazione sanitaria (minimo cartella clinica e cartella infermieristica). Le annotazioni devono essere datate e firmate 2) Deve essere presente almeno la modulistica per il consenso informato all'entofusione 3) Il modulo di consenso sulla Privacy che contenga anche una parte per il consenso all'informazione a terzi sul proprio stato di salute (o una richiesta su modulo a parte)	SI ☐	1) è presente un disciplinare "Gestione della documentazione sanitaria redazione ed archiviazione" datata 14.01.2016 rev.04 2) il modulo per il consenso alla entofusione è predisposto ma viene introdotto in cartella solo in caso di effettiva esigenza 3) il modulo del consenso sulla privacy è presente nella modulistica del consenso al trattamento dati sensibili
1	P1.10	Sono messe in atto a livello aziendale almeno annualmente iniziative volte alla promozione della salute?	Doc Des PVD	✓ evidenza di delibera costitutiva/lettera/piano di organizzazione aziendale per la presenza a livello di ASL della funzione competente ✓ almeno una iniziativa promossa per ciascun anno, rivolta alla popolazione per le	N.A		non applicabile

Handwritten signatures and initials:
- Top right: "178"
- Middle right: "EDR"
- Bottom right: "fi de"
- Far right: "pág. 2 di 8"

Leg.	Codice	Requisiti per accredittamento	Evi Doc Mod	Specifiche	Evidenze minime	Requisiti to Soddisfatto	Note
1	P1.11	Viene individuato un responsabile medico coordinatore che garantisca l'organizzazione tecnico-sanitaria e il funzionamento della struttura?	Doc Des PVD	Evidenza del documento con il quale è stata attribuita la responsabilità	Nomina e specificazione dei compiti (tra cui rischio clinico e prevenzione infezioni ospedaliere). Se è presente un Direttore Sanitario di struttura, lo potrà essere anche del CAVS se il monte ore di presenza (Contratto) è sufficiente a coprire il debito Turnistica (dove è presente una guardia medica interna) e registrazione effettive presenze.	SI ☐	Direttore Sanitario: dottor Dario Pagani
1	P1.12	All'interno delle strutture di degenza è prevista la funzione di guardia medica	Doc Des PVD	Presenza del documento da cui emerge come è garantita la funzione	Turnistica (dove è presente una guardia medica interna) e registrazione effettive presenze.	SI ☐	dare evidenza della guardia medica notturna e festiva tramite: modalità da verificare ma indispensabile (vedi prescrizione in
1	P1.13	La struttura ha definito le modalità per assicurare l'intervento di specialisti per specifiche problematiche/esigenze?	Doc Des PVD	Presenza documento che descriva le modalità individuate Registrazione chiamate effettuate	Definizione di un percorso privilegiato con l'ospedale di riferimento	NO ☐	al momento non presente, da definire
P2 COMUNICAZIONE E RELAZIONI INTERNE ED ESTERNE							
1	P2.1	Sono definiti ruoli, funzioni e responsabilità per le attività di comunicazione?	Doc Des PVD	✓ presenza di documento nel quale siano chiariti ruoli, funzioni e responsabilità delle diverse Strutture che si occupano di comunicazione (Ufficio Stampa, Ufficio Relazioni con il Pubblico, ...) e degli operatori singoli o associati ✓ evidenza che lo stesso sia stato diffuso almeno con una modalità dimostrabile (lettera, mail, Intranet, Internet, ...)	Individuazione della funzione e dell'incaricato della funzione (con specificati i compiti: iniziative di valutazione della custode satisfaction, gestione reclami, ecc)	SI ☐	c'è un ufficio URP gestito da una apposita incaricata, c'è un "Regolamento funzionamento URP" datato ottobre 2010, c'è la modulistica per la raccolta della soddisfazione del paziente,
1	P2.2	E' definito un sistema di monitoraggio della soddisfazione degli utenti che preveda azioni di miglioramento in presenza di criticità?	Doc Des PVD Report	✓ modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (gestione reclami/ disservizi/ elogi/ suggerimenti, indagini di customer satisfaction, attività di valutazione, attività di mediazione dei conflitti.....) ✓ evidenza della diffusione delle risultanze delle attività svolte all'interno dell'Azienda ✓ azioni di miglioramento in presenza di	Presenza del modulo, di report di elaborazione dei risultati e di conseguenti proposte di miglioramento (o almeno analisi se non di compilati in maniera significativa (almeno 20% dei distribuiti). Presenza del modulo reclami e esempi di reclami.	SI ☐	visionato il report 2015 (8%)
1	P2.3	E' definito a livello Aziendale un documento informativo che descriva le principali attività erogate dall'Azienda e le modalità di accesso a tali prestazioni?	Doc Des PVD	✓ presenza della Carta dei Servizi o di analogo documento ✓ sua disponibilità per l'utenza almeno con una modalità dimostrabile (invio a casa, pubblicazione in Internet, consultabile presso URP o altro punto in Azienda....)	La Carta dei Servizi	SI ☐	visionata, nulla da rilevare
P3 GESTIONE RISORSE UMANE							
1							

[Handwritten signatures and initials]

Leg	Codice	Requisiti per accreditamento	Evi Doc Mod	Specifiche	Evidenze minime	Requisiti to Soddisfatto	Note
1	P3.1	E' presente un sistema integrato di gestione della formazione?	Doc Des PVD	✓ presenza di un piano di formazione vigente che includa anche il personale convenzionato coerente con la mission dell'organizzazione ✓ esistenza di analisi dei bisogni e definizione degli obiettivi formativi condivisa con i responsabili delle articolazioni presenti nell'organizzazione; ✓ pianificazione delle attività, riesame di quanto erogato rispetto a quanto previsto, registrazione della formazione per ciascun partecipante	Presenza del piano di formazione con almeno Corsi BLS e Corsi volti a migliorare l'assistenza	SI ☐	viene esibito il piano di formazione 2016-2017 verificata l'attività formativa 2015
1	P3.2	Esiste un sistema di valutazione del benessere organizzativo interno?	Doc Des PVD	✓ evidenza documentale ✓ previsione di azioni di miglioramento in presenza di criticità	Almeno l'indagine sullo stress lavoro-correlato ex D.Lgs. 81/2008	SI ☐	esito un documento sul rischio stress lavoro correlato, datato marzo 2016. Ancora da terminare e datare (vedi prescrizione in verbale)
1	P4.1	E' attiva una funzione aziendale preposta alla gestione del miglioramento della Qualità?	Doc Des PVD	✓ documentazione relativa all'istituzione, alle responsabilità, alle funzioni ed all'organizzazione interna ✓ documento di pianificazione annuale che descriva azioni/obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione/verifica ✓ evidenza che lo stesso sia stato diffuso almeno con una modalità dimostrabile (lettera, mail, Intranet, Internet,...) alle Strutture ✓ documento da cui si evincano le azioni correttive intraprese in presenza di criticità	Individuazione funzione (con specificati i compiti). Obiettivi annuali di miglioramento (accompagnati da piano d'azione: come chi e entro quando si raggiungono) e/o piani qualità per migliorare singoli aspetti della qualità	SI ☐	i rappresentanti della struttura comunicano di non avere obiettivi economici o altri specifici ma solo un documento che parla in generale al paragrafo 3) di mission ed obiettivi 14.1.2016 rev. 07, in particolare l'obiettivo "Ritorno del servizio di pulizia e Sanificazione" è in corso di effettuazione ma non ve ne è tracciabilità; è presente una responsabile di settore nominata con lettera del 2010 (Pelizzari Gabriella)
1	P4.2	Sono predisposte e diffuse Linee di Indirizzo per la gestione del Sistema documentale?	Doc Des PVD	✓ presenza di documento contenente le indicazioni per la stesura, emissione, revisione, validazione dei documenti (es. protocolli, procedure, istruzioni di lavoro, percorsi diagnostici terapeutici,.....) ✓ evidenza della diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, circolare, Intranet, Internet,...)	Documento che censisca i documenti ed i dati gestiti e per ciascuno specifici chi li raccoglie, chi li tratta, chi li archivia e chi sono i destinatari. La verifica è relativa ai soli dati/documenti relativi alla documentazione sanitaria	SI ☐	è presente il DPS (rif. disciplinare privacy, rev. 10 datato 30.3.16); nelle cartelle è presente il modulo del consenso al trattamento dei dati sensibili ma spesso non è firmato; per l'aggiornamento del DPS la struttura ha una consulente (lettera di incarico dott.ssa Laura di Liddo del 15.10.2015)
1	P4.3	Esiste una programmazione almeno annuale di attività di audit?	Doc Des PVD Report	✓ presenza di documento che definisca le modalità di pianificazione/conduzione degli audit ✓ evidenza di report sulle attività programmate/effettuate (es. verbali, rapporti, azioni correttive, piani di miglioramento)	O audit classico o evidenza di un riesame periodico e programmazione delle attività (ad es. riunioni almeno bimestrali dove si prendono in considerazione gli incidenti, i reclami, i ricoveri in ospedale, le plaghe da decubito, l'incidenza decessi/ecc)	SI ☐	presente piano annuale 2015 e la verifica del 15.10.2015 con check list e rapporto di audit

Leg.	Codice	Requisiti per l'accreditamento	Evl Doc Mod	Specifiche	Evidenze minime	Requisiti to Soddisfatto	Note
P5 GESTIONE DEL RISCHIO							
1		Risulta costituita ed attivata l'U.G.R. - Unità di Gestione del rischio clinico (multidisciplinare e multiprofessionale)? PVD	Doc Des PVD	✓ atto costitutivo dell'Unità di gestione del Rischio Clinico o Struttura dedicata ✓ documento che definisca le modalità di identificazione e gestione di eventuali rischi clinici (potenziali e principali) ✓ presenza di attività inerenti la gestione del rischio clinico che tengano anche conto delle indicazioni fornite dai documenti emessi dal Ministero della Salute e dalla Regione (Implementazione di Raccomandazioni/Linee Guida/di indirizzo/Manuali, progetti di miglioramento, azioni correttive o preventive, monitoraggio, ...)	Come in P4.1 ma inerenti il rischio clinico (ad es. prevenzione cadute, ecc)		è presente la procedura del rischio clinico datata 20.08.2013, è presente documento di costituzione Unità di Rischio Clinico datata novembre 2015, è presente una scheda tipo di segnalazione caduta ed una per segnalazione eventi avversi;
1	P5.1					SI ☐	
1	P5.2	L'UGRC ha definito le modalità e le responsabilità per la segnalazione di eventi sentinella e incidenti o mancati incidenti con dispositivi medici?	Doc Des PVD	✓ esistenza di documento che definisca le modalità di segnalazione/gestione di eventi sentinella e incidenti o mancati incidenti e le responsabilità connesse ✓ diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,...)	Utilizzo di un modulo che descriva la gestione dell'evento (segnalazione, classificazione, trattamento, ecc)	SI ☐	si è presente modulo apposito, migliorabile; si proscrive di implementare la cultura del "Rischio Clinico", darsi un obiettivo specifico sul rischio clinico 2016, fornire entro 30 gg i verbali delle riunioni (vedi prescrizioni in verbale)
	P5.3	Sono definite le modalità per la gestione dei farmaci?	Doc Des PVD	✓ esistenza di documento che definisca le modalità di gestione dei farmaci e le responsabilità connesse (modalità di approvvigionamento, controllo scadenze, conservazione idonea, prescrizione, somministrazione, ...) ✓ diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,...)		SI ☐	esiste una procedura del 2016: fornire evidenza di quanto fatto, fornire verbali delle riunioni; valutare la modalità di controllo della temperatura dei frigoriferi e compilare apposito registro; c'è supervisione della gestione farmaci tramite apposito software; viene fornito il verbale del controllo NAS datato 22.02.2016 dai quali non emerge nulla di inadeguato
	P5.4	Esiste una procedura per la comunicazione al Ministero della Salute, tramite il responsabile della Farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza, degli eventi negativi relativi ai farmaci quali le reazioni avverse sul paziente ed i difetti rilevati sui prodotti (per esempio: colorazioni anomale, mai confezionamento)?		✓ esistenza di documento che definisca le modalità di segnalazione e le responsabilità connesse ✓ diffusione con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, Intranet, Internet,...)	Esistenza in struttura del modulo per la denuncia, disponibilità del recapito referente ASL/ASO	SI ☐	c'è un modulo apposito che viene fornito in visione alla CVS

Handwritten signatures and initials:
 - Top right: "F" and "Z" with a checkmark.
 - Middle right: "E" and "P" with a checkmark.
 - Bottom right: "de" and "P" with a checkmark.

Leg.	Codice	Requisiti per accreditamento	Evi- Doc Mod	Specifiche	Evidenze minime	Requisiti to Soddisfatto	Note
1	P5.5	Esiste una struttura ed un CIO a supporto in coerenza con le disposizioni nazionali e/o regionali (p.es circolare regionale 1950/6 febbraio 2001) che gestiscono i programmi di prevenzione del rischio infettivo per pazienti, operatori e visitatori nelle strutture ospedaliere e territoriali.	Doc Des PVD	Esiste evidenza (atti di riunioni, programmi in comune) di una integrazione con le strutture di Risk management e Prevenzione del rischio occupazionale. La responsabilità della struttura è medica, con adeguata formazione (p.es igienistica, microbiologica, infettivologica) ed include medico/medici ed infermiere/i adeguatamente formati (corsi specifici, direzione di attività specifiche) ed in misura coerente con le caratteristiche dell'istituzione (p.es almeno 1 a 200 pl infermiere, 1 a 1000 posti letto medico, per le strutture per acuti). Esiste un Comitato (Comitato infezioni associate assistenza sanitaria) multi	O CIO o partecipazione agli incontri ed alle attività di un CIO ASL o ASO (prevista da una Convenzione).	SI ☐	esiste una nota di rinnovo del CIO data 4.1.2015, si prende visione di due verbali di riunione del CIO uno di marzo ed uno di settembre 2015
1	P5.6	Esiste evidenza di un processo in atto in ambito di prevenzione del rischio infettivo?	Doc Des PVD	Presenza di documentazione relativa ad attività, pianificate annualmente, di sorveglianza, controllo e formazione coerenti con i rischi prevalenti identificati nella struttura ES: procedure di isolamento, controllo delle resistenze microbiche, disinfezione, sterilizzazione, lavaggio mani, gestione rifiuti, prevenzione delle infezioni chirurgiche, urinarie, batteriemie, polmoniti nosocomiali, tutela dal rischio infettivo per i lavoratori, gestione epidemie.	Almeno presenza ed applicazione di procedure su isolamento paziente infettivo, sanificazione degli ambienti, lavaggio mani, monitoraggio ferita chirurgica, gestione rifiuti, monitoraggio impianti per Legionella (L.G. 2008), gestione della comunicazione in caso di malattie infettive.	SI ☐	si prende visione delle procedure in atto; esiste un piano di campionamento e controllo della Legionellosi: si prende visione dei controlli effettuati; si prende visione del documento "analisi del rischio acqua"
1	P5.7	La struttura che si occupa della prevenzione delle ICA a livello aziendale è coinvolta nelle valutazioni per gli specifici aspetti di competenza?	Doc Des PVD	Sono presenti atti formali (pareri scritti) che dimostrano il coinvolgimento dell'Unità nella valutazione di appalti (p.es cucine, rifiuti, pulizie), acquisizione di tecnologie, dotazione di DPI e strategie di prevenzione infezioni occupazionali, progettazione e ristrutturazione di unità, acquisto di presidi medici che possano coinvolgere aspetti della prevenzione del rischio infettivo.	Deve essere prevista questa attività nell'incarico al Direttore medico (coinvolgimento ad esempio la gestione della mensa, la gestione dei DPI e dei Dispositivi medici)	SI ☐	il Direttore Sanitario è componente del CIO.
1	P5.8	L'attività preventiva viene monitorata attraverso l'uso di indicatori?	Doc Des PVD	Documento di monitoraggio degli indicatori scelti diffuso con almeno una modalità dimostrabile (come lettera, intranet, internet....)	L'indicatore deve essere strutturato (almeno: cosa si mette al numeratore ed al denominatore, qual è il razionale, qual è la frequenza e la responsabilità di raccolta del dato, qual è la soglia minima. Gli indicatori possono discendere da P4.1, P5.1, P5.2, P5.3, P5.4, P5.5, P5.6, P5.7, P5.8, P5.9, P5.10, P5.11, P5.12, P5.13, P5.14, P5.15, P5.16, P5.17, P5.18, P5.19, P5.20, P5.21, P5.22, P5.23, P5.24, P5.25, P5.26, P5.27, P5.28, P5.29, P5.30, P5.31, P5.32, P5.33, P5.34, P5.35, P5.36, P5.37, P5.38, P5.39, P5.40, P5.41, P5.42, P5.43, P5.44, P5.45, P5.46, P5.47, P5.48, P5.49, P5.50, P5.51, P5.52, P5.53, P5.54, P5.55, P5.56, P5.57, P5.58, P5.59, P5.60, P5.61, P5.62, P5.63, P5.64, P5.65, P5.66, P5.67, P5.68, P5.69, P5.70, P5.71, P5.72, P5.73, P5.74, P5.75, P5.76, P5.77, P5.78, P5.79, P5.80, P5.81, P5.82, P5.83, P5.84, P5.85, P5.86, P5.87, P5.88, P5.89, P5.90, P5.91, P5.92, P5.93, P5.94, P5.95, P5.96, P5.97, P5.98, P5.99, P5.100, P5.101, P5.102, P5.103, P5.104, P5.105, P5.106, P5.107, P5.108, P5.109, P5.110, P5.111, P5.112, P5.113, P5.114, P5.115, P5.116, P5.117, P5.118, P5.119, P5.120, P5.121, P5.122, P5.123, P5.124, P5.125, P5.126, P5.127, P5.128, P5.129, P5.130, P5.131, P5.132, P5.133, P5.134, P5.135, P5.136, P5.137, P5.138, P5.139, P5.140, P5.141, P5.142, P5.143, P5.144, P5.145, P5.146, P5.147, P5.148, P5.149, P5.150, P5.151, P5.152, P5.153, P5.154, P5.155, P5.156, P5.157, P5.158, P5.159, P5.160, P5.161, P5.162, P5.163, P5.164, P5.165, P5.166, P5.167, P5.168, P5.169, P5.170, P5.171, P5.172, P5.173, P5.174, P5.175, P5.176, P5.177, P5.178, P5.179, P5.180, P5.181, P5.182, P5.183, P5.184, P5.185, P5.186, P5.187, P5.188, P5.189, P5.190, P5.191, P5.192, P5.193, P5.194, P5.195, P5.196, P5.197, P5.198, P5.199, P5.200, P5.201, P5.202, P5.203, P5.204, P5.205, P5.206, P5.207, P5.208, P5.209, P5.210, P5.211, P5.212, P5.213, P5.214, P5.215, P5.216, P5.217, P5.218, P5.219, P5.220, P5.221, P5.222, P5.223, P5.224, P5.225, P5.226, P5.227, P5.228, P5.229, P5.230, P5.231, P5.232, P5.233, P5.234, P5.235, P5.236, P5.237, P5.238, P5.239, P5.240, P5.241, P5.242, P5.243, P5.244, P5.245, P5.246, P5.247, P5.248, P5.249, P5.250, P5.251, P5.252, P5.253, P5.254, P5.255, P5.256, P5.257, P5.258, P5.259, P5.260, P5.261, P5.262, P5.263, P5.264, P5.265, P5.266, P5.267, P5.268, P5.269, P5.270, P5.271, P5.272, P5.273, P5.274, P5.275, P5.276, P5.277, P5.278, P5.279, P5.280, P5.281, P5.282, P5.283, P5.284, P5.285, P5.286, P5.287, P5.288, P5.289, P5.290, P5.291, P5.292, P5.293, P5.294, P5.295, P5.296, P5.297, P5.298, P5.299, P5.300, P5.301, P5.302, P5.303, P5.304, P5.305, P5.306, P5.307, P5.308, P5.309, P5.310, P5.311, P5.312, P5.313, P5.314, P5.315, P5.316, P5.317, P5.318, P5.319, P5.320, P5.321, P5.322, P5.323, P5.324, P5.325, P5.326, P5.327, P5.328, P5.329, P5.330, P5.331, P5.332, P5.333, P5.334, P5.335, P5.336, P5.337, P5.338, P5.339, P5.340, P5.341, P5.342, P5.343, P5.344, P5.345, P5.346, P5.347, P5.348, P5.349, P5.350, P5.351, P5.352, P5.353, P5.354, P5.355, P5.356, P5.357, P5.358, P5.359, P5.360, P5.361, P5.362, P5.363, P5.364, P5.365, P5.366, P5.367, P5.368, P5.369, P5.370, P5.371, P5.372, P5.373, P5.374, P5.375, P5.376, P5.377, P5.378, P5.379, P5.380, P5.381, P5.382, P5.383, P5.384, P5.385, P5.386, P5.387, P5.388, P5.389, P5.390, P5.391, P5.392, P5.393, P5.394, P5.395, P5.396, P5.397, P5.398, P5.399, P5.400, P5.401, P5.402, P5.403, P5.404, P5.405, P5.406, P5.407, P5.408, P5.409, P5.410, P5.411, P5.412, P5.413, P5.414, P5.415, P5.416, P5.417, P5.418, P5.419, P5.420, P5.421, P5.422, P5.423, P5.424, P5.425, P5.426, P5.427, P5.428, P5.429, P5.430, P5.431, P5.432, P5.433, P5.434, P5.435, P5.436, P5.437, P5.438, P5.439, P5.440, P5.441, P5.442, P5.443, P5.444, P5.445, P5.446, P5.447, P5.448, P5.449, P5.450, P5.451, P5.452, P5.453, P5.454, P5.455, P5.456, P5.457, P5.458, P5.459, P5.460, P5.461, P5.462, P5.463, P5.464, P5.465, P5.466, P5.467, P5.468, P5.469, P5.470, P5.471, P5.472, P5.473, P5.474, P5.475, P5.476, P5.477, P5.478, P5.479, P5.480, P5.481, P5.482, P5.483, P5.484, P5.485, P5.486, P5.487, P5.488, P5.489, P5.490, P5.491, P5.492, P5.493, P5.494, P5.495, P5.496, P5.497, P5.498, P5.499, P5.500, P5.501, P5.502, P5.503, P5.504, P5.505, P5.506, P5.507, P5.508, P5.509, P5.510, P5.511, P5.512, P5.513, P5.514, P5.515, P5.516, P5.517, P5.518, P5.519, P5.520, P5.521, P5.522, P5.523, P5.524, P5.525, P5.526, P5.527, P5.528, P5.529, P5.530, P5.531, P5.532, P5.533, P5.534, P5.535, P5.536, P5.537, P5.538, P5.539, P5.540, P5.541, P5.542, P5.543, P5.544, P5.545, P5.546, P5.547, P5.548, P5.549, P5.550, P5.551, P5.552, P5.553, P5.554, P5.555, P5.556, P5.557, P5.558, P5.559, P5.560, P5.561, P5.562, P5.563, P5.564, P5.565, P5.566, P5.567, P5.568, P5.569, P5.570, P5.571, P5.572, P5.573, P5.574, P5.575, P5.576, P5.577, P5.578, P5.579, P5.580, P5.581, P5.582, P5.583, P5.584, P5.585, P5.586, P5.587, P5.588, P5.589, P5.590, P5.591, P5.592, P5.593, P5.594, P5.595, P5.596, P5.597, P5.598, P5.599, P5.600, P5.601, P5.602, P5.603, P5.604, P5.605, P5.606, P5.607, P5.608, P5.609, P5.610, P5.611, P5.612, P5.613, P5.614, P5.615, P5.616, P5.617, P5.618, P5.619, P5.620, P5.621, P5.622, P5.623, P5.624, P5.625, P5.626, P5.627, P5.628, P5.629, P5.630, P5.631, P5.632, P5.633, P5.634, P5.635, P5.636, P5.637, P5.638, P5.639, P5.640, P5.641, P5.642, P5.643, P5.644, P5.645, P5.646, P5.647, P5.648, P5.649, P5.650, P5.651, P5.652, P5.653, P5.654, P5.655, P5.656, P5.657, P5.658, P5.659, P5.660, P5.661, P5.662, P5.663, P5.664, P5.665, P5.666, P5.667, P5.668, P5.669, P5.670, P5.671, P5.672, P5.673, P5.674, P5.675, P5.676, P5.677, P5.678, P5.679, P5.680, P5.681, P5.682, P5.683, P5.684, P5.685, P5.686, P5.687, P5.688, P5.689, P5.690, P5.691, P5.692, P5.693, P5.694, P5.695, P5.696, P5.697, P5.698, P5.699, P5.700, P5.701, P5.702, P5.703, P5.704, P5.705, P5.706, P5.707, P5.708, P5.709, P5.710, P5.711, P5.712, P5.713, P5.714, P5.715, P5.716, P5.717, P5.718, P5.719, P5.720, P5.721, P5.722, P5.723, P5.724, P5.725, P5.726, P5.727, P5.728, P5.729, P5.730, P5.731, P5.732, P5.733, P5.734, P5.735, P5.736, P5.737, P5.738, P5.739, P5.740, P5.741, P5.742, P5.743, P5.744, P5.745, P5.746, P5.747, P5.748, P5.749, P5.750, P5.751, P5.752, P5.753, P5.754, P5.755, P5.756, P5.757, P5.758, P5.759, P5.760, P5.761, P5.762, P5.763, P5.764, P5.765, P5.766, P5.767, P5.768, P5.769, P5.770, P5.771, P5.772, P5.773, P5.774, P5.775, P5.776, P5.777, P5.778, P5.779, P5.780, P5.781, P5.782, P5.783, P5.784, P5.785, P5.786, P5.787, P5.788, P5.789, P5.790, P5.791, P5.792, P5.793, P5.794, P5.795, P5.796, P5.797, P5.798, P5.799, P5.800, P5.801, P5.802, P5.803, P5.804, P5.805, P5.806, P5.807, P5.808, P5.809, P5.810, P5.811, P5.812, P5.813, P5.814, P5.815, P5.816, P5.817, P5.818, P5.819, P5.820, P5.821, P5.822, P5.823, P5.824, P5.825, P5.826, P5.827, P5.828, P5.829, P5.830, P5.831, P5.832, P5.833, P5.834, P5.835, P5.836, P5.837, P5.838, P5.839, P5.840, P5.841, P5.842, P5.843, P5.844, P5.845, P5.846, P5.847, P5.848, P5.849, P5.850, P5.851, P5.852, P5.853, P5.854, P5.855, P5.856, P5.857, P5.858, P5.859, P5.860, P5.861, P5.862, P5.863, P5.864, P5.865, P5.866, P5.867, P5.868, P5.869, P5.870, P5.871, P5.872, P5.873, P5.874, P5.875, P5.876, P5.877, P5.878, P5.879, P5.880, P5.881, P5.882, P5.883, P5.884, P5.885, P5.886, P5.887, P5.888, P5.889, P5.890, P5.891, P5.892, P5.893, P5.894, P5.895, P5.896, P5.897, P5.898, P5.899, P5.900, P5.901, P5.902, P5.903, P5.904, P5.905, P5.906, P5.907, P5.908, P5.909, P5.910, P5.911, P5.912, P5.913, P5.914, P5.915, P5.916, P5.917, P5.918, P5.919, P5.920, P5.921, P5.922, P5.923, P5.924, P5.925, P5.926, P5.927, P5.928, P5.929, P5.930, P5.931, P5.932, P5.933, P5.934, P5.935, P5.936, P5.937, P5.938, P5.939, P5.940, P5.941, P5.942, P5.943, P5.944, P5.945, P5.946, P5.947, P5.948, P5.949, P5.950, P5.951, P5.952, P5.953, P5.954, P5.955, P5.956, P5.957, P5.958, P5.959, P5.960, P5.961, P5.962, P5.963, P5.964, P5.965, P5.966, P5.967, P5.968, P5.969, P5.970, P5.971, P5.972, P5.973, P5.974, P5.975, P5.976, P5.977, P5.978, P5.979, P5.980, P5.981, P5.982, P5.983, P5.984, P5.985, P5.986, P5.987, P5.988, P5.989, P5.990, P5.991, P5.992, P5.993, P5.994, P5.995, P5.996, P5.997, P5.998, P5.999, P6.000, P6.001, P6.002, P6.003, P6.004, P6.005, P6.006, P6.007, P6.008, P6.009, P6.010, P6.011, P6.012, P6.013, P6.014, P6.015, P6.016, P6.017, P6.018, P6.019, P6.020, P6.021, P6.022, P6.023, P6.024, P6.025, P6.026, P6.027, P6.028, P6.029, P6.030, P6.031, P6.032, P6.033, P6.034, P6.035, P6.036, P6.037, P6.038, P6.039, P6.040, P6.041, P6.042, P6.043, P6.044, P6.045, P6.046, P6.047, P6.048, P6.049, P6.050, P6.051, P6.052, P6.053, P6.054, P6.055, P6.056, P6.057, P6.058, P6.059, P6.060, P6.061, P6.062, P6.063, P6.064, P6.065, P6.066, P6.067, P6.068, P6.069, P6.070, P6.071, P6.072, P6.073, P6.074, P6.075, P6.076, P6.077, P6.078, P6.079, P6.080, P6.081, P6.082, P6.083, P6.084, P6.085, P6.086, P6.087, P6.088, P6.089, P6.090, P6.091, P6.092, P6.093, P6.094, P6.095, P6.096, P6.097, P6.098, P6.099, P6.100, P6.101, P6.102, P6.103, P6.104, P6.105, P6.106, P6.107, P6.108, P6.109, P6.110, P6.111, P6.112, P6.113, P6.114, P6.115, P6.116, P6.117, P6.118, P6.119, P6.120, P6.121, P6.122, P6.123, P6.124, P6.125, P6.126, P6.127, P6.128, P6.129, P6.130, P6.131, P6.132, P6.133, P6.134, P6.135, P6.136, P6.137, P6.138, P6.139, P6.140, P6.141, P6.142, P6.143, P6.144, P6.145, P6.146, P6.147, P6.148, P6.149, P6.150, P6.151, P6.152, P6.153, P6.154, P6.155, P6.156, P6.157, P6.158, P6.159, P6.160, P6.161, P6.162, P6.163, P6.164, P6.165, P6.166, P6.167, P6.168, P6.169, P6.170, P6.171, P6.172, P6.173, P6.174, P6.175, P6.176, P6.177, P6.178, P6.179, P6.180, P6.181, P6.182, P6.183, P6.184, P6.185, P6.186, P6.187, P6.188, P6.189, P6.190, P6.191, P6.192, P6.193, P6.194, P6.195, P6.196, P6.197, P6.198, P6.199, P6.200, P6.201, P6.202, P6.203, P6.204, P6.205, P6.206, P6.207, P6.208, P6.209, P6.210, P6.211, P6.212, P6.213, P6.214, P6.215, P6.216, P6.217, P6.218, P6.219, P6.220, P6.221, P6.222, P6.223, P6.224, P6.225, P6.226, P6.227, P6.228, P6.229, P6.230, P6.231, P6.232, P6.233, P6.234, P6.235, P6.236, P6.237, P6.238, P6.239, P6.240, P6.241, P6.242, P6.243, P6.244, P6.245, P6.246, P6.247, P6.248, P6.249, P6.250, P6.251, P6.252, P6.253, P6.254, P6.255, P6.256, P6.257, P6.258, P6.259, P6.260, P6.261, P6.262, P6.263, P6.264, P6.265, P6.266, P6.267, P6.268, P6.269, P6.270, P6.271, P6.272, P6.273, P6.274, P6.275, P6.276, P6.277, P6.278, P6.279, P6.280, P6.281, P6.282, P6.283, P6.284, P6.285, P6.286, P6.287, P6.288, P6.289, P6.290, P6.291, P6.292, P6.293, P6.294, P6.295, P6.296, P6.297, P6.298, P6.299, P6.300, P6.301, P6.302, P6.303, P6.304, P6.305, P6.306, P6.307, P6.308, P6.309, P6.310, P6.311, P6.312, P6.313, P6.314, P6.315, P6.316, P6.317, P6.318, P6.319, P6.320, P6.321, P6.322, P6.323, P6.324, P6.325, P6.326, P6.327, P6.328, P6.329, P6.330, P6.331, P6.332, P6.333, P6.334, P6.335, P6.336, P6.337, P6.338, P6.339, P6.340, P6.341, P6.342, P6.343, P6.344, P6.345, P6.346, P6.347, P6.348, P6.349, P6.350, P6.351, P6.352, P6.353, P6.354, P6.355, P6.356, P6.357, P6.358, P6.359, P6.360, P6.361, P6.362, P6.363, P6.364, P6.365, P6.366, P6.367, P6.368, P6.369, P6.370, P6.371, P6.372, P6.373, P6.374, P6.375, P6.376, P6.377, P6.378, P6.379, P6.380, P6.381, P6.382, P6.383, P6.384, P6.385, P6.386, P6.387, P6.388, P6.389, P6.390, P6.391, P6.392, P6.393, P6.394, P6.395, P6.396, P6.397, P6.398, P6.399, P6.400, P6.401, P6.402, P6.403, P6.404, P6.405, P6.406, P6.407, P6.408, P6.409, P6.410, P6.411, P6.412, P6.413, P6.414, P6.415, P6.416, P6.417, P6.418, P6.419, P6.420, P6.421, P6.422, P6.423, P6.424, P6.425, P6.426, P6.427, P6.428, P6.429, P6.430, P6.431, P6.432, P6.433, P6.434, P6.435, P6.436, P6.437, P6.438, P6.439, P6.440, P6.441, P6.442, P6.443, P6.444, P6.445, P6.446, P6.447, P6.448, P6.449, P6.450, P6.451, P6.452, P6.453, P6.454, P6.455, P6.456, P6.457, P6.458, P6.459, P6.460, P6.461, P6.462, P6.463, P6.464, P6.465, P6.466, P6.467, P6.468, P6.469, P6.470, P6.471, P6.472, P6.473, P6.474, P6.475, P6.476, P6.477, P6.478, P6.479, P6.480, P6.481, P6.482, P6.483, P6.484, P6.485, P6.486, P6.487, P6.488, P6.489, P6.490, P6.491, P6.492, P6.493, P6.494, P6.495, P6.496, P6.497, P6.498, P6.499, P6.500, P6.501, P6.502, P6.503, P6.504, P6.505, P6.506, P6.507, P6.508, P6.509, P6.510, P6.511, P6.512, P6.513, P6.514, P6.515, P6.516, P6.517, P6.518, P6.519, P6.520, P6.521, P6.522, P6.523, P6.524, P6.525, P6.526, P6.527, P6.528, P6.529, P6.530, P6.531, P6.532, P6.533, P6.534, P6.535, P6.536, P6.537, P6.538, P6.539, P6.540, P6.541, P6.542, P6.543, P6.544, P6.545, P6.546, P6.547, P6.548, P6.549, P6.550, P6.551, P6.552, P6.553, P6.554, P6.555, P6.556, P6.557, P6.558, P6.559, P6.560, P6.561, P6.562, P6.563, P6.564, P6.565, P6.566, P6.567, P6.568, P6.569, P6.570, P6.571, P6.572, P6.573, P6.574, P6.575, P6.576, P6.577, P6.578, P6.579, P6.580, P6.581, P6.582, P6.583, P6.584, P6.585, P6.586, P6.587, P6.588, P6.589, P6.590, P6.591, P6.592, P6.593, P6.594, P6.595, P6.596, P6.597, P6.598, P6.599, P6.600, P6.601, P6.602, P6.603, P6.604, P6.605, P6.606, P6.607, P6.608, P6.609, P6.610, P6.611, P6.612, P6.613, P6.614, P6.615, P6.616, P6.617, P6.618, P6.619, P6.620, P6.621, P6.622, P6.		

Leg.	Codice	Requisiti per accreditamento	Evl Doc Mod	Specifiche	Evidenza minima	Requisiti to Soddisfatto	Note
1	P6.2	E' predisposto un documento di programmazione per l'acquisizione di apparecchiature biomediche che tenga conto di: obsolescenza, evoluzione delle norme tecniche, della sicurezza per operatori e pazienti e dell'eventuale disponibilità di tecnologie innovative per il miglioramento dell'assistenza sanitaria?	Doc Des PVD	✓ documentazione da cui si evinca la definizione dei bisogni di acquisto, e della loro sistemazione logistica, dei criteri di priorità e della valutazione clinica economica e tecnica secondo criteri comparativi ispirati all' HTA	Procedura che descriva quanto richiesto	SI ☐	si prende visione della procedura datata 14 gennaio 2006
1	P6.3	E' prevista la partecipazione del personale della/e struttura/e organizzativa/e assegnataria/e delle apparecchiature alla redazione del capitolato di gara per la definizione delle specifiche tecniche, dei criteri per la scelta e della valutazione di materiale e fornitura?	Doc Des PVD	✓ documenti/ delibere ✓ evidenza della presenza nelle commissioni di valutazione di personale della/e struttura/e organizzativa/e assegnataria/e delle apparecchiature Per le strutture private accreditate il parere tecnico sanitario deve essere documentato e coerente con l'acquisto	Coinvolgimento del Direttore medico (vedi anche P5.7)	SI ☐	il Direttore Sanitario sottoscrive le richieste di acquisto, che partono dal responsabile del settore, su apposita modulistica
1	P6.4	E' predisposto formalmente un momento di addestramento del personale nell'utilizzo di nuove attrezzature?	Doc Des PVD	✓ programma di formazione ✓ registrazione delle presenze	Evidenza dell'addestramento (di solito effettuato dal tecnico della Ditta che installa l'apparecchio)	NO ☐	non vi è evidenza scritta, i rappresentanti dell'ente riferiscono che non viene ritenuta necessaria data la semplicità dell'attrezzatura acquistata (vedi prescrizione in verbale)
1	P6.5	E' predisposto un piano di manutenzione e verifica delle apparecchiature biomediche al fine di garantire la qualità e il livello di sicurezza delle prestazioni erogate?	Doc Des PVD	✓ documento o sistema informatico da cui si evinca: a) l'elenco delle apparecchiature comprensivo di quelle di supporto alle funzioni vitali e grandi apparecchiature di diagnosi e cura; b) una pianificazione dettagliata per la manutenzione preventiva e correttiva c) registrazione puntuale di collaudo, manutenzione e dismissione d) una pianificazione dettagliata e aggiornata dei controlli di sicurezza elettrica e di funzionalità su dispositivi installati ✓ presenza di documenti e registrazioni	Inventario con evidenziate le apparecchiature da sottoporre a manutenzione e la sua frequenza. Piano specifico di manutenzione per le più significative. Evidenza dell'avvenuta manutenzione	SI ☐	si prende visione dell'inventario e del piano di manutenzione generale e per singola tipologia di apparecchiature, nonché delle schede delle avvenute manutenzioni
PROCESSO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE IN CAVS							
PRENOTAZIONE/ACCESSO IN ELEZIONE O IN URGENZA/EMERGENZA							
PR1.1	Le modalità di inserimento del m pz sono aderenti alle disposizioni Regionali?	Doc Des PVD	✓ Documento che espliciti le modalità di accoglienza dell'utente. ✓ presenza del documento di autorizzazione inserimento con i contenuti previsti dal documento regionale, cartella sanitaria			SI ☐	già visto nei generali

[Handwritten signatures and initials]

Log	Codice	Requisiti per accreditamento	Espl. Mod.	Specifiche	Evidenze minime	Requisiti soddisfatti	Note	
7	PR11.2	il pz inserito ha a disposizione una documentazione informativa sul'organizzazione del nucleo CAVS?	Doc Des PVD	✓ Documentazione della valutazione effettuata ✓ Modulistica utilizzata per l'attivazione della continuità assistenziale	• SI ☐		esiste una brochure informativa	
7		EROGAZIONE PRESTAZIONI IN CAVS						
7	PR12.1	Sono definite le modalità per la corretta informazione sulle procedure cui è sottoposto l'assistito in CAVS?	Doc Des PVD	✓ Documento/i che esplici le procedure sulla gestione degli accessi al pz (portatore di CVC, catetere vescicale, PEG, colostomia)	SI ☐		sono previste le informazioni ai pazienti nelle procedure tecniche; occorre integrarle prevedendo anche l'acquisizione del consenso sulle stesse e la sua registrazione sulla documentazione sanitaria	
7	PR12.2	Sono definite le modalità di gestione dei farmaci?	Doc Des V. Camp	✓ Documento che descriva le varie fasi dalla richiesta alla somministrazione. ✓ Verifica sul campo di: gestione scadenze; conservazione; stoccaggio.	SI ☐		già visto nei generali	
7	PR12.3	Sono definite le modalità organizzative adottate dall'equipe medica ed infermieristica?	Doc Des PVD	✓ Esplicitazione del modello organizzativo adottato ✓ Piani di lavoro	SI ☐		si ma non vi è evidenza scritta, da prevedere un documento sull'organizzazione dell'attività (vedi prescrizione in verbale)	
7		DIMISSIONE						
7	PR13.1	Alla dimissione viene consegnata all'utente una relazione per il medico curante contenente almeno le seguenti informazioni: a) motivo del ricovero, diagnosi e comorbidità b) procedure diagnostiche e terapeutiche eseguite c) indicazione della terapia da assumere al domicilio d) condizioni/stato dell'utente alla dimissione	Doc Des V. Camp	✓ Copia di una lettera di dimissione in cui risultino le informazioni richieste dal requisito	SI ☐		è utilizzato un layout predefinito	

[Handwritten signatures and initials]