



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

### URGENZA-EMERGENZA

#### *Requisiti Ulteriori Accredimento*

#### *Clinical Competence*

#### PREMESSA

L'accREDITAMENTO delle nuove Strutture Sanitarie destinate all'attività di: Pronto Soccorso, Osservazione Breve Intensiva, Terapia Semintensiva Terapia Intensiva e Rianimazione prevede il mantenimento delle "Clinical Competence" secondo quanto indicato nella relativa scheda di valutazione. Gli stessi requisiti non sono immediatamente applicabili alle strutture esistenti, le quali dovranno presentare un programma ed una tempistica di adeguamento.

Si precisa che la formazione permanente deve comprendere un programma di attività educative finalizzate all'aggiornamento continuo degli standards professionali ed al mantenimento della competenza clinica.

#### REQUISITI DI CLINICAL COMPETENCE

|    | Requisito   | SI | NO |
|----|---|----|----|
| 1. | I responsabili di strutture organizzative complesse e semplici possiedono le competenze di tipo manageriale per la gestione dell' UO. |    |    |

|    | Competenza Clinica Di Base  | SI | NO |
|----|---|----|----|
| 2. | Il percorso formativo richiesto al Medico di PS, Terapia Intensiva e Semi-intensiva, OBI, ecc, è stato completato entro 2 anni dalla data di assunzione (entro 3 anni per gli organici superiori alle 10 unità) |    |    |
| 3. | Sono certificate e adeguatamente verificate le competenze professionali per:  |    |    |
|    | a. eseguire la rianimazione cardio-polmonare di base ed avanzata, compresa la gestione delle vie aeree e degli accessi venosi centrali  |    |    |
|    | b. il riconoscimento e il trattamento delle più frequenti situazioni di arresto cardiaco  |    |    |
|    | c. la corretta gestione e stabilizzazione del trauma nei vari gradi di severità   |    |    |
|    | d. la gestione e il trattamento del paziente intossicato  |    |    |
|    | e. la interpretazione ECG e il trattamento delle aritmie più importanti   |    |    |
|    | f. la interpretazione dell'emogasanalisi e la correzione dei disturbi acido-base  |    |    |
|    | g. il superamento dei corsi di BLSD, PBLSD, ALS, PTC/PHTLS e/o ATLS   |    |    |
|    | h. il superamento di un corso di Tossicologia di base   |    |    |
|    | i. la frequenza di un corso di Elettrocardiografia oppure un audit clinico di almeno 50 tracciati ECG (secondo protocolli stabiliti)  |    |    |
| 4. | I medici con incarichi a tempo determinato:   |    |    |
|    | sono in possesso di un curriculum formativo a ed hanno effettuato un colloquio attitudinale su elementi attinenti la disciplina   |    |    |



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**URGENZA-EMERGENZA**

***Requisiti Ulteriori Accredimento***

***Clinical Competence***

|    |  |           |           |
|----|--|-----------|-----------|
| 5. | L' <b>infermiere</b> che opera presso la struttura di Emergenza-Urgenza deve acquisire entro 3 anni dalla assunzione o dalla destinazione all'U.O, la seguente formazione specifica: | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|    | a. corso ALS, BLSD, PBLSD  |           |           |
|    | b. corso di TRIAGE   |           |           |
|    | c. corso di Elettrocardiografia di base ed aritmie   |           |           |
|    | d. corso sulla mobilizzazione/immobilizzazione dei traumi  |           |           |
|    | e. corso di informatica di base (nelle realtà informatizzate)  |           |           |
|    | f. corso di PTC/PHTLS (per il 25% degli infermieri in servizio/anno)   |           |           |
| 6. | L' <b>OSS</b> che opera presso la struttura di Emergenza-Urgenza deve acquisire entro 3 anni dalla assunzione o dalla destinazione all'U.O, la seguente formazione specifica:        | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|    | a. corso BLSD  |           |           |
|    | b. corso corretta movimentazione dei carichi   |           |           |
| 7. | L' <b>autista</b> che opera presso la struttura di Emergenza-Urgenza deve acquisire entro 3 anni dalla assunzione o dalla destinazione all'U.O, la seguente formazione specifica.    | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|    | a. Corso " guida sicura "  |           |           |

|     |   |           |           |
|-----|---|-----------|-----------|
|     | <b>REQUISITI DI FORMAZIONE CONTINUA E MANTENIMENTO DELLA COMPETENZA CLINICA</b>   | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
| 8.  | Esiste un piano pluriennale per il mantenimento della competenza clinica per il personale medico  |           |           |
| 9.  | Esiste un piano pluriennale per il mantenimento della competenza clinica per il personale infermieristico   |           |           |
| 10. | Esiste ed è applicato un piano per il mantenimento delle competenze assistenziali mediante la rotazione del personale nelle varie strutture di PS,OBI, Terapia Intensiva e semi-Intensiva |           |           |



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**URGENZA-EMERGENZA**

***Requisiti Ulteriori Accredimento***

***Clinical Competence***

|     | REQUISITI DI APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA  | SI | NO |
|-----|--|----|----|
| 11. | Nell' Area di Emergenza sono applicate linee guida e procedure aggiornate per :  |    |    |
|     | a. la gestione in autonomia del trauma (compreso il trauma cranico minore anche con l'utilizzo del teleconsulto)   |    |    |
|     | b. la gestione del Trauma Chiuso toracico/addominale, le fratture instabili complesse di bacino e/o con traumi penetranti degli arti,  |    |    |
|     | c. la gestione delle Instabilità Emodinamiche  |    |    |
|     | d. la gestione della Sindrome Coronarica Acuta e l'organizzazione per il trasferimento presso l'UO Cardiologica di riferimento   |    |    |
|     | e. la gestione temporanea dello Stroke e l'organizzazione per il trasferimento presso la UO Stroke Unità di riferimento  |    |    |
|     | f. la gestione delle emergenze Coagulopeniche  |    |    |
|     | g. la gestione delle insufficienza renale acuta e l'organizzazione per il trasferimento presso il Centro Dialisi di riferimento  |    |    |
|     | h. la gestione della insufficienza respiratoria acuta e di stress respiratorio e l'organizzazione per il trasferimento presso il centro di riferimento   |    |    |
|     | i. la gestione dell'avvelenamento acuto  |    |    |
|     | j. la gestione delle intossicazioni acute e dipendenze   |    |    |
|     | k. la gestione temporanea delle ustioni e l'organizzazione per il trasferimento presso il Centro Ustionati di riferimento  |    |    |
|     | l. la gestione della mielolesione e l'organizzazione per il trasferimento presso la UO di riferimento  |    |    |
|     | m. La gestione delle emergenze pediatriche e neonatologiche  |    |    |
|     | n. la gestione del paziente psichiatrico o la consulenza concordata con il Dipartimento di Salute mentale del territorio di riferimento e l'organizzazione per il trasferimento presso la DPCMD di riferimento |    |    |
|     | o. Il Buon Uso del Sangue e la gestione in condizioni di emergenza e urgenza   |    |    |
|     | p. la consulenza per la diagnostica per immagini (RX, TAC, RM)   |    |    |
|     | q. il Trasferimento del Paziente Critico   |    |    |
|     | r. Il Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)  |    |    |





**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

**URGENZA-EMERGENZA**

*Requisiti Ulteriori Accredimento*

*Clinical Competence*

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA**  
altresì l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti

| Nr.<br>Requisito | Giustificazione mancato possesso |
|------------------|----------------------------------|
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |
|                  |                                  |

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze che le false attestazioni comportano sotto l'aspetto penale, civile ed amministrativo in caso di false dichiarazioni, certifica che la struttura di cui è responsabile alla data odierna sia in possesso dei requisiti sopra elencati.  
In fede

(firma del dichiarante)

