

REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRA-OSPEDALIERA

INDICE DEI REQUISITI

2.1. REQUISITI COMUNI

FATTORI/CRITERI DI QUALITA'	REQUISITI PER CIASCUN FATTORE	CAMPO DI APPLICAZIONE
FATTORE /CRITERIO 1 ASPETTI STRUTTURALI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sede operativa e servizi generali (segnaletica, pulizia, comunicazione, sorveglianza e servizi igienici) 2. Sede operativa e idoneità all'uso 3. Gestione e manutenzione delle attrezzature 	<p>A TUTTE LE STRUTTURE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRA-OSPEDALIERA</p>
FATTORE /CRITERIO 2 ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRA-OSPEDALIERA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipologia di prestazioni e di servizi erogati 2. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto nonché di miglioramento della qualità 3. Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali 4. Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati) 5. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi 6. Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi 	
FATTORE /CRITERIO 3 STRUTTURA ORGANIZZATIVA: GESTIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Struttura organizzativa e gestione del personale 2. Formazione del personale 3. Inserimento e addestramento di nuovo personale 	
FATTORE /CRITERIO 4 PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa e di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi 	
FATTORE /CRITERIO 5 UMANIZZAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza 	

2.2. REQUISITI SPECIFICI PER STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI

FATTORI/CRITERI DI QUALITA'	REQUISITI PER CIASCUN FATTORE	CAMPO DI APPLICAZIONE
FATTORE /CRITERIO 1 PRESTAZIONI E SERVIZI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione, presa in carico e gestione degli ospiti 2. Passaggio in cura (continuità assistenziale) 3. Monitoraggio e valutazione 4. Modalità di gestione della documentazione sanitaria e socio-assistenziale 	ALLE STRUTTURE E AI SERVIZI PER ANZIANI
FATTORE /CRITERIO 2 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche 2. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi 3. Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze 	

2.3. REQUISITI SPECIFICI PER STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI

FATTORI/CRITERI DI QUALITA'	REQUISITI PER CIASCUN FATTORE	CAMPO DI APPLICAZIONE
FATTORE /CRITERIO 1 ASPETTI ORGANIZZATIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspetti gestionali generali passaggio in cura 	ALLE STRUTTURE E AI SERVIZI PER DISABILI
FATTORE /CRITERIO 2 PRESTAZIONI E SERVIZI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti 2. Passaggio in cura (continuità assistenziale) 3. Monitoraggio e valutazione 4. Modalità di gestione della documentazione sanitaria e socio-assistenziale 	
FATTORE /CRITERIO 3 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche 2. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi 3. Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze 	

2.4. REQUISITI SPECIFICI PER STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI PER MINORI

FATTORI/CRITERI DI QUALITA'	REQUISITI PER CIASCUN FATTORE	CAMPO DI APPLICAZIONE
FATTORE /CRITERIO 1 ASPETTI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVI	1. Sede operativa, idoneità all'uso ed aspetti gestionali generali	ALLE STRUTTURE PER MINORI
FATTORE /CRITERIO 2 PRESTAZIONI E SERVIZI	1. Valutazione, presa in carico e gestione degli ospiti 2. Passaggio in cura (continuità assistenziale) 3. Monitoraggio e valutazione 4. Modalità di gestione della documentazione sanitaria e socio-assistenziale	
FATTORE /CRITERIO 3 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche 2. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi 3. Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze	

2.5. REQUISITI SPECIFICI PER STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE

FATTORI/CRITERI DI QUALITA'	REQUISITI PER CIASCUN FATTORE	CAMPO DI APPLICAZIONE
FATTORE /CRITERIO 1 PRESTAZIONI E SERVIZI	1. Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti 2. Passaggio in cura (continuità assistenziale) 3. Monitoraggio e valutazione 4. Modalità di gestione della documentazione socio-sanitaria e socio-assistenziale	ALLE STRUTTURE E AI SERVIZI PER PERSONE CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE
FATTORE /CRITERIO 2 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	1. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi (compreso rischio clinico ed eventi avversi) 2. Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze	

2.6. REQUISITI SPECIFICI PER STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE

FATTORI/CRITERI DI QUALITA'	REQUISITI PER CIASCUN FATTORE	CAMPO DI APPLICAZIONE
FATTORE /CRITERIO 1 PRESTAZIONI E SERVIZI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti 2. Passaggio in cura (continuità assistenziale) 3. Monitoraggio e valutazione 4. Modalità di gestione della documentazione socio-sanitaria e socio-assistenziale 	ALLE STRUTTURE E AI SERVIZI PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE
FATTORE /CRITERIO 2 APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi (compreso rischio clinico ed eventi avversi) 2. Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze 	

NOTE ESPLICATIVE

La struttura del nuovo manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale si basa sui seguenti aspetti:

1. Riduzione significativa del numero dei requisiti da soddisfare e conseguente riduzione degli adempimenti a carico delle strutture accreditate;
2. Modifica degli adempimenti previsti per il mantenimento dell'accreditamento. Si passa da un debito informativo annuale ad un sistema di monitoraggio periodico (sotto forma di autovalutazione, nonché di verifica documentale e sul campo da parte dell'Assessorato).

I requisiti previsti per le strutture extra-ospedaliere sono stati divisi in requisiti comuni (che tutte le strutture rientranti in questa categoria devono possedere, tenuto conto dei diversi gradi di applicabilità, riferiti alla tipologia e alla dimensione della struttura o del servizio da accreditare) e in requisiti specifici. Questi ultimi si riferiscono a diverse tipologie di utenti non autosufficienti, in considerazione di prestazioni rese a diversi livelli di intensità di cura (anziani, disabili giovani e adulti, minori, persone con patologie psichiatriche e con dipendenze patologiche).

A ciascuna struttura da accreditare è richiesto il possesso dei requisiti comuni e di uno di quelli specifici (se presente).

Tutti i requisiti rispettano la struttura già impiegata per gli altri manuali di accreditamento e sono divisi, pertanto, in 4 fasi di monitoraggio basate sulla sequenza (Plan-Do-Check-Act) che aiutano a garantirne il mantenimento nel tempo:

- la Fase 1 richiede, di solito al primo accreditamento o, comunque, alla prima verifica dopo l'approvazione del nuovo manuale, la presenza e i contenuti dei documenti di indirizzo e pianificazione, quali ad esempio: la missione, le politiche, i piani, le linee guida, le istruzioni, le check-list, ecc. (per la struttura pubblica, si vedano le note esplicative dei requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere pubbliche e private).
- le Fasi 2, 3 e 4 riguardano rispettivamente l'applicazione dei documenti predisposti, l'autovalutazione/verifica della corretta applicazione con produzione di report e, infine, l'adozione di azioni correttive eventualmente necessarie. Più in particolare:
 - Fase 2 – La valutazione del soddisfacimento dei requisiti di questa fase viene effettuata tramite l'osservazione sul campo, interviste o valutazione delle cartelle sanitarie dei pazienti, dei dati e di altri documenti. Questa fase richiede la conoscenza, la consapevolezza e l'implementazione di quanto pianificato, sia da parte della Direzione sia da parte del personale;
 - Fase 3 – Questa fase richiede di documentare i risultati dell'implementazione delle evidenze delle fasi precedenti;
 - Fase 4 – Questa fase presuppone che i dati raccolti in base alle evidenze definite nella fase precedente siano analizzati e valutati e che, sulla base di questi, vengano definite le priorità e pianificate azioni di miglioramento della sicurezza e della qualità delle strutture, dei processi e degli esiti.

SCHEDE DEI REQUISITI COMUNI

IL TERMINE "PAZIENTE" (SOGGETTO CHE RICEVE IL SERVIZIO/PRESTAZIONE) SI RIFERISCE ANCHE AGLI OSPITI E AGLI UTENTI, IN RELAZIONE ALLA TIPOLOGIA DI SERVIZIO/PRESTAZIONE EROGATO E ALLA TIPOLOGIA DI STRUTTURA/SERVIZIO DA ACCREDITARE.

FATTORE/CRITERIO 1 – ASPETTI STRUTTURALI

"L'organizzazione cura l' idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse".

1. SEDE OPERATIVA E SERVIZI GENERALI (SEGNALETICA, PULIZIA, COMUNICAZIONE, SORVEGLIANZA E SERVIZI IGIENICI)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
11 PUNTI DA VERIFICARE NELLA FASE 1 E DA MONITORARE NELLE SUCCESSIVE FASI (come mantenimento e assenza di variazioni)	La struttura (appartamento o stabile autonomo), utilizzata per lo svolgimento del servizio sul territorio regionale, deve essere nell'effettiva disponibilità giuridica del gestore (titolo che ne legittimi l'occupazione) e deve essere conforme alle disposizioni vigenti in materia di superamento delle barriere architettoniche.		strutt	
	La struttura è facilmente individuabile mediante targhe stradali poste lungo le arterie principali che conducono alla struttura stessa.		strutt	
	La struttura è dotata di un sistema segnaletico di orientamento e di informazione agli utenti.		strutt	
	Ad una distanza non superiore a 500 m. dalla struttura è presente una fermata di trasporto pubblico raggiungibile con percorsi accessibili anche ai disabili o, in alternativa, un veicolo messo a disposizione per il trasporto degli ospiti.		strutt	
	Sono disponibili aree di sosta, anche pubbliche, ad una distanza minima dagli accessi non superiore a m. 500, raggiungibili con percorsi accessibili anche ai disabili.		strutt	
	In ogni singola struttura funzionale sono disponibili: - una linea telefonica (fissa o mobile) - un computer completo di stampante - un indirizzo di posta elettronica - una fotocopiatrice - una pagina web con le principali informazioni sui servizi e le		strutt	

	attività svolte.			
	La reception è situata in prossimità dell'ingresso principale.		strutt	Fanno eccezione le strutture di tipo familiare e quelle che non lo richiedono, in relazione alla tipologia dei pazienti*.
	L'accesso dei visitatori deve essere autorizzato dal personale in servizio anche tramite sistemi di videosorveglianza.		strutt	
	In tutte le strutture sono disponibili servizi igienici ad uso del personale.		strutt	Fanno eccezione le strutture di tipo familiare. Almeno uno per ogni struttura, adiacente al locale spogliatoio (ove richiesto già in sede di autorizzazione). Nelle strutture di maggiori dimensioni, organizzate su più piani, è preferibile la presenza di più servizi igienici per tale uso (es. 1 per piano).
	In tutte le strutture sono disponibili servizi igienici ad uso del pubblico.		strutt	L'applicabilità del requisito, già valutata in sede di autorizzazione o di Segnalazione Certificata di Inizio attività, varia in relazione alla tipologia di struttura.
	Sono state adottate disposizioni per il corretto e regolare svolgimento delle procedure di pulizia ordinaria e straordinaria degli ambienti utilizzati (comuni e non) e vi è evidenza della loro applicazione.		doc	Verificare esistenza documento (procedura) e report di applicazione.
2. SEDE OPERATIVA E IDONEITA' ALL'USO		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L'organizzazione ha approvato e diffuso documenti da cui risultino: a. pianificazione e inserimento a bilancio dell'attività manutentiva degli impianti, degli edifici o di componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle disposizioni vigenti; b. la gestione delle aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti) al fine di individuare le situazioni potenzialmente pericolose per beni e persone; c. piani (approvati) per la formazione del personale in materia di sicurezza degli ambienti di lavoro.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto dei piani, dei programmi e delle attività indicate nella fase 1.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio sui seguenti aspetti: a. Manutenzione impianti/edifici;		doc	

	<ul style="list-style-type: none"> b. Gestione aree a rischio; c. Formazione (effettuata e da effettuare) in materia di sicurezza ambienti di lavoro. 			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità. 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		doc	
3. GESTIONE E MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> 1. E' presente un inventario aggiornato di tutte le attrezzature utilizzate, comprese quelle elettromedicali eventualmente presenti. 2. E' presente un documento che pianifichi la manutenzione preventiva e straordinaria delle apparecchiature inventariate. 		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, risulti a corredo delle stesse e sia resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione. 2. In relazione alle singole attrezzature è presente la documentazione relativa ad ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione. 		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ul style="list-style-type: none"> 1. Il piano di manutenzione preventiva è periodicamente rivalutato, aggiornato e diffuso ai diversi livelli operativi. 2. L'organizzazione verifica periodicamente e a campione che il personale utilizzi correttamente dispositivi medici/apparecchi elettromedicali e documenta l'esito di tali verifiche. 		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle verifiche effettuate e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità sugli aspetti della gestione/manutenzione delle attrezzature. 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		doc	

FATTORE/CRITERIO 2 - ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRA-OSPEDALIERA

“Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria/assistenziale e sociale, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”

1. TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI E DI SERVIZI EROGATI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito e approvato delle procedure per la redazione, l'approvazione e la diffusione di una Carta dei Servizi che assicuri la piena informazione ai soggetti coinvolti circa le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/trattamento/dimissione, le modalità di relazione con altre strutture.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	La Carta dei servizi è stata redatta, approvata e diffusa, anche attraverso sistemi informatici (sito web ad esempio), secondo le procedure esistenti e il materiale informativo è a disposizione dell'utenza.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none">1. L'organizzazione della struttura rivaluta periodicamente (almeno annualmente) le informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nell'eventuale ulteriore materiale informativo a disposizione dell'utenza;2. Tali documenti vengono diffusi e distribuiti con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti e del volontariato.		doc	La rivalutazione non consiste nella modifica obbligatoria di un documento ma almeno nella rilettura per una conferma del contenuto o per la sua modifica.
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none">1. Sulla base delle analisi effettuate, sono state valutate le priorità ed individuate specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti;2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.		doc	
2. MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA E DI SUPPORTO NONCHE' DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none">1. L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso un documento in cui sono chiaramente identificati:<ol style="list-style-type: none">a. la visione, la missione, i valori dell'organizzazione e la politica di riferimento per una gestione secondo criteri di eticità;b. il piano annuale delle attività e della qualità dell'organizzazione, in cui sono definiti gli obiettivi di attività che prevedono, per la loro formulazione, il		doc	

	coinvolgimento del personale, dei rappresentanti della comunità di riferimento e delle associazioni di settore o portatori di interesse; c. il piano annuale (o le aree prioritarie di intervento) per il miglioramento della qualità e della sicurezza, con relativi indicatori.			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza: a. dell'applicazione della politica di riferimento e dell'esistenza di relazioni con altre organizzazioni e servizi territoriali per il raggiungimento degli obiettivi; b. dell'integrazione del piano di miglioramento della qualità e della sicurezza (o altro documento di individuazione delle aree prioritarie di intervento in tale ambito) con il piano di gestione del rischio, con quello di formazione e con la pianificazione strategica.		doc	Il personale deve essere educato e formato sui temi legati alla qualità e al suo miglioramento.
FASE 3 MONITORAGGIO	1. L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione del piano annuale delle attività e della qualità, nonché il raggiungimento degli obiettivi pianificati in termini di budget, attività, qualità e costi, (condividendone i risultati all'interno dell'organizzazione e con gli enti pubblici di riferimento); 2. vi è evidenza della revisione periodica dei documenti di programmazione sulla base degli indirizzi regionali e sulle indicazioni provenienti dal personale operante nella struttura, dai rappresentanti della comunità di riferimento e delle associazioni di settore o portatori di interesse; 3. Vi è evidenza che i cittadini/il personale e gli ospiti* possono disporre in qualsiasi momento dei risultati del monitoraggio per conoscere la qualità delle prestazioni		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati del monitoraggio della qualità delle prestazioni vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni correttive di miglioramento dell'efficacia dei piani annuali di attività e di qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.		doc	
3. PROGRAMMI PER LO SVILUPPO DI RETI ASSISTENZIALI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso documenti di indirizzo (protocolli, linee-guida, procedure, programmi di ricerca e formazione), anche in ambito interregionale, che descrivano:		doc	Gli aspetti indicati potrebbero non essere applicabili ad alcune strutture extra-ospedaliere.

	<ul style="list-style-type: none"> a. i collegamenti funzionali ed il funzionamento delle reti (assistenziali, cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico) che vedono l'integrazione tra struttura socio-sanitaria/assistenziale e territorio e promuovono modelli di continuità; b. accordi e protocolli con servizi esterni, per la gestione dei servizi di laboratorio e diagnostica per immagini, qualora essi non siano disponibili all'interno della struttura come gestione diretta; c. un protocollo formalizzato per il raccordo della struttura con la struttura ospedaliera di riferimento. 			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Sono attuati specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti all'interno delle reti assistenziali integrate, delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico e delle reti tra centri regionali, anche in collegamento con le strutture sanitarie, con altre strutture socio-sanitarie e sociali e con le strutture ambulatoriali.		doc	In relazione all'esistenza o meno delle reti indicate, è necessario indicare i tempi per l'adempimento richiesto dal requisito.
FASE 3 MONITORAGGIO	<ul style="list-style-type: none"> 1. La direzione valuta la corrispondenza tra quanto pianificato e quanto attuato ed effettua una raccolta dati sul raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione all'interno delle reti assistenziali; 2. Vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo, da parte dell'organizzazione, dell'applicazione delle procedure di gestione delle richieste di esami, dei campioni e dei servizi esterni di laboratorio e sono presenti i report di valutazione della qualità dei servizi di laboratorio; 3. Vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo, da parte dell'organizzazione, dell'applicazione delle procedure di gestione degli altri servizi esterni attivati (es. diagnostica per immagini) e sono presenti i report di valutazione della qualità di tali servizi. 		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema delle reti (assistenziali, cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico), anche tra centri regionali; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		doc	

4. MODALITA' E STRUMENTI DI GESTIONE DELLE INFORMAZIONI (SISTEMI INFORMATIVI E DATI)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito e approvato procedure e linee guida per la gestione della sicurezza nelle fasi di accesso e tenuta dei dati, compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla normativa vigente in materia di privacy, riservatezza e sicurezza delle informazioni.		doc	L'applicabilità del requisito alle strutture extra-ospedaliere dovrà essere valutata, di volta in volta, in relazione al contesto a cui si fa riferimento (per alcune strutture, infatti, questo obbligo/debito non è ancora stato previsto).
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza dell'integrazione dei sistemi informativi al fine di: <ol style="list-style-type: none"> a. documentare la tracciatura dei dati sanitari e la gestione e la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario; b. raccogliere i dati per il supporto alle attività di pianificazione e controllo; c. collaborare al debito informativo verso le Amministrazioni centrali e periferiche (es. NSIS - Ministero della Salute); d. garantire la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa; e. garantire informazioni tempestive e trasparenti nell'erogazione delle prestazioni sanitarie; 2. Il personale è stato formato e applica le procedure e le linee guida per la gestione della sicurezza e riservatezza di informazioni e dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia e lavora in accordo con quanto previsto dalle stesse. 		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	L'organizzazione monitora - in termini di affidabilità, accuratezza e validità - la qualità delle informazioni e dei dati provenienti da fonti sia interne sia esterne.		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei sistemi informativi, della sicurezza nell'accesso ai dati e nella loro tenuta, ivi compresa la loro integrità, affidabilità, accuratezza e validità, valutando anche il rispetto della normativa vigente in materia; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		doc	

5. MODALITA' E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DEI SERVIZI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	Vi è evidenza della formalizzazione e diffusione di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi) per la valutazione degli esiti, della qualità delle prestazioni e dei servizi, che ne indichino i responsabili e includano almeno: i) qualità clinica ii) qualità organizzativa iii) qualità percepita.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Le attività di valutazione degli esiti e della qualità delle prestazioni e dei servizi sono svolte e documentate con periodicità almeno annuale ed evidenziano la partecipazione del personale nonché dei pazienti e dei cittadini (valutazione partecipata).		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza del controllo periodico e dell'eventuale adeguamento del sistema di valutazione della qualità del servizio in maniera tale da garantire la validità e l'affidabilità, nel tempo, di tutte le misure e delle strategie di comunicazione dei dati.		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base dei risultati delle valutazioni effettuate sulle prestazioni e sui servizi, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento delle performance; 2. Vi è evidenza dell'efficacia delle azioni correttive eventualmente messe in atto.		doc	
6. MODALITA' DI PREVENZIONE E DI GESTIONE DEI DISSERVIZI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito e approvato procedure per: - la raccolta, la tracciabilità e l'analisi dei disservizi; - la relativa comunicazione verso l'esterno (definendone i destinatari); - la predisposizione dei relativi piani di miglioramento.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza dell'applicazione delle procedure definite e dell'analisi dei disservizi, con conseguente comunicazione all'esterno.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza di un'attività di monitoraggio volta ad identificare e ad analizzare la frequenza delle diverse tipologie di disservizi all'interno dell'organizzazione e l'efficacia delle misure adottate.		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sono state individuate (e vi è evidenza documentale) azioni correttive, preventive e di miglioramento finalizzate all'eliminazione o alla riduzione della ricorrenza del disservizio.		doc	

FATTORE/CRITERIO 3 – STRUTTURA ORGANIZZATIVA: GESTIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE

“L’organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”.

1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA E GESTIONE DEL PERSONALE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>Sono presenti (con evidenza di formalizzazione, approvazione e diffusione), documenti che:</p> <ul style="list-style-type: none">- descrivono la struttura di governo dell’organizzazione (organigramma e funzionigramma);- elencano il personale della struttura (con indicazione della qualifica e delle competenze attribuite), individuando le responsabilità clinico/assistenziali-organizzative, comprese quelle per gli aspetti della privacy, della sicurezza e dei rapporti con il pubblico, nonché i relativi strumenti di delega delle responsabilità e di sostituzione dei responsabili.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none">1. Vi è evidenza che tutta l’organizzazione conosca la struttura di governo, con particolare riferimento ai responsabili (amministrativo e sanitario, se previsto), ai loro sostituti e alle rispettive competenze;2. Vi è evidenza che per ogni lavoratore impiegato per lo svolgimento dei servizi:<ol style="list-style-type: none">a) vengano applicati i contratti di lavoro e i relativi accordi integrativi (rispetto delle norme relative all’assicurazione del personale contro gli infortuni sul lavoro, alla disoccupazione involontaria, all’invalidità, alla vecchiaia, ecc.);b) sia stato predisposto e venga tenuto – presso la sede operativa - un fascicolo contenente: dati anagrafici, qualifica di assunzione, estremi delle posizioni assicurative e previdenziali, orario di lavoro settimanale e contratto di lavoro o di collaborazione e dossier formativo.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none">1. Vi è evidenza che periodicamente (ed ogni qualvolta vi sia un cambiamento significativo nell’organizzazione e nell’erogazione dei servizi della struttura) venga effettuata una valutazione dell’efficacia dell’organizzazione, delle responsabilità e degli strumenti di delega;2. Vi è evidenza che il coordinatore o il suo sostituto (ove necessariamente individuati) siano reperibili tutti i giorni della		doc	

	settimana.			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati annuali raggiunti, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi, dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		doc	
2. FORMAZIONE DEL PERSONALE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso: <ol style="list-style-type: none"> a. un documento in cui è individuato un responsabile per la formazione del personale; b. un Piano di formazione, aggiornamento e addestramento annuale (per il personale dipendente e non, compreso quello volontario), formulato con il coinvolgimento degli operatori, che comprenda la definizione dei profili di posto e la programmazione di attività formative. 		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza (anche nel fascicolo/dossier individuale) della partecipazione del personale (dipendente e non) alle attività programmate di formazione/aggiornamento e addestramento.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>Vi è evidenza della valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento; - della soddisfazione del personale. 		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché adottate specifiche azioni per il miglioramento della programmazione della formazione e della relativa verifica; 2. E' evidente che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		doc	
3. INSERIMENTO E ADESTRAMENTO DI NUOVO PERSONALE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso: <ol style="list-style-type: none"> a) un piano che definisce le modalità per l'accoglienza e l'affiancamento/addestramento del nuovo personale – neo inserito/trasferito, compreso il personale volontario (ove previsto); b) un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed 		doc	

	occupazionale per i neo-inseriti entro il 1° anno dalla data di inserimento.			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto dei piani sopraindicati		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza del monitoraggio periodico (autovalutazione) dell'efficacia dei programmi di orientamento/inserimento del nuovo personale - neo assunto/trasferito - compreso quello volontario.		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei programmi di orientamento e dei piani per l'inserimento dei nuovi addetti; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		doc	

FATTORE/CRITERIO 4 - PROCESSI DI MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE

“Il governo delle azioni di miglioramento, dell’adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo–professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili”.

1. ADOZIONE DI INIZIATIVE DI INNOVAZIONE TECNICO-PROFESSIONALE E ORGANIZZATIVA E DI MODALITA' DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE IN USO O DA ACQUISIRSI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none">1. L’organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso procedure per:<ol style="list-style-type: none">a. la selezione, l’acquisizione, l’allocazione e la valutazione delle tecnologie (apparecchiature tecnologiche e biomedicali e dispositivi medici) attraverso la metodologia propria dell’Health Technology Assessment (H.T.A.), in termini di costi, qualità effettiva e percepita, nonché di impatto sull’organizzazione;b. la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnico-professionali ed organizzative.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none">1. Vi è evidenza della messa in atto delle procedure sopraindicate, finalizzate all’adeguamento alle disposizioni vigenti in materia e nel rispetto delle linee d’indirizzo regionali relative all’acquisizione di dispositivi medici e alla vigilanza sugli stessi;2. Vi è evidenza del coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali ed organizzative.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza del monitoraggio dell’applicazione delle procedure sopraindicate, che comprenda anche la loro contestualizzazione ad eventuali aggiornamenti delle disposizioni normative di settore.		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’	<ol style="list-style-type: none">1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento dei processi di selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi nonché delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative;2. E’ evidente che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.		doc	

FATTORE/CRITERIO 5 – UMANIZZAZIONE

“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture”

1. PROGRAMMI PER L’UMANIZZAZIONE E LA PERSONALIZZAZIONE DELL’ASSISTENZA		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none">1. L’organizzazione ha formalizzato:<ol style="list-style-type: none">a. una procedura nella quale sono definite le modalità e i comportamenti da adottare per accogliere i pazienti* nella struttura e per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra loro e/o le loro famiglie e gli operatori (all’interno di una relazione di aiuto, focalizzata sui bisogni della persona e sulla partecipazione alle decisioni assistenziali che la riguardano);b. un programma per assicurare la qualità della relazione con i pazienti* e i loro familiari;c. un documento di pianificazione e gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente* (ove possibile) e dei suoi familiari.		doc	Segnalare, per ciascuna struttura, l’eventuale non applicabilità della lettera c e l’eventuale rispetto parziale del requisito, indicando i tempi per l’adeguamento (raccomandazione o prescrizione).
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none">1. Vi è evidenza dell’attuazione della procedura di accoglienza dei pazienti* nella struttura che tenga conto anche delle diversità sociali e culturali, per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra l’assistito e la sua famiglia e gli operatori;2. Vi è evidenza dell’attuazione del programma per assicurare la qualità della relazione tra gli operatori e i pazienti* e loro familiari, che tenga conto anche del linguaggio e del comportamento da adottare, in base alle diversità culturali e sociali e in casi specifici, quali ad esempio i pazienti fragili;3. Vi è evidenza dell’adozione, da parte dell’organizzazione, dei processi derivanti dal programma per la gestione del percorso di accompagnamento alla morte a supporto del paziente* e dei suoi familiari.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none">1. Vi è evidenza della rilevazione del gradimento dei pazienti e/o dei loro familiari nonché della relativa valutazione, sugli aspetti legati all’accoglienza dei pazienti* e alla qualità della relazione tra loro e gli operatori;2. Vi è evidenza che la qualità delle cure nella fase di fine vita è valutata da familiari e operatori.		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO	<ol style="list-style-type: none">1. L’esito del monitoraggio, oggetto di indagine periodica da parte dell’organizzazione, ha determinato un miglioramento nella		doc	

<p>DELLA QUALITA'</p>	<p>gestione dei programmi e delle procedure:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dedicati alla fase di accoglienza - dedicati alla relazione con i pazienti/ospiti e familiari - dedicati alla fase del fine vita; <p>2. Vi è evidenza dell'attivazione e dell'implementazione di interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali e per la semplificazione degli adempimenti amministrativi, con garanzia di informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale entro tempi predefiniti; b. per lo sviluppo di servizi di sollievo, per affiancare la famiglia nella responsabilità dell'accudimento quotidiano di persone bisognose di cure particolari ovvero sostituire i componenti più impegnati nella cura durante l'orario di lavoro. 			
------------------------------	---	--	--	--

2.2. SCHEDE DEI REQUISITI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI

FATTORE/CRITERIO 1 - PRESTAZIONI E SERVIZI

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”.

1. VALUTAZIONE, PRESA IN CARICO E GESTIONE DEGLI OSPITI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L’organizzazione ha approvato e diffuso documenti da cui risultino: <ul style="list-style-type: none"> a. le procedure e i regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa; b. le responsabilità e le procedure che definiscono la presa in carico, la modalità di accesso, l’accoglienza, la registrazione e la gestione dell’ospite, quest’ultima anche attraverso la compilazione del Piano di Assistenza Individualizzato da elaborare sulla base dei bisogni individuali; c. le linee guida e le procedure per la valutazione iniziale multidimensionale (VMD) delle condizioni e dei bisogni di ciascun ospite (analisi di fattori sociali ed economici della famiglia, stato fisico, psicologico, nutrizionale e funzionale) e le modalità per il successivo trasferimento delle informazioni raccolte; d. le procedure per la definizione e la gestione di uno specifico piano per le persone con demenza; e. le procedure per la definizione del piano nutrizionale che comprenda la possibilità di scelta tra varietà di cibi e che tenga conto delle condizioni fisiche e cliniche degli ospiti; f. le procedure per la preparazione, gestione, stoccaggio e somministrazione della nutrizione enterale e parenterale e per la corretta idratazione degli ospiti che richiedono tali misure di intervento; g. le procedure per la corretta gestione e somministrazione dei medicinali, richiesta di esami, raccolta/gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio. 		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.		doc	

FASE 3 MONITORAGGIO	1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione dei seguenti aspetti: a. procedure per la valutazione iniziale multidimensionale di ciascun ospite e dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale; b. rivalutazione, anche attraverso il coinvolgimento di ciascun ospite e della sua famiglia, del Piano di Assistenza Individualizzato e del piano specifico per le persone affette da demenza (l'attività di monitoraggio deve essere registrata nella Cartella di ciascun ospite); c. procedure per la gestione della nutrizione enterale e parenterale e per l'idratazione dell'ospite; d. procedure per la gestione e la somministrazione dei medicinali (con il controllo e il monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci), le richieste di esami e la corretta gestione dei campioni di laboratorio.		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.		doc	
2. PASSAGGIO IN CURA (CONTINUITA' ASSISTENZIALE)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L'organizzazione ha approvato e diffuso documenti che definiscono le seguenti procedure: a. determinazione degli ospiti da sottoporre a follow-up e pianificazione della continuità assistenziale degli ospiti in fase di dimissione; b. definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi territoriali e le strutture sanitarie, socio-sanitarie/assistenziali, sociali coinvolte nella cura, assistenza e riabilitazione dell'ospite (ADI erogata dall'équipe dei nuclei di cure primarie, forme di home care e interventi specialistici domiciliari, RSA, lungodegenze, ospedale per acuti); c. prosecuzione delle cure a domicilio che prevedano l'educazione e l'addestramento dell'ospite e dei familiari su varie tematiche (procedure di emergenza, uso sicuro dei medicinali e dei presidi medici, potenziali interazioni tra cibo e medicinali, guida alla nutrizione dell'ospite, terapia del dolore e tecniche di riabilitazione);		doc	

	d. adozione di modalità per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione.			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza dei seguenti aspetti: 1. messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1; 2. tutta la documentazione sanitaria dell'ospite è a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento; 3. all'ospite è fornita una relazione finale per il medico curante; 4. nel caso di complicanze non gestibili in loco, o di impossibilità al trasferimento del paziente al proprio domicilio, l'organizzazione garantisce, utilizzando una specifica procedura condivisa, il trasporto dell'ospite in una struttura ospedaliera di riferimento, con possibilità di ricovero, situata ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione dei seguenti aspetti: a. continuità assistenziale degli ospiti e coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del <i>follow up</i>); b. individuazione degli ospiti da sottoporre a follow-up e rivalutazione, secondo le periodicità pianificate; c. trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna degli ospiti presso altre tipologie di strutture.		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.		doc	
3. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L'organizzazione ha approvato un documento da cui risultano: a. gli obiettivi per la qualità del Piano di Assistenza/Riabilitazione Individualizzato e del percorso assistenziale dell'ospite; b. gli indicatori chiave per la valutazione della performance		doc	

	clinico-assistenziale/riabilitativa.			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti: a. valutazione della qualità del Piano di Assistenza/Riabilitazione Individualizzato, dalla presa in carico alla dimissione; b. valutazione, sulla base degli indicatori selezionati, della performance clinico-assistenziale/riabilitativa; c. indagini sulla soddisfazione e l'esperienza di cura degli ospiti e dei familiari riguardo al Piano di Assistenza Individualizzato.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti e della qualità dell'intero percorso assistenziale dell'ospite (dalla presa in carico alla dimissione).		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.		doc	
4. MODALITA' DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIO ASSISTENZIALE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce: a. i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione socio-assistenziale e sanitaria nonché le relative modalità di controllo; b. gli aspetti legati alla <i>privacy</i> e alla riservatezza delle informazioni, alla sicurezza nell'accesso e conservazione della documentazione socio-assistenziale e sanitaria, nel rispetto della normativa vigente in materia; c. i tempi di accesso alla documentazione socio-assistenziale e sanitaria; d. le modalità di valutazione della qualità della documentazione socio-assistenziale e l'implementazione di azioni correttive se necessario.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti: a. messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1;		doc	

	<ul style="list-style-type: none"> b. presenza per ciascun ospite di una cartella da aggiornare periodicamente in cui sono registrate le informazioni relative all'ospite (presa in carico, valutazione sociale, processo e continuità assistenziali, prestazioni erogate e terapie farmacologiche, elementi di rischio per l'ospite); c. comunicazione e trasmissione, alle competenti strutture e nei tempi stabiliti, della documentazione socio-assistenziale e sanitaria di ciascun ospite. 			
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio sui seguenti aspetti: <ul style="list-style-type: none"> a. qualità della documentazione socio-assistenziale e sanitaria; b. tracciabilità delle attività di valutazione e di presa in carico degli ospiti all'interno della documentazione socio-sanitaria; c. rispetto delle regole di gestione della documentazione e dei tempi per l'accesso alla documentazione socio-assistenziale e sanitaria; d. rispetto della politica della <i>privacy</i> e della riservatezza delle informazioni, nonché della sicurezza nell'accesso e conservazione della documentazione socio-assistenziale e sanitaria. 		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. 		doc	

FATTORE/CRITERIO 2 – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”.

1. APPROCCIO ALLA PRATICA CLINICA SECONDO EVIDENZE SCIENTIFICHE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	La Direzione ha approvato e diffuso un documento che definisce la procedura, condivisa tra le strutture organizzative, per la definizione del Piano di Assistenza Individualizzato.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti: a. messa in atto della procedura indicata nella fase 1 e corretta gestione dell’ospite; b. accessibilità del personale ai regolamenti interni e ai percorsi di presa in carico/cura/assistenza; c. coinvolgimento del personale nelle attività di implementazione e applicazione del Piano Assistenziale individuale.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio dei seguenti aspetti: a. appropriatezza delle prestazioni erogate; b. applicazione dei percorsi di cura/assistenza; c. rivalutazione e aggiornamento dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze delle esperienze disponibili.		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’	1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono intraprese azioni per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.		doc	
2. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L’organizzazione ha formalizzato un documento che definisce le procedure di prevenzione e riduzione delle infezioni legate all’uso di dispositivi, igiene delle mani, smaltimento dei rifiuti e degli aghi taglienti; 2. E’ presente ed è stato formalizzato un documento (documento di valutazione dei rischi), che prevede: a) la definizione delle politiche per la sicurezza dell’ospite, degli operatori e dei visitatori, le modalità per l’identificazione e la valutazione dei rischi; b) una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori		doc	

	<p>identificati;</p> <p>c) le modalità di comunicazione con tutti i soggetti potenzialmente sottoposti a rischio e la gestione dei relativi contenziosi;</p> <p>3. Il documento (DVR) definisce gli obiettivi specifici e misurabili e stabilisce:</p> <p>a. i ruoli, le responsabilità e le risorse impiegate;</p> <p>b. il monitoraggio e le verifiche;</p> <p>c. la formazione;</p> <p>d. la prevenzione ed il controllo dei seguenti rischi:</p> <p>i. sindrome da immobilizzazione;</p> <p>ii. lesioni da pressione;</p> <p>iii. gestione dei cateteri;</p> <p>iv. cadute degli ospiti;</p> <p>v. somministrazione dei farmaci;</p> <p>vi. corretta alimentazione e idratazione;</p> <p>vii. disturbi comportamentali e sintomi di depressione;</p> <p>4. L'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - comunicare sia all'esterno che agli utenti e/o familiari gli eventi avversi; - risolvere i contenziosi. 			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio con particolare riferimento a:</p> <p>a. corretta identificazione dell'ospite;</p> <p>b. corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività;</p> <p>c. gestione di situazioni d'emergenza clinica ed eventuale trasferimento dell'ospite in idonea struttura;</p> <p>d. corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio;</p> <p>2. Vi è evidenza della messa in atto di procedure per la sicurezza di operatori, ospiti e ambiente del documento di cui alla fase 1 (con report sul monitoraggio rischi indicati alla lettera d. della fase 1).</p>		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del documento di cui alla fase 1, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti;</p>		doc	

	2. Vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, vengono intraprese azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.		doc	
3. STRATEGIE SISTEMATICHE DI COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E SVILUPPO DI COMPETENZE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha approvato e diffuso un documento che definisce le procedure per la partecipazione e il coinvolgimento degli ospiti e dei familiari ai processi di gestione del rischio collegato alla presa in carico ed alla successiva permanenza in struttura.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti: a. messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1; b. identificazione e applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività; c. implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio sui seguenti aspetti: a. implementazione delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b. applicazione delle procedure per il coinvolgimento degli ospiti e dei familiari e valutazione del grado di partecipazione dei medesimi ai processi di gestione del rischio collegato alla presa in carico.		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate e sulla base delle informazioni, vengono adottate azioni correttive e preventive. 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati).		doc	

2.3. REQUISITI SPECIFICI PER STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI

FATTORE/CRITERIO 1 – ASPETTI ORGANIZZATIVI

1. ASPETTI GESTIONALI GENERALI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
9 PUNTI DA VERIFICARE NELLA FASE 1 E DA MONITORARE NELLE SUCCESSIVE FASI (come mantenimento e assenza di variazioni)	E' garantita la somministrazione dei pasti e di diete speciali per casi documentati e certificati di intolleranze/allergie alimentari, stati patologici, motivazioni etico-religiose.		doc	
	E' garantita la corretta conservazione e custodia delle derrate alimentari acquistate.		doc	
	E' stata predisposta la procedura per la preparazione ed il trasporto dei pasti nel caso in cui la stessa non avvenga in struttura.		doc	
	E' stata predisposta la procedura per l'inserimento di nuovi operatori che deve essere preceduto da un adeguato periodo di affiancamento.		doc	
	E' evidente il coinvolgimento di personale volontario.		doc	
	E' stata predisposta una polizza – con validità per almeno tutta la durata dell'accREDITamento - ai fini della copertura della responsabilità civile per tutti gli infortuni ed i danni cagionati a terzi (RCT), nonché della responsabilità civile verso prestatori di lavoro e parasubordinati.		doc	
	E' garantito il trasporto in caso di situazioni particolari (es. visite mediche extraregionali o accompagnamento presso altre istituzioni) in accompagnamento del minore, di familiari o adulti di riferimento, previo accordo con l'équipe socio-sanitaria di riferimento.		doc	
	E' garantito il diritto al lavoro dei disabili (art. 17, Legge 12/3/1999, n. 68).		doc	
	Sono garantiti i rapporti con le famiglie di origine, se in vita, reperibili e disponibili, prevedendo colloqui con ogni singola famiglia anche nella casa di accoglienza (gli incontri sono documentati con verbali firmati).		doc	

FATTORE/CRITERIO 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”.

1. VALUTAZIONE, PRESA IN CARICO E GESTIONE DEI PAZIENTI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none">1. L’organizzazione ha approvato e diffuso documenti da cui risultino:<ol style="list-style-type: none">a. le procedure e i regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa;b. le responsabilità e le procedure che definiscono la presa in carico, la modalità di accesso, l’accoglienza, la registrazione e la gestione dell’ospite, quest’ultima anche attraverso la compilazione del Piano di Assistenza Individualizzato da elaborare sulla base dei bisogni individuali;c. le linee guida e le procedure per la valutazione iniziale multidimensionale (VMD) delle condizioni e dei bisogni di ciascun ospite (analisi di fattori sociali ed economici della famiglia, stato fisico, psicologico, nutrizionale e funzionale) e le modalità per il successivo trasferimento delle informazioni raccolte;d. le procedure per la definizione del piano nutrizionale che comprenda la possibilità di scelta tra varietà di cibi e che tenga conto delle condizioni fisiche e cliniche degli ospiti;e. le procedure per la preparazione, gestione, stoccaggio e somministrazione della nutrizione enterale e parenterale e per la corretta idratazione degli ospiti che richiedono tali misure di intervento;f. le procedure per la corretta gestione e somministrazione dei medicinali, richiesta di esami, raccolta/gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none">1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione dei seguenti aspetti:<ol style="list-style-type: none">a. procedure per la valutazione iniziale multidimensionale di ciascun ospite e dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;b. rivalutazione, anche attraverso il coinvolgimento di ciascun		doc	

	ospite e della sua famiglia, del Piano di Assistenza Individualizzato (l'attività di monitoraggio deve essere registrata nella Cartella di ciascun ospite); c. procedure per la gestione della nutrizione enterale e parenterale e per l'idratazione dell'ospite; d. procedure per la gestione e la somministrazione dei medicinali (con il controllo e il monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci), le richieste di esami e la corretta gestione dei campioni di laboratorio.			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.		doc	
2. PASSAGGIO IN CURA (CONTINUITA' ASSISTENZIALE)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L'organizzazione ha approvato e diffuso documenti che definiscono le seguenti procedure: a. determinazione degli ospiti da sottoporre a follow-up che prevedano la pianificazione della continuità assistenziale in fase di dimissione; b. definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi territoriali e le strutture sanitarie, socio-sanitarie/assistenziali, sociali coinvolte nell'assistenza e riabilitazione dell'ospite; c. prosecuzione delle cure a domicilio che prevedano l'educazione e l'addestramento dell'ospite e dei familiari su varie tematiche (procedure di emergenza, uso sicuro di medicinali e di presidi medici, potenziali interazioni cibo/medicinali, guida alla nutrizione dell'ospite, terapia del dolore e tecniche di riabilitazione); d. adozione delle modalità di trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti: a. messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1; b. pianificazione periodica di rivalutazioni/controlli dei ospiti sottoposti a <i>follow up</i> ; c. tutta la documentazione sanitaria del minore è a		doc	

	disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento;			
FASE 3 MONITORAGGIO	1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione dei seguenti aspetti: a. procedure per la continuità assistenziale degli ospiti e per il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione degli ospiti e del <i>follow up</i>); b. procedure per la determinazione degli ospiti da sottoporre a follow-up; c. trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna degli ospiti, sia per dimissioni in follow up sia per trasferimenti presso altre tipologie di strutture.		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.		doc	
3. VALUTAZIONE E MONITORAGGIO		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L'organizzazione ha approvato un documento da cui risultano: a. gli obiettivi per la qualità del Piano di Assistenza/Riabilitazione Individualizzato e del percorso assistenziale dell'ospite; b. gli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti: a. valutazione della qualità del Piano di Assistenza/Riabilitazione Individualizzato, dalla presa in carico alla dimissione; b. valutazione, sulla base degli indicatori selezionati, della performance clinico-assistenziale/riabilitativa; c. indagini sulla soddisfazione e l'esperienza di cura degli ospiti e dei familiari riguardo al Piano di Assistenza Individualizzato.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti e della qualità dell'intero percorso assistenziale dell'ospite (dalla presa in carico alla dimissione).		doc	

FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. 		doc	
4. MODALITA' DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIO ASSISTENZIALE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha approvato e diffuso un documento che definisce: <ol style="list-style-type: none"> a. i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione socio-assistenziale e sanitaria, nonché le relative modalità di controllo; b. gli aspetti legati alla <i>privacy</i> e alla riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso e conservazione della documentazione socio-assistenziale e sanitaria, alla normativa vigente in materia; c. i tempi di accesso alla documentazione socio-assistenziale e sanitaria; d. le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione socio-assistenziale e l'implementazione di azioni correttive se necessario. 		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti: <ol style="list-style-type: none"> a. messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1; b. presenza per ciascun ospite di una cartella da aggiornare periodicamente in cui sono registrate le informazioni sociali, psicologiche ed educative (presa in carico, valutazione sociale e programmi di intervento, problematiche affrontate, prestazioni sanitarie e terapie farmacologiche, registrazione di eventuali assenze, elementi di rischio per l'ospite); c. comunicazione e trasmissione, alle competenti strutture e nei tempi stabiliti, della documentazione socio-assistenziale e sanitaria di ciascun ospite. 		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio sui seguenti aspetti: <ol style="list-style-type: none"> a. qualità della documentazione socio-assistenziale e sanitaria; b. tracciabilità delle attività di valutazione e di presa in carico degli ospiti all'interno della documentazione socio-sanitaria; 		doc	

	<ul style="list-style-type: none"> c. rispetto delle regole di gestione della documentazione e dei tempi per l'accesso alla documentazione socio-assistenziale e sanitaria; d. rispetto della politica della <i>privacy</i> e della riservatezza delle informazioni, nonché della sicurezza nell'accesso e conservazione della documentazione socio-assistenziale e sanitaria. 			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. 		doc	

FATTORE/CRITERIO 3 – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”.

1. APPROCCIO ALLA PRATICA CLINICA SECONDO EVIDENZE SCIENTIFICHE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	La Direzione ha approvato e diffuso un documento che definisce la procedura, condivisa tra le strutture organizzative, per la definizione del Piano di Assistenza Individualizzato.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti: a. messa in atto della procedura indicata nella fase 1 e corretta gestione dell’ospite; b. accessibilità del personale ai regolamenti interni e ai percorsi di presa in carico/cura/assistenza; c. coinvolgimento del personale nelle attività di implementazione e applicazione del Piano Assistenziale individuale.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio dei seguenti aspetti: a. appropriatezza delle prestazioni erogate; b. applicazione dei percorsi di cura/assistenza; c. rivalutazione e aggiornamento dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze delle esperienze disponibili.		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’	1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono intraprese azioni per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.		doc	
2. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI

FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha formalizzato un documento che definisce le procedure di prevenzione e riduzione delle infezioni legate all'uso di dispositivi, igiene delle mani, smaltimento dei rifiuti e degli aghi taglienti; 2. E' presente ed è stato formalizzato un documento (documento di valutazione dei rischi), che prevede: <ol style="list-style-type: none"> a. la definizione delle politiche per la sicurezza dell'ospite, degli operatori e dei visitatori, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi; b. una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati; c. le modalità di comunicazione con tutti i soggetti potenzialmente sottoposti a rischio e la gestione dei relativi contenziosi; 3. Il documento (DVR) definisce gli obiettivi specifici e misurabili e stabilisce: <ol style="list-style-type: none"> a. i ruoli, le responsabilità e le risorse impiegate; b. il monitoraggio e le verifiche; c. la formazione; d. la prevenzione ed il controllo dei seguenti rischi: <ol style="list-style-type: none"> d.1. sindrome da immobilizzazione; d.2. lesioni da pressione; d.3. gestione dei cateteri; d.4. cadute degli ospiti; d.5. somministrazione dei farmaci; d.6. corretta alimentazione e idratazione; d.7. disturbi comportamentali e sintomi di depressione; 4. L'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per: <ul style="list-style-type: none"> - comunicare sia all'esterno che agli utenti e/o familiari gli eventi avversi; - risolvere i contenziosi. 		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio con particolare riferimento a: <ol style="list-style-type: none"> a. corretta identificazione dell'ospite; b. corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività; c. gestione di situazioni d'emergenza clinica ed eventuale trasferimento dell'ospite in idonea struttura; d. corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di 		doc	

	<p>laboratorio;</p> <p>2. Vi è evidenza della messa in atto di procedure per la sicurezza di operatori, ospiti e ambiente del documento di cui alla fase 1 (con report sul monitoraggio rischi indicati alla lettera d. della fase 1).</p>			
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del documento di cui alla fase 1, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti;</p> <p>2. Vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.</p>		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, vengono intraprese azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi;</p> <p>2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>		doc	
3. STRATEGIE SISTEMATICHE DI COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E SVILUPPO DI COMPETENZE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha approvato e diffuso un documento che definisce le procedure per la partecipazione e il coinvolgimento degli ospiti e dei familiari ai processi di gestione del rischio collegato alla presa in carico ed alla successiva permanenza in struttura.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti:</p> <p>a. messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1;</p> <p>b. identificazione e applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;</p> <p>c. implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi.</p>		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio sui seguenti aspetti:</p> <p>a. implementazione delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività;</p> <p>b. applicazione delle procedure per il coinvolgimento degli</p>		doc	

	ospiti e dei familiari e valutazione del grado di partecipazione dei medesimi ai processi di gestione del rischio collegato alla presa in carico.			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate e sulla base delle informazioni, vengono adottate azioni correttive e preventive;</p> <p>2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>		doc	

2.4. SCHEDE DEI REQUISITI SPECIFICI PER STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER MINORI

FATTORE/CRITERIO 1 – ASPETTI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVI

1. SEDE OPERATIVA, IDONEITA' ALL'USO ED ASPETTI GESTIONALI GENERALI	RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI	
8 PUNTI DA VERIFICARE NELLA FASE 1 E DA MONITORARE NELLE SUCCESSIVE FASI (come mantenimento e assenza di variazioni)	1. La comunità per minori [capienza massima 10 persone, in presenza di posti disponibili l'inserimento di minori in situazione di emergenza] deve: a) avere superficie complessiva di 250 mq (parti comuni condominiali, balconi e terrazzi esclusi); b) essere dotate di almeno 5 camere da letto, di cui 1 destinata agli operatori (studio/camera da letto); c) essere dotate di almeno 2 servizi igienici distinti; d) essere dotate di spazi per le attività collettive e la socializzazione, distinti da quelli destinati alle camere da letto.		strutt	
	E' garantita la somministrazione dei pasti e di diete speciali per casi documentati e certificati di intolleranze/allergie alimentari, stati patologici, motivazioni etico-religiose.		doc	
	E' garantita la corretta conservazione e custodia delle derrate alimentari acquistate.		doc	
	E' stata predisposta la procedura per la preparazione ed il trasporto dei pasti nel caso in cui la stessa non avvenga in struttura.		doc	
	E' stata predisposta la procedura per l'inserimento di nuovi operatori che deve essere preceduto da un adeguato periodo di affiancamento.		doc	
	E' stata predisposta la procedura per l'erogazione di una somma settimanale ai minori (di età compresa tra i 13 e i 18 anni), sulla base del progetto individuale per il raggiungimento dell'autonomia.		doc	
	E' stata predisposta una polizza – con validità per almeno tutta la durata dell'accreditamento - ai fini della copertura della responsabilità civile per tutti gli infortuni ed i danni cagionati a terzi (RCT), nonché della responsabilità civile verso prestatori di lavoro e parasubordinati.		doc	
	E' garantito il trasporto in caso di situazioni particolari (es. visite		doc	

	mediche extraregionali o accompagnamento presso altre istituzioni) in accompagnamento del minore, di familiari o adulti di riferimento, previo accordo con l'équipe socio-sanitaria di riferimento.			
--	---	--	--	--

FATTORE/CRITERIO 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i ospiti ed i cittadini”.

1. VALUTAZIONE, PRESA IN CARICO E GESTIONE DEGLI OSPITI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>1. L’organizzazione ha approvato e diffuso documenti da cui risultino:</p> <ul style="list-style-type: none">a. le procedure ed i regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa;b. le responsabilità e le procedure che definiscono la presa in carico, la modalità di accesso, l’accoglienza, la registrazione e la gestione degli ospiti, quest’ultima anche attraverso la redazione del Progetto Educativo Individuale (P.E.I.) e di un documento illustrante la “giornata tipo”;c. le linee guida e le procedure per la valutazione iniziale multidimensionale delle condizioni e dei bisogni di ciascun ospite (analisi di fattori sociali ed economici della famiglia, stato fisico, psicologico, nutrizionale e funzionale) e le modalità per il successivo trasferimento delle informazioni raccolte;d. le procedure ed i programmi per il supporto psicologico a favore degli ospiti e dei familiari;e. le procedure per la definizione del piano nutrizionale che comprenda la possibilità di scelta tra varietà di cibi e che tenga conto delle condizioni fisiche e cliniche degli ospiti;f. le procedure per la preparazione, gestione, stoccaggio e somministrazione della nutrizione enterale e parenterale e per la corretta idratazione, nel caso di ospiti che richiedano tali misure di intervento;g. le linee guida e le procedure per la corretta gestione, somministrazione dei medicinali e richiesta di esami.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione dei seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none">a. procedure per la valutazione iniziale multidimensionale di ciascun ospite e dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;		doc	

	<ul style="list-style-type: none"> b. rivalutazione del Piano Educativo Individualizzato, anche attraverso il coinvolgimento di ciascun ospite e della sua famiglia, sulla base delle necessità manifestate dell'ospite (l'attività di monitoraggio deve essere registrata nelle cartelle: socio-assistenziale, socio-sanitaria ed educativa); c. procedure per la gestione e la somministrazione dei medicinali nonché per il controllo e il monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci; d. procedure per la gestione delle richieste di esami e per la corretta gestione dei campioni di laboratorio, in caso di ospiti che richiedano tali misure di intervento. 			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		doc	
2. PASSAGGIO IN CURA (CONTINUITA' ASSISTENZIALE)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha approvato e diffuso documenti che definiscono le seguenti procedure: <ul style="list-style-type: none"> a. determinazione degli ospiti da sottoporre a follow-up che prevedano la pianificazione della continuità assistenziale in fase di dimissione; b. definizione dei collegamenti funzionali tra i servizi territoriali e le strutture sanitarie, socio-sanitarie/assistenziali, sociali coinvolte nell'assistenza e riabilitazione dell'ospite; c. prosecuzione delle cure a domicilio che prevedano l'educazione e l'addestramento dell'ospite e dei familiari su varie tematiche (procedure di emergenza, uso sicuro di medicinali e di presidi medici, potenziali interazioni cibo/medicinali, guida alla nutrizione dell'ospite, terapia del dolore e tecniche di riabilitazione); d. adozione delle modalità di trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione. 		doc	

FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti: <ol style="list-style-type: none"> a. messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1; b. pianificazione periodica di rivalutazioni/controlli dei ospiti sottoposti a <i>follow up</i>; c. tutta la documentazione sanitaria del minore è a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento. 		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione dei seguenti aspetti: <ol style="list-style-type: none"> a. procedure per la continuità assistenziale degli ospiti e per il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione degli ospiti e del <i>follow up</i>); b. procedure per la determinazione degli ospiti da sottoporre a follow-up; c. trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna degli ospiti, sia per dimissioni in follow up sia per trasferimenti presso altre tipologie di strutture. 		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		doc	
3. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha approvato un documento da cui risultano: <ol style="list-style-type: none"> a. gli obiettivi per la qualità Programma Educativo Individuale e del percorso assistenziale dell'ospite; b. gli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa. 		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti: <ol style="list-style-type: none"> a. valutazione della qualità del Programma Educativo Individuale, dalla presa in carico alla dimissione, anche da parte delle organizzazioni di cittadini; b. valutazione, sulla base degli indicatori selezionati, della rispondenza delle attività di presa in carico socio-sanitaria educativa e psicologica; c. indagini sulla soddisfazione e l'esperienza di cura degli 		doc	

	ospiti e dei familiari riguardo il Programma Educativo Individuale.			
FASE 3 MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti e della qualità dell'intero percorso assistenziale ed educativo dell'ospite (dalla presa in carico alla dimissione).		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. 		doc	
4. MODALITA' DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIO ASSISTENZIALE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha approvato e diffuso un documento che definisce: <ol style="list-style-type: none"> a. i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione socio-assistenziale e sanitaria, nonché le relative modalità di controllo; b. gli aspetti legati alla <i>privacy</i> e alla riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso e conservazione della documentazione socio-assistenziale e sanitaria, alla normativa vigente in materia; c. i tempi di accesso alla documentazione socio-assistenziale e sanitaria; d. le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione socio-assistenziale e l'implementazione di azioni correttive se necessario. 		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti: <ol style="list-style-type: none"> a. messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1; b. presenza per ciascun ospite di una cartella da aggiornare periodicamente in cui sono registrate le informazioni sociali, psicologiche ed educative (presa in carico, valutazione sociale e programmi di intervento, problematiche affrontate, prestazioni sanitarie e terapie farmacologiche, registrazione di eventuali assenze, elementi di rischio per l'ospite); c. comunicazione e trasmissione, alle competenti strutture e nei tempi stabiliti, della documentazione socio- 		doc	

	assistenziale e sanitaria di ciascun ospite.			
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio sui seguenti aspetti: <ol style="list-style-type: none"> a. qualità della documentazione socio-assistenziale e sanitaria; b. tracciabilità delle attività di valutazione e di presa in carico degli ospiti all'interno della documentazione socio-sanitaria; c. rispetto delle regole di gestione della documentazione e dei tempi per l'accesso alla documentazione socio-assistenziale e sanitaria; d. rispetto della politica della <i>privacy</i> e della riservatezza delle informazioni, nonché della sicurezza nell'accesso e conservazione della documentazione socio-assistenziale e sanitaria. 		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. 		doc	

FATTORE/CRITERIO 3 – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”.

1. APPROCCIO ALLA PRATICA CLINICA SECONDO EVIDENZE SCIENTIFICHE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	La Direzione ha approvato e diffuso un documento che definisce la procedura, condivisa tra le strutture organizzative, per la definizione del Piano Educativo Individualizzato.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti: a. messa in atto della procedura indicata nella fase 1 e corretta gestione dell’ospite; b. accessibilità del personale ai regolamenti interni e ai percorsi di presa in carico; c. coinvolgimento del personale nelle attività di implementazione e applicazione del Piano Educativo Individuale.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio dei seguenti aspetti: a. appropriatezza delle prestazioni erogate; b. applicazione dei Piani Educativi individuali; c. svolgimento di verifiche multidisciplinari e/o multiprofessionali per confrontare la pratica corrente con le procedure definite dall’organizzazione (i risultati delle verifiche vengono comunicati al personale); d. rivalutazione e aggiornamento dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze delle esperienze progettuali disponibili.		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’	1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono azioni per il miglioramento della qualità; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.		doc	
2. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	1. L’organizzazione ha formalizzato un documento che definisce le procedure di prevenzione e riduzione delle infezioni uso di dispositivi, igiene delle mani, smaltimento dei rifiuti e degli aghi taglienti; 2. E’ presente ed è stato formalizzato un documento (documento di valutazione dei rischi), che prevede:		doc	

	<ul style="list-style-type: none"> a) la definizione delle politiche per la sicurezza del minore, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi; b) una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati; c) le modalità di comunicazione con tutti i soggetti potenzialmente sottoposti a rischio e la gestione dei relativi contenziosi; <p>3. Il documento (DVR) definisce gli obiettivi specifici e misurabili e stabilisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. i ruoli, le responsabilità e le risorse impiegate; b. il monitoraggio e le verifiche; c. la formazione d. la prevenzione ed il controllo dei seguenti rischi: <ul style="list-style-type: none"> d.1. cadute degli ospiti; d.2. somministrazione dei farmaci; d.3. corretta alimentazione e idratazione; d.4. disturbi comportamentali e sintomi di depressione; <p>4. L'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - comunicare sia all'esterno che agli utenti e/o familiari gli eventi avversi; - risolvere i contenziosi. 			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio, con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) corretta identificazione del minore; b) corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività; c) gestione di situazioni d'emergenza clinica e il trasferimento del minore in idonea struttura; <p>2. Vi è evidenza della messa in atto (per sicurezza operatori, minori/ospiti e ambiente) del documento di cui alla fase 1 (con report sul monitoraggio rischi indicati alla lettera d. della fase 1).</p>		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del documento di valutazione dei rischi di cui alla fase 1, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti;</p> <p>2. Vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2</p>		doc	

	anni) delle aree a rischio dell'organizzazione, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, , vengono azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		doc	
3. STRATEGIE SISTEMATICHE DI COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E SVILUPPO DI COMPETENZE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha approvato e diffuso un documento che definisce le procedure per la partecipazione e il coinvolgimento degli ospiti e dei familiari ai processi di gestione del rischio collegato alla presa in carico.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza dei seguenti aspetti: <ol style="list-style-type: none"> a. messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1; b. identificazione e applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività; c. implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi. 		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del periodico monitoraggio sui seguenti aspetti: <ol style="list-style-type: none"> a. implementazione delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b. applicazione delle procedure per il coinvolgimento degli ospiti e dei familiari e valutazione del grado di partecipazione dei medesimi ai processi di gestione del rischio nella presa in carico. 		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate e sulla base delle informazioni, vengono adottate azioni correttive e preventive; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		doc	

2.5. - STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE

FATTORE/CRITERIO 1 - PRESTAZIONI E SERVIZI

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”.

1. VALUTAZIONE, PRESA IN CARICO E GESTIONE DEI PAZIENTI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<p>FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</p>	<p>L’organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <p>a) procedure che definiscono le modalità di accoglienza e registrazione dell’utente, nel rispetto e in applicazione delle disposizioni vigenti in materia;</p> <p>b) procedure per la valutazione/verifica periodica (anche in autocontrollo) dell’applicazione degli standard organizzativi generali vigenti, tra cui:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. presenza Piano di Trattamento Individuale (PTI) all’accesso, dal quale si desuma gravità e complessità del quadro clinico per definire compromissione funzionamento personale e sociale del paziente, mediante strumenti di valutazione standardizzati (ad es. HoNOS, BPRS, FPS, VADO) validati e adottati dalla normativa nazionale e regionale, finalizzati a determinare: <ul style="list-style-type: none"> - il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa; - il livello di intensità assistenziale necessario; 2. presenza, nel PTI, di un accordo/impegno di cura sottoscritto tra DSM e utente, con la partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l’adesione del paziente al trattamento; <p>c) protocolli, linee guida e procedure per la definizione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), in accordo con il DSM, in coerenza con il Piano di Trattamento Individuale (PTI) e formulato secondo i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing,</p>		doc	<p>Il requisito è stato scritto secondo quanto previsto dalle disposizioni nazionali (manuale Agenas) e regionali (standard specifici).</p> <p>L’applicabilità dei punti in cui è indicato il DSM va effettuata con riferimento alla competenza territoriale (anche al fine di svolgere una maggiore supervisione sui pazienti regionali inseriti eventualmente in strutture extra-regionali).</p> <p>In generale, si rinvia alle competenti strutture regionali la valutazione dell’applicabilità dei singoli punti previsti dal requisito, in relazione alla tipologia di pazienti/ospiti/utenti presenti nella struttura o nel servizio accreditato.</p>

	<p>ove esistenti. È prevista la diversificazione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) per condizioni specifiche quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trattamenti all'esordio; • trattamenti della fascia di età di transizione tra adolescenza e prima età adulta; • trattamenti dei disturbi di personalità; • trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare; • programmi per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione; • trattamenti dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e degli interventi in età evolutiva. <p>d) una "Scheda di PTRP (Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato)" in cui sono presenti i seguenti elementi obbligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dati anagrafici, informazioni sul contesto familiare e sociale del paziente/ospite e diagnosi clinica e funzionale; • motivo dell'invio da parte del D.S.M; • osservazione delle problematiche relative a: <ul style="list-style-type: none"> i. area psicopatologica ii. area della cura di sé/ambiente iii. area della competenza relazionale iv. area della gestione economica v. area delle abilità sociali • obiettivi dell'intervento; • aree di intervento, con descrizione degli interventi previsti in ambito farmacologico, psicoterapico, psicoeducativo, abilitativo/riabilitativo e di risocializzazione/di rete per l'inclusione socio-lavorativa; • operatori coinvolti negli interventi, compresi gli operatori di rete informali e del volontariato (quando presenti); • durata del programma e indicazione verifiche periodiche per aggiornamento PTRP; • data presunta di dimissione con indicazione del medico responsabile del progetto globale del DSM 			
--	--	--	--	--

	<p>territorialmente competente;</p> <p>e) linee guida e procedure per la corretta gestione e somministrazione del trattamento farmacologico;</p> <p>f) procedure per la stipula (e successiva verifica) di un contratto di ospitalità struttura/paziente/DSM (eventualmente anche solo come integrazione a quello già sottoscritto con il DSM), comprensivo delle seguenti informazioni/documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servizi resi • impegni del paziente • obiettivi del trattamento e tempi (con registrazione di eventuali assenze dell'utente) • regolamento interno struttura e carta servizi • condizioni economiche • norme relative al consenso informato e alla tutela dei dati personali. 			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. Vi è evidenza dell'applicazione delle linee guida/procedure descritte alla fase 1;</p> <p>2. E' attuato un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza e vi è evidenza della messa in atto di interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione con il coinvolgimento della famiglia e di altri contesti di vita, attraverso l'integrazione in rete con altre istituzioni e con il territorio;</p> <p>3. Vi è evidenza che la struttura organizza attività ricreative e di socializzazione per gli ospiti.</p>		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza che l'organizzazione verifichi l'applicazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale di ciascun paziente e dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale; • del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP); • dei programmi per l'individuazione e l'intervento precoce delle psicosi; • delle linee guida e delle procedure relative ai percorsi di assistenza e cura specifici; • dei percorsi di assistenza differenziati connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e 		doc	

	<p>dell'adolescenza e degli interventi in età evolutiva;</p> <p>2. Vengono elaborati, ad ogni verifica, report analitici con attivazione di eventuali azioni correttive che prevedano, ove necessario, forme di comunicazione continua con il DSM inviante;</p> <p>3. Nella cartella del paziente sono monitorate periodicamente le diverse aree dell'intervento riabilitativo attraverso strumenti standardizzati, che registrano le modifiche nelle condizioni cliniche, nei bisogni e dinamiche relazionali al fine di determinare il risultato delle cure e la pianificazione del proseguimento della cura o della dimissione;</p> <p>4. Vi è evidenza della rivalutazione e della revisione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), con il coinvolgimento del paziente e dei familiari, quando è rilevato un cambiamento delle condizioni o della diagnosi del paziente (i riscontri sono registrati all'interno della cartella sanitaria);</p> <p>5. Vi è evidenza del controllo e del monitoraggio del trattamento farmacologico e degli effetti collaterali derivanti dall'uso di psicofarmaci.</p>			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei documenti e delle fasi seguenti:</p> <p>a. protocolli, linee guida e procedure per la valutazione iniziale dei pazienti;</p> <p>b. processi per la gestione del Progetto Terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) e dei percorsi di cura e per la tracciabilità delle attività all'interno della documentazione sanitaria;</p> <p>c. trasferimento delle informazioni all'interno del processo di cura;</p> <p>d. procedure operative definite;</p> <p>e. politica per la promozione della salute;</p> <p>2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p>		doc	
2. PASSAGGIO IN CURA (CONTINUITA' ASSISTENZIALE)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI

FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso (anche nell'ambito della Carta dei Servizi): <ol style="list-style-type: none"> a. Procedure per cooperare con altri servizi/strutture della rete; b. Procedure per garantire la continuità assistenziale dei pazienti e il coordinamento delle cure, nonché per determinare i pazienti da sottoporre a follow-up, che prevedano la verifica dell'appropriatezza dei trasferimenti e delle dimissioni dei pazienti/ospiti e del corretto trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna; c. Procedure per documentare i casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi), al fine di rilevare e recuperare eventuali "drop out" ("persi di vista", interessati dall'interruzione non concordata del servizio); d. Procedure per garantire l'assistenza primaria ai pazienti/ospiti (anche quelli 14-21 anni); e. Procedure che prevedano l'integrazione dei progetti dei pazienti (anche per la fascia d'età 14-21 anni) con i servizi territoriali, le istituzioni scolastiche e i datori di lavoro (in caso di pazienti lavoratori), in accordo con il DSM (nelle osservazioni ci sono indicazioni per l'applicabilità). 		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza dell'attuazione delle procedure sopraindicate (fase 1); 2. Sono pianificate - secondo tipologie e periodicità definite - attività di rivalutazione/controllo dei pazienti da sottoporre a follow-up; 3. Nel caso di complicanze non gestibili in loco, l'organizzazione garantisce, utilizzando una specifica procedura condivisa, il trasporto del paziente ad una struttura ospedaliera di riferimento (con possibilità di ricovero) situata ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze. 		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del monitoraggio periodico dell'applicazione dei processi, dei protocolli e delle linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti e il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del follow-up); 2. E' documentato l'esito del monitoraggio, nonché delle 		doc	

	rivalutazioni e dei controlli dei pazienti sottoposti a follow-up (secondo le periodicità pianificate) e, in relazione al recupero di eventuali “drop out”, dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi).			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità, nonché individuate ed implementate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale, passaggio in cura, dimissioni e follow-up; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. 		doc	
3. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha definito gli indicatori chiave per valutare la qualità dell'attività clinico-assistenziale-riabilitativa svolta e del PTRP, compresa la sua coerenza con il PTI; 2. Tali indicatori tengono conto della scienza e dell'evidenza (linee guida Evidence Based Medicine e Evidence Based Nursing). 		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza dell'utilizzo degli indicatori definiti per la valutazione della qualità dell'attività clinico-assistenziale-riabilitativa svolta e del PTRP.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione: <ol style="list-style-type: none"> a. del grado di conformità delle attività al PTRP, ai protocolli e alle linee guida <i>Evidence Based Medicine</i> e <i>Evidence Based Nursing</i> secondo quanto previsto dalle procedure adottate (ad es. monitoraggio dei tempi, delle modalità e dei contenuti della presa in carico, della valutazione iniziale e del piano di trattamento, della continuità assistenziale e dimissione, in accordo con gli obiettivi stabiliti); b. della performance clinico-assistenziale/riabilitativa, dalla presa in carico alla dimissione; 2. Vi è evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura; 3. Vi è evidenza, in termini di efficacia ed affidabilità, dell'aggiornamento dei sistemi di misura degli esiti, della performance clinica e della qualità dei programmi terapeutico-riabilitativi. 		doc	

FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità e, con specifiche azioni correttive, vengono aggiornati i sistemi di misura degli esiti, della performance clinica, della qualità dei programmi terapeutico-riabilitativi (in termini di efficacia ed affidabilità);</p> <p>2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p>		doc	
4. MODALITA' DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SOCIO-SANITARIA E SOCIO-ASSISTENZIALE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>1. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso:</p> <p>a. una procedura (condivisa con il DSM) che descriva, ai fini dell'accesso alla documentazione socio-sanitaria e socio-assistenziale del paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le modalità e i termini per la richiesta e il rilascio della documentazione, con particolare riferimento all'ambito di applicazione (es. trasferimento, dimissione, decesso, ecc.); - le regole in materia di <i>privacy</i> e riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione socio-sanitaria/socio-assistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; <p>b. una procedura che descriva le modalità di valutazione della qualità della documentazione socio-sanitaria e socio-assistenziale indicata al requisito 1 del presente criterio/fattore di qualità.</p>		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<p>1. Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.</p> <p>2. E' presente, per ciascun paziente, una cartella (da aggiornare periodicamente), contenente le informazioni che lo riguardano in relazione a:</p> <p>presa in carico, valutazione sociale, assistenza e continuità assistenziale, prestazioni erogate e terapie farmacologiche, nonché elementi di rischio.</p>		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione effettuati dall'organizzazione sui seguenti aspetti:</p> <p>a. rispetto delle regole per la gestione della documentazione</p>		doc	

	<p>e dei tempi per l'accesso alla documentazione socio-sanitaria/socio-assistenziale;</p> <p>b. qualità della documentazione socio-sanitaria/socio-assistenziale del paziente indicata al requisito 1, che consenta la tracciabilità degli elementi che caratterizzano le fasi di presa in carico e continuità assistenziale, nonché il relativo programma terapeutico-riabilitativo.</p>			
<p>FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'</p>	<p>1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità, nonché individuate ed implementate specifiche azioni per il miglioramento:</p> <p>a. della politica relativa alla privacy e alla riservatezza delle informazioni contenute nella documentazione socio-sanitaria e socio-assistenziale;</p> <p>b. della sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati contenuti nella documentazione socio-sanitaria/socio-assistenziale, compresa la loro integrità e il rispetto dei tempi di accesso;</p> <p>c. della gestione e della qualità della documentazione socio-sanitaria/socio-assistenziale;</p> <p>2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p>		doc	

FATTORE/CRITERIO 2 – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”.

1. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI (COMPRESO RISCHIO CLINICO ED EVENTI AVVERSI)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	DI <ol style="list-style-type: none"> 1. E’ presente ed è stato formalizzato un documento (documento di valutazione dei rischi), che prevede: <ul style="list-style-type: none"> - la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per identificare e valutare i rischi; - una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati; - le modalità di comunicazione con gli stakeholder (portatori di interesse) e la gestione dei relativi contenziosi; 2. Il DVR (documento di valutazione dei rischi) approvato dalla Direzione prevede la definizione di obiettivi specifici e misurabili e contempla: <ol style="list-style-type: none"> a) ruoli, responsabilità e risorse impiegate; b) monitoraggio e verifiche; c) formazione d) prevenzione e controllo almeno dei seguenti rischi: <ol style="list-style-type: none"> I. infezioni correlate all’assistenza; II. sindrome da immobilizzazione; III. cadute dei pazienti; IV. intossicazione da farmaci; V. atti aggressivi; VI. rischio di autolesioni; VII. rischio suicidio; VIII. rischio fughe; 3. L’organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per: <ul style="list-style-type: none"> - identificare/segnalare/analizzare near miss, eventi sentinella ed eventi avversi (compresa la prima gestione in loco delle complicanze); - adottare eventuali azioni correttive; - comunicare agli utenti e/o familiari gli eventi avversi. 		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L’organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio, con particolare riferimento a: <ol style="list-style-type: none"> a. corretta identificazione del paziente; 		doc	

	<ul style="list-style-type: none"> b. esecuzione delle principali manovre strumentali previste; c. corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività; d. gestione e cura dei pazienti ad alto rischio; e. gestione di situazioni d'emergenza-urgenza psichiatrica e trasferimento del paziente in idonea struttura; <p>2. Vi è evidenza della messa in atto del DVR (per sicurezza operatori, pazienti/ospiti e ambiente).</p>			
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti;</p> <p>2. Vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione incluse quelle individuate dall'OMS, dei processi e delle procedure ad alto rischio (l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio);</p> <p>3. Vengono predisposti report sul monitoraggio dei rischi considerati nel DVR.</p>		doc	I rischi sono quelli indicati alla lettera d. del punto 2 del requisito 1 della fase 1 del presente fattore/criterio.
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, vengono valutate le priorità nonché adottate specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi;</p> <p>2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>		doc	
2. STRATEGIE SISTEMATICHE DI COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E SVILUPPO DI COMPETENZE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso procedure per la partecipazione e il coinvolgimento degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	1. Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica da parte della Direzione dell'implementazione delle buone		doc	

	<p>pratiche e delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività;</p> <p>2. L'organizzazione effettua il monitoraggio dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento degli utenti e dei familiari/<i>caregiver</i> e valuta il grado di partecipazione dei pazienti e dei familiari/<i>caregiver</i> ai processi di gestione del rischio clinico.</p>			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni correttive;</p> <p>2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>		doc	

2.6. - STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE

FATTORE/CRITERIO 1 - PRESTAZIONI E SERVIZI

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”.

1. VALUTAZIONE, PRESA IN CARICO E GESTIONE DEI PAZIENTI		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
<p>FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE</p>	<p>1. L’organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <p>a. procedure che definiscono le modalità di accoglienza e registrazione dell’utente, nel rispetto e in applicazione delle disposizioni vigenti in materia;</p> <p>b. procedure per la valutazione/verifica periodica (anche in autocontrollo) dell’applicazione degli standard organizzativi generali vigenti, tra cui:</p> <p>1. presenza del Piano di Trattamento Individuale (PTI) all’accesso, dal quale si desuma gravità e complessità del quadro clinico per definire compromissione funzionamento personale e sociale del paziente, mediante strumenti di valutazione standardizzati (ad es. HoNOS, BPRS, FPS, VADO) validati e adottati dalla normativa nazionale e regionale, finalizzati a determinare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa; - il livello di intensità assistenziale necessario; <p>2. presenza, nel PTI, di un accordo/impegno di cura sottoscritto tra DSM e utente, con la partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l’adesione del paziente al trattamento;</p> <p>c. protocolli, linee guida e procedure per la definizione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), in accordo con il DSM, in coerenza con il Piano di</p>		doc	<p>Il requisito è stato scritto secondo quanto previsto dalle disposizioni nazionali (manuale Agenas) e regionali (standard specifici). L’applicabilità dei punti in cui è indicato il DSM va effettuata con riferimento alla competenza territoriale (anche al fine di svolgere una maggiore supervisione sui pazienti regionali inseriti eventualmente in strutture extra-regionali).</p> <p>In generale, si rinvia alle competenti strutture regionali la valutazione dell’applicabilità dei singoli punti previsti dal requisito, in relazione alla tipologia di pazienti/ospiti/utenti presenti nella struttura o nel servizio accreditato.</p>

	<p>Trattamento Individuale (PTI) e formulato secondo i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing, ove esistenti. È prevista la diversificazione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) per condizioni specifiche quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trattamenti all'esordio; • trattamenti della fascia di età di transizione tra adolescenza e prima età adulta; • trattamenti dei disturbi di personalità; • trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare; • programmi per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione; • trattamenti dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e degli interventi in età evolutiva; <p>d. una "Scheda di PTRP (Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato)" in cui sono presenti i seguenti elementi obbligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dati anagrafici, informazioni sul contesto familiare e sociale del paziente/ospite e diagnosi clinica e funzionale; • motivo dell'invio da parte del D.S.M; • osservazione delle problematiche relative a: <ul style="list-style-type: none"> i. area psicopatologica ii. area della cura di sé/ambiente iii. area della competenza relazionale iv. area della gestione economica v. area delle abilità sociali • obiettivi dell'intervento; • aree di intervento, con descrizione degli interventi previsti in ambito farmacologico, psicoterapico, psicoeducativo, abilitativo/riabilitativo e di risocializzazione/di rete per l'inclusione socio-lavorativa; • operatori coinvolti negli interventi, compresi gli operatori di rete informali e del volontariato (quando presenti); 			
--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • durata del programma e indicazione verifiche periodiche per aggiornamento PTRP; • data presunta di dimissione con indicazione del medico responsabile del progetto globale del DSM territorialmente competente; <p>e. linee guida e procedure per la corretta gestione e somministrazione del trattamento farmacologico;</p> <p>f. procedure per la stipula (e successiva verifica) di un contratto di ospitalità struttura/paziente/DSM (eventualmente anche solo come integrazione a quello già sottoscritto con il DSM), comprensivo delle seguenti informazioni/documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servizi resi; • impegni del paziente; • obiettivi del trattamento e tempi (con registrazione di eventuali assenze dell'utente); • regolamento interno struttura e carta servizi; • condizioni economiche; • norme relative al consenso informato e alla tutela dei dati personali. 			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza dell'applicazione delle linee guida/procedure descritte alla fase 1; 2. E' attuato un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza e vi è evidenza della messa in atto di interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione con il coinvolgimento della famiglia e di altri contesti di vita, attraverso l'integrazione in rete con altre istituzioni e con il territorio; 3. Vi è evidenza che la struttura organizza attività ricreative e di socializzazione per gli ospiti. 		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza che l'organizzazione verifichi l'applicazione: <ul style="list-style-type: none"> • delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale di ciascun paziente e dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale; • del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP); • dei programmi per l'individuazione e l'intervento precoce delle psicosi; 		doc	

	<ul style="list-style-type: none"> • delle linee guida e delle procedure relative ai percorsi di assistenza e cura specifici; • dei percorsi di assistenza differenziati connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e degli interventi in età evolutiva; <ol style="list-style-type: none"> 2. Vengono elaborati, ad ogni verifica, report analitici con attivazione di eventuali azioni correttive che prevedano, ove necessario, forme di comunicazione continua con il DSM inviante; 3. Nella cartella del paziente sono monitorate periodicamente le diverse aree dell'intervento riabilitativo attraverso strumenti standardizzati, che registrano le modifiche nelle condizioni cliniche, nei bisogni e dinamiche relazionali al fine di determinare il risultato delle cure e la pianificazione del proseguimento della cura o della dimissione; 4. Vi è evidenza della rivalutazione e della revisione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), con il coinvolgimento del paziente e dei familiari, quando è rilevato un cambiamento delle condizioni o della diagnosi del paziente (i riscontri sono registrati all'interno della cartella clinica); 5. Vi è evidenza del controllo e del monitoraggio del trattamento farmacologico e degli effetti collaterali derivanti dall'uso di psicofarmaci. 			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei documenti e delle fasi seguenti: <ol style="list-style-type: none"> a. protocolli, linee guida e procedure per la valutazione iniziale dei pazienti; b. processi per la gestione del Progetto Terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) e dei percorsi di cura e per la tracciabilità delle attività all'interno della documentazione sanitaria; c. trasferimento delle informazioni all'interno del processo di cura; d. procedure operative definite; e. politica per la promozione della salute; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli 		doc	

	effetti desiderati.			
2. PASSAGGIO IN CURA (CONTINUITA' ASSISTENZIALE)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso (anche nell'ambito della Carta dei Servizi): <ol style="list-style-type: none"> a. Procedure per cooperare con altri servizi/strutture della rete; b. Procedure per garantire la continuità assistenziale dei pazienti e il coordinamento delle cure, nonché per determinare i pazienti da sottoporre a follow-up, che prevedano la verifica dell'appropriatezza dei trasferimenti e delle dimissioni dei pazienti/ospiti e del corretto trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna; c. Procedure per documentare i casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi), al fine di rilevare e recuperare eventuali "drop out" ("persi di vista", interessati dall'interruzione non concordata del servizio); d. Procedure per garantire l'assistenza primaria ai pazienti/ospiti (anche quelli 14-21 anni); e. Procedure che prevedano l'integrazione dei progetti dei pazienti (anche per la fascia d'età 14-21 anni) con i servizi territoriali, le istituzioni scolastiche e i datori di lavoro (in caso di pazienti lavoratori), in accordo con il DSM (nelle osservazioni ci sono indicazioni per l'applicabilità). 		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza dell'attuazione delle procedure sopraindicate (fase 1); 2. Sono pianificate - secondo tipologie e periodicità definite - attività di rivalutazione/controllo dei pazienti da sottoporre a follow-up; 3. Nel caso di complicanze non gestibili in loco, l'organizzazione garantisce, utilizzando una specifica procedura condivisa, il trasporto del paziente ad una struttura ospedaliera di riferimento (con possibilità di ricovero) situata ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze. 		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del monitoraggio periodico dell'applicazione dei processi, dei protocolli e delle linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti e il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei 		doc	

	<p>pazienti e del follow-up);</p> <p>2. E' documentato l'esito del monitoraggio, nonché delle rivalutazioni e dei controlli dei pazienti sottoposti a follow-up (secondo le periodicità pianificate) e, in relazione al recupero di eventuali "drop out", dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi).</p>			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità, nonché individuate ed implementate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale, passaggio in cura, dimissioni e follow-up;</p> <p>2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p>		doc	
3. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>1. L'organizzazione ha definito gli indicatori chiave per valutare la qualità dell'attività clinico-assistenziale-riabilitativa svolta e del PTRP, compresa la sua coerenza con il PTI;</p> <p>2. Tali indicatori tengono conto della scienza e dell'evidenza (linee guida Evidence Based Medicine e Evidence Based Nursing).</p>		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza dell'utilizzo degli indicatori definiti per la valutazione della qualità dell'attività clinico-assistenziale-riabilitativa svolta e del PTRP.		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<p>1. Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione:</p> <p>a. del grado di conformità delle attività al PTRP, ai protocolli e alle linee guida <i>Evidence Based Medicine</i> e <i>Evidence Based Nursing</i> secondo quanto previsto dalle procedure adottate (ad es. monitoraggio dei tempi, delle modalità e dei contenuti della presa in carico, della valutazione iniziale e del piano di trattamento, della continuità assistenziale e dimissione, in accordo con gli obiettivi stabiliti);</p> <p>b. della performance clinico-assistenziale/riabilitativa, dalla presa in carico alla dimissione;</p> <p>2. Vi è evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, <i>near miss</i> manifestati durante l'episodio di cura;</p> <p>3. Vi è evidenza, in termini di efficacia ed affidabilità,</p>		doc	

	dell'aggiornamento dei sistemi di misura degli esiti, della performance clinica e della qualità dei programmi terapeutico-riabilitativi.			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità e, con specifiche azioni correttive, vengono aggiornati i sistemi di misura degli esiti, della performance clinica, della qualità dei programmi terapeutico-riabilitativi (in termini di efficacia ed affidabilità); 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. 		doc	
4. MODALITA' DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SOCIO-SANITARIA E SOCIO-ASSISTENZIALE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha formalizzato e diffuso: <ol style="list-style-type: none"> a. una procedura (condivisa con il DSM) che descriva, ai fini dell'accesso alla documentazione socio-sanitaria e socio-assistenziale del paziente: <ul style="list-style-type: none"> - le modalità e i termini per la richiesta e il rilascio della documentazione, con particolare riferimento all'ambito di applicazione (es. trasferimento, dimissione, decesso, ecc.); - le regole in materia di <i>privacy</i> e riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione socio-sanitaria/socio-assistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; b. una procedura che descriva le modalità di valutazione della qualità della documentazione socio-sanitaria e socio-assistenziale indicata al requisito 1 del presente criterio/fattore di qualità. 		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1; 2. E' presente, per ciascun paziente, una cartella (da aggiornare periodicamente), contenente le informazioni che lo riguardano in relazione a: presa in carico, valutazione sociale, assistenza e continuità assistenziale, prestazioni erogate e terapie farmacologiche, nonché elementi di rischio. 		doc	
FASE 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della 		doc	

MONITORAGGIO	<p>valutazione effettuati dall'organizzazione sui seguenti aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. rispetto delle regole per la gestione della documentazione e dei tempi per l'accesso alla documentazione socio-sanitaria/socio-assistenziale; b. qualità della documentazione socio-sanitaria/socio-assistenziale del paziente indicata al requisito 1, che consenta la tracciabilità degli elementi che caratterizzano le fasi di presa in carico e continuità assistenziale, nonché il relativo programma terapeutico-riabilitativo. 			
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità, nonché individuate ed implementate specifiche azioni per il miglioramento: <ul style="list-style-type: none"> a. della politica relativa alla privacy e alla riservatezza delle informazioni contenute nella documentazione socio-sanitaria e socio-assistenziale; b. della sicurezza nell'accesso e nella tenuta dei dati contenuti nella documentazione socio-sanitaria/socio-assistenziale, compresa la loro integrità e il rispetto dei tempi di accesso; c. della gestione e della qualità della documentazione socio-sanitaria/socio-assistenziale; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. 		doc	

FATTORE/CRITERIO 2 – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”.

1. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI (COMPRESO RISCHIO CLINICO ED EVENTI AVVERSI)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<ol style="list-style-type: none">1. E' presente ed è stato formalizzato un documento (documento di valutazione dei rischi), che prevede:<ul style="list-style-type: none">- la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per identificare e valutare i rischi;- una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati;- le modalità di comunicazione con gli stakeholder (portatori di interesse) e la gestione dei relativi contenziosi;2. Il DVR (documento di valutazione dei rischi) approvato dalla Direzione prevede la definizione di obiettivi specifici e misurabili e contempla:<ol style="list-style-type: none">a. ruoli, responsabilità e risorse impiegate;b. monitoraggio e verifiche;c. formazioned. prevenzione e controllo almeno dei seguenti rischi:<ol style="list-style-type: none">I. infezioni correlate all’assistenza;II. sindrome da immobilizzazione;III. cadute dei pazienti;IV. intossicazione da farmaci;V. atti aggressivi;VI. rischio di autolesioni;VII. rischio suicidio;VIII. rischio fughe;3. L’organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per:<ul style="list-style-type: none">- identificare/segnalare/analizzare near miss, eventi sentinella ed eventi avversi (compresa la prima gestione in loco delle complicanze);- adottare eventuali azioni correttive;		doc	

	- comunicare agli utenti e/o familiari gli eventi avversi.			
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio, con particolare riferimento a: <ol style="list-style-type: none"> a. corretta identificazione del paziente; b. esecuzione delle principali manovre strumentali previste; c. corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività; d. gestione e cura dei pazienti ad alto rischio; e. gestione di situazioni d'emergenza-urgenza psichiatrica e trasferimento del paziente in idonea struttura; 2. Vi è evidenza della messa in atto del DVR (per sicurezza operatori, pazienti/ospiti e ambiente). 		doc	
FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti; 2. Vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione incluse quelle individuate dall'OMS, dei processi e delle procedure ad alto rischio (l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio); 3. Vengono predisposti report sul monitoraggio dei rischi considerati nel DVR. 		doc	I rischi sono quelli indicati alla lettera d. del punto 2 del requisito 1 della fase 1 del presente fattore/criterio.
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, vengono valutate le priorità nonché adottate specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		doc	
2. STRATEGIE SISTEMATICHE DI COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E SVILUPPO DI COMPETENZE		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1 DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso procedure per la partecipazione e il coinvolgimento degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico.		doc	
FASE 2 IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico.		doc	

FASE 3 MONITORAGGIO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica da parte della Direzione dell'implementazione delle buone pratiche e delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività; 2. L'organizzazione effettua il monitoraggio dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento degli utenti e dei familiari/<i>caregiver</i> e valuta il grado di partecipazione dei pazienti e dei familiari/<i>caregiver</i> ai processi di gestione del rischio clinico. 		doc	
FASE 4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni correttive; 2. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati. 		doc	