

LISTA DELLE EVIDENZE DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI

**REQUISITI DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI
NON AUTOSUFFICIENTI
(ARTICOLO 1, COMMA 3)**

PREMESSA

La presente lista delle evidenze ha lo scopo di specificare e chiarire i requisiti per l'accreditamento dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti.

Il percorso di accreditamento è un percorso volto al miglioramento della qualità dei servizi offerti e per tale motivo, le spiegazioni ed esemplificazioni riportate nel presente documento costituiscono evidenze minime e, pertanto, i valutatori saranno liberi di effettuare osservazioni ulteriori volte al miglioramento dei processi e dei servizi offerti.

Il manuale si basa sulla tabella dei requisiti per l'accreditamento di cui all'allegato A del regolamento.

LEGENDA

Il manuale è diviso in **sezioni**:

- Requisiti strutturali, tecnologici e gestione delle tecnologie
- Organizzazione e direzione della struttura
- Sistemi informativi
- Risorse umane, standard assistenziali, formazione
- Organizzazione e realizzazione del servizio: processi, linee guida, procedure
- Presa in carico degli utenti
- Comunicazione, informazione e consenso
- Valutazione e gestione del rischio e degli eventi avversi correlati alle prestazioni sociosanitarie e promozione della sicurezza
- Valutazione e miglioramento della qualità
- Valutazione e soddisfazione, modalità di prevenzione e gestione dei disservizi
- Governo clinico e sicurezza delle cure
- Gestione della documentazione sociosanitaria

Per ogni requisito presente in ogni sezione è specificato:

- **N**: numero identificativo del requisito
- **Requisito**: obiettivo da raggiungere e verificare
- **E**: indicazione se il requisito in oggetto è considerato essenziale oppure no
- **Evidenze**: ciò che si deve andare a controllare per la verifica del possesso del requisito o del raggiungimento del livello richiesto

REQUISITI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

N.	Requisito	E	Evidenze
REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E GESTIONE DELLE TECNOLOGIE			
SR1	Il Servizio dispone di una adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna e finiture dei locali atte a consentire il facile orientamento spaziale degli utenti		Durante la visita degli spazi interni ed esterni è presente apposita segnaletica per facilitare l'orientamento degli utenti e visitatori. La segnaletica deve essere semplice, localizzata in punti ben visibili, con caratteri e dimensioni tali da poter essere letti anche da coloro con problemi di vista, con un buon contrasto rispetto allo sfondo. Presenza nell'ingresso principale della struttura di una planimetria che indichi in modo chiaro e semplice la distribuzione degli spazi nel Servizio.
SR2	Negli ambienti è garantita una temperatura non inferiore a 20° C nella stagione invernale e non superiore a 28° C nella stagione estiva.		Il termostato centralizzato o i termostati delle stanze della struttura sono impostati: - per la stagione estiva a una temperatura inferiore a 28°C - per la stagione invernale a una temperatura superiore a 20°C In assenza di termostato centralizzato, o di termostato nelle stanze, è possibile verificare, in relazione alla stagione del sopralluogo, che nelle stanze sia garantita una temperatura che rispetti i suddetti parametri.
SR3	Il Servizio ha adottato un piano per il monitoraggio periodico degli interventi necessari a garantire la sicurezza nel rispetto delle leggi e dei regolamenti di settore		Il Servizio prevede un piano di monitoraggio periodico degli interventi da attuare per garantire la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi e dei regolamenti di settore. Il piano deve riportare almeno le seguenti informazioni: - breve descrizione degli impianti soggetti a verifica periodica - data dell'ultima verifica effettuata - data entro cui effettuare la verifica successiva Il piano delle scadenze da monitorare secondo norma di legge riguarda almeno i sistemi antincendio, messa a terra, gruppo elettrogeno (se presente), ascensori (se presenti).
SR4	Il personale è formato e coinvolto per la sicurezza del servizio e dell'ambiente di lavoro		Il personale partecipa periodicamente ai corsi sulla sicurezza nell'ambiente di lavoro calibrati al tipo di struttura e all'impiego del singolo secondo le scadenze previste dalla normativa di settore (D.lgs. 81/2008). Il servizio monitora le scadenze previste attraverso la tenuta e aggiornamento di appositi registri/scadenzari.
ORGANIZZAZIONE E DIREZIONE DEL SERVIZIO			
SR5	Il Servizio ha adottato un documento di pianificazione strategica del servizio, coerente con le scelte della programmazione sociosanitaria dell'ambito territoriale di riferimento		Il documento di pianificazione strategica del servizio esplicita gli obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie e sociosanitarie, in coerenza con la visione, la missione e i valori dell'organizzazione (anche in riferimento ai documenti costitutivi dell'ente), nonché con gli indirizzi indicati negli atti di programmazione sociosanitaria adottati dalle Aziende sanitarie e dagli Ambiti dei SSC del territorio di riferimento.

SR6	Il Servizio ha adottato un piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità)		Nel piano annuale delle attività è indicata l'assegnazione dei budget per le attività da svolgere finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di qualità. Vengono definite le responsabilità per il raggiungimento degli obiettivi annuali. Il piano è adottato e aggiornato annualmente.
SR7	Il Servizio ha definito le modalità e gli indicatori utili alla verifica annuale degli obiettivi indicati nella pianificazione e loro sistema di utilizzo		Il piano annuale delle attività definisce per ogni obiettivo il relativo indicatore per misurare il raggiungimento degli standard prefissati. Sono definite le modalità di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati.
SR8	Il Servizio promuove attività di integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio e partecipa a modelli di continuità assistenziale		Il Servizio partecipa attivamente alla rete dei servizi presenti sul territorio e promuove la costante e reciproca comunicazione per favorire la continuità assistenziale degli utenti. A tal fine, il Servizio definisce le modalità per la partecipazione alla rete dei servizi assistenziali presenti sul territorio o dispone di accordi, protocolli o altri documenti che ne danno evidenza (ad es.: reti cure palliative e terapia del dolore, rete cure sicure, altre reti che contemplino l'integrazione con Azienda sanitaria e SSC, adesione a PDTA, ecc.)
SR9	Il Servizio ha identificato una figura di coordinamento e collegamento con l'Azienda sanitaria e con gli altri servizi del territorio per garantire la costante e reciproca comunicazione e favorire la continuità assistenziale	E	Requisito già valutato ai fini dell'accreditamento provvisorio. Al momento della visita in loco verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.
SR10	Il Servizio utilizza un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle Aziende Sanitarie, garantisce il lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe multidisciplinare		Il Servizio adotta modalità di lavoro secondo le logiche dell'équipe multidisciplinare. Sono definite la composizione delle équipe, nonché le modalità di passaggio delle informazioni/consegne e frequenza delle riunioni.
SR11	Il Servizio ha redatto e aggiornato, in caso di variazione, la Carta dei diritti e dei servizi. Il documento descrive almeno: <ul style="list-style-type: none"> - finalità e principi fondamentali dell'erogazione dei servizi; - modello organizzativo e sistema della responsabilità; - modalità di accesso e di erogazione del servizio; - regole di vita comunitaria; - impegni assunti nei confronti di utenti e familiari/cargiver - servizi offerti e relativi standard di qualità, con evidenza dei servizi posti a carico dell'utente e non ricompresi nella retta; - modalità di tutela e partecipazione dei residenti e dei loro familiari; - descrizione di una giornata tipo delle persone prese in carico con indicazione delle attività svolte per fasce orarie. Il documento deve essere pubblicato sul sito web del Servizio e revisionato periodicamente.	E	Requisito già valutato ai fini dell'accreditamento provvisorio. Al momento della visita in loco verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.
SISTEMI INFORMATIVI			
SR12	Il Servizio ha identificato nell'organigramma un responsabile dei sistemi informativi.		Nell'organigramma del Servizio è prevista e chiaramente identificata (nominativo) la figura del responsabile dei sistemi informativi

SR13	Il Servizio garantisce la raccolta, la tracciatura e la trasmissione informatizzata di dati secondo le disposizioni regionali e nazionali tale da permettere il monitoraggio continuo delle attività.	E	Requisito già valutato ai fini dell'accreditamento provvisorio. Al momento della visita in loco verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.
SR14	Il Servizio ha definito e regolamentato le procedure di accesso agli archivi nel rispetto delle norme in materia di trattamento dei dati.	E	Evidenze documentali già valutate ai fini dell'accreditamento provvisorio. Al momento della visita in loco le procedure sono conosciute e rispettate dal personale. Inoltre, verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.
RISORSE UMANE, STANDARD ASSISTENZIALI, FORMAZIONE			
SR15	Il Servizio ha definito le modalità di sostituzione del personale in caso di assenza		Sono definite le modalità con le quali il Servizio garantisce l'erogazione dei servizi minimi e la copertura dei turni in caso di assenze improvvise non programmabili del personale, ai fini di garantire la sicurezza e la qualità dell'assistenza. Le modalità di sostituzione devono essere formalizzate e applicate nelle pratiche organizzative della struttura.
SR16	Il Servizio ha definito e messo in atto un percorso di inserimento, affiancamento e valutazione per il nuovo personale, compreso il personale volontario e in tirocinio/stage, che tenga conto della complessità organizzativa (servizi offerti, organizzazione della struttura e bisogni degli utenti), della sicurezza e prevenzione del rischio, della umanizzazione.	E	Evidenze documentali già valutate ai fini dell'accreditamento provvisorio. Al momento della visita in loco le procedure sono conosciute e rispettate dal personale. Evidenza documentale cartacea e/o elettronica da consegnare al personale di nuova acquisizione (ad es.: contratti di lavoro e/o regolamenti, organizzazione, tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, tutela della privacy, umanizzazione, ecc.) Inoltre, verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.
SR17	Il Servizio effettua la valutazione dell'efficacia dei programmi di inserimento/affiancamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario.		Vi è evidenza del monitoraggio periodico dell'efficacia dei programmi di inserimento/affiancamento del nuovo personale (ad es.: relazione dei tutor sull'attività di affiancamento, questionari/osservazioni sull'efficacia/gradimento da parte dei neoassunti, attività di ascolto e proposte del personale coinvolto, ecc.). Il Servizio implementa le azioni di miglioramento individuate a seguito dell'attività di monitoraggio, anche attraverso la rimodulazione e riprogrammazione delle attività di inserimento e affiancamento.
SR18	Il Servizio predispose annualmente il piano di formazione-aggiornamento del personale con indicazione del responsabile e evidenza della partecipazione delle persone alle attività formative previste. Il piano di formazione deve prevedere: <ul style="list-style-type: none"> – il monitoraggio delle competenze professionali presenti nella struttura – la rilevazione dei fabbisogni formativi anche attraverso il coinvolgimento degli operatori – la programmazione delle attività formative – la valutazione della soddisfazione e dell'efficacia della formazione 	E	Evidenze documentali già valutate ai fini dell'accreditamento provvisorio. Al momento della visita in loco vi è: Evidenza documentale della partecipazione del personale ai corsi di formazione e aggiornamento previsti dal piano (ad es.: attestati di partecipazione, fogli firme, dossier formativo individuale, ecc.). Evidenza documentale del coinvolgimento del personale nell'espressione dei propri bisogni formativi (ad es.: lettere, convocazioni, verbali di riunioni, ecc.).

	<ul style="list-style-type: none"> - la condivisione delle conoscenze acquisite - la formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione e tecniche strutturate di gestione dei conflitti - lo sviluppo di tematiche relative al miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale. 		Inoltre, verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.
SR19	Il Servizio acquisisce la documentazione comprovante la formazione e l'aggiornamento svolti in relazione all'attività prestata da personale esterno non alle dipendenze dell'ente titolare dell'autorizzazione.		Il Servizio si accerta che il personale non alle sue dirette dipendenze sia adeguatamente formato e aggiornato in relazione all'attività cui è chiamato a svolgere, acquisisce la documentazione comprovante la formazione e l'aggiornamento di questi soggetti qualora questi non partecipino alle attività direttamente programmate dall'ente gestore stesso
ORGANIZZAZIONE E REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO: PROCESSI, LINEE GUIDA, PROCEDURE			
SR20	Il Servizio ha adottato un programma di animazione periodico con attività ricreative e occupazionali, socio-riabilitative e di partecipazione alla vita sociale e di comunità (incluse eventuali uscite dal Servizio).		<p>Il Servizio predispose un programma aggiornato delle attività ricreative, occupazionali e di socializzazione che vengono realizzate (ad es.: laboratori creativi, attività all'aria aperta, pet therapy, musicoterapia, incontro culturali, progetti intergenerazionali, uscite e gite, partecipazione attività organizzate dalla comunità, ecc.), con indicazione per ciascuna tipologia di attività della frequenza di realizzazione.</p> <p>Il Servizio diffonde almeno mensilmente la programmazione delle attività/iniziativa che verranno realizzate nel periodo (ad es.: pubblicazione sul sito web, invio di mail, affissione nella bacheca pubblica nella struttura, ecc.)</p>
SR21	Il Servizio ha adottato un programma periodico di attività motoria e di riattivazione funzionale.		Evidenza documentale di un programma delle attività motorie e di riattivazione funzionale offerte dal Servizio. Il programma viene periodicamente aggiornato tenuto conto dei bisogni dell'utenza.
SR22	Il Servizio ha adottato e reso disponibili le procedure per la prescrizione, la somministrazione, l'approvvigionamento e la conservazione dei farmaci. La procedura indica anche le modalità di smaltimento dei farmaci scaduti o mal conservati.	E	<p>Evidenze documentali già valutate ai fini dell'accREDITAMENTO provvisorio.</p> <p>Al momento della visita in loco le procedure sono conosciute e rispettate dal personale. Inoltre, verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accREDITAMENTO provvisorio.</p>
SR23	Il Servizio ha definito procedure/istruzioni operative per lo svolgimento delle principali attività di supporto: servizi alberghieri, di trasporto, pulizia degli arredi, delle attrezzature e degli ausili.		<p>Evidenza documentale delle procedure /istruzioni operative che il Servizio ha adottato per lo svolgimento delle principali attività di supporto in relazione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servizi alberghieri - Servizi di trasporto - Servizi di pulizia degli arredi, delle attrezzature e degli ausili <p>Nel caso in cui uno o più dei suddetti servizi siano esternalizzati, nel documento devono essere indicate le modalità con le quali tali servizi devono essere garantiti, i soggetti affidatari dei servizi, nonché le modalità con le quali il Servizio effettua il monitoraggio sull'erogazione dei servizi. Le procedure/istruzioni operative adottate dal soggetto affidatario sono allegate al documento o, comunque, sono a disposizione del Servizio.</p>
SR24	Il Servizio ha definito modalità di erogazione delle attività clinico-assistenziali nel rispetto dei valori e delle credenze degli utenti.		Al momento della visita vi è evidenza di prassi organizzative consolidate per la rilevazione delle eventuali esigenze o volontà degli utenti sulla base dei loro valori e delle loro credenze (ad es.: dieta, abbigliamento, cura personale, scelte mediche, DAT, assistenza spirituale agli utenti, ecc.).

			L'erogazione delle attività clinico-assistenziali, per quanto di competenza del Servizio, avviene nel rispetto delle volontà o esigenze espresse dagli utenti.
SR25	Il Servizio ha regolamentato le modalità per garantire la privacy e la riservatezza dell'utente.		Al momento della visita vi è evidenza di prassi organizzative consolidate per tutelare la riservatezza durante l'esecuzione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (es. uso di paraventi, tende, stanze private, ecc.)
PRESA IN CARICO DEGLI UTENTI			
SR26	Il Servizio ha definito modalità per la presa in carico degli utenti e individuato le relative responsabilità.		Evidenza documentale di procedure/protocolli che definiscono le modalità per la presa in carico degli utenti con indicazione delle relative responsabilità (ad es.: tempistiche per la valutazione del bisogno di assistenza, registrazione dell'ingresso e degli eventuali movimenti, modulistica da consegnare all'utente, elaborazione dei PAI, monitoraggio e valutazione continua, ecc.) Al momento della visita vi è evidenza di prassi organizzative consolidate per la presa in carico degli utenti secondo le procedure/protocolli definiti.
SR27	Il Servizio ha definito modalità di accoglienza che tengano in considerazione la gestione dell'impatto emotivo dell'utente e dei familiari al momento dell'ingresso		Al momento della visita vi è evidenza di prassi organizzative che tengono in considerazione l'impatto emotivo che l'ingresso in struttura può comportare per l'utente e la sua famiglia (ad es.: colloqui conoscitivi con utente e famiglia prima dell'ingresso, personalizzazione degli spazi anche con oggetti personali, inserimento graduale, orari di visita flessibili, ecc.)
SR28	<p>Il Servizio ha definito una procedura per la definizione, l'attuazione, la valutazione e la riformulazione periodica del Piano di assistenza individuale (PAI) per ogni utente. Il PAI deve essere redatto entro 45 giorni dall'accoglimento dell'utente e riformulato almeno ogni 6 mesi.</p> <p>La procedura di definizione e adeguamento del PAI deve comprendere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutazione multidimensionale e/o di funzionalità attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni dell'ospite • identificazione dei problemi e delle risorse; • definizione degli obiettivi, dei risultati attesi e dei tempi per il loro raggiungimento; • individuazione dell'operatore referente del PAI; • registrazione dell'equipe che ha partecipato alla stesura del PAI; • informazione e coinvolgimento dell'utente e/o della famiglia nella definizione del PAI; • modalità per garantire la presa visione dei PAI da parte di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale; • formalizzazione del PAI, con la descrizione delle attività specifiche, dei tempi indicativi di realizzazione, della frequenza e della responsabilità degli interventi; • la realizzazione di attività di verifica sul PAI (procedure, tempi e strumenti); • ridefinizione degli obiettivi sulla base dei risultati della valutazione. 		<p>Il Servizio ha adottato una procedura scritta sulle modalità per la definizione, l'attuazione, la valutazione e la riformulazione del Piano di assistenza individuale (PAI).</p> <p>Il documento deve contenere almeno le indicazioni previste dal requisito SR28.</p> <p>Al momento della visita si verifica su un campione di utenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la presenza di un PAI redatto e aggiornato secondo le tempistiche previste; - il PAI è a disposizione del personale che eroga l'assistenza; - il PAI è contenuto nel fascicolo socio-sanitario dell'utente. - è individuato nominativamente un operatore referente (case manager)
COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE E CONSENSO			
SR29	Il Servizio si è dotato di un sito web nel quale devono essere pubblicate almeno le seguenti informazioni/documenti:	E	Requisito già valutato ai fini dell'accreditamento provvisorio.

	<ul style="list-style-type: none"> • descrizione del Servizio • descrizione dei servizi erogati. • struttura organizzativa con indicazione dei livelli di responsabilità e coordinamento • modalità di accesso, trasferimenti e dimissioni • rette praticate con descrizione delle regole di pagamento, dei servizi ricompresi nella retta e di quelli non inclusi con evidenza dei costi aggiuntivi • contratto di accoglienza • carta dei Servizi e regolamento interno 		Al momento della visita in loco verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.
SR30	Sono presenti, oltre il consenso informato, modalità documentate per fornire informazioni con sistematicità sulle condizioni cliniche e i trattamenti previsti, al fine di consentire la partecipazione attiva dell'utente e della famiglia nelle scelte clinico-assistenziali e nei percorsi di cura.		Il Servizio, per quanto di competenza, si dota di procedure per l'informazione e il coinvolgimento, sia dell'utente che della sua famiglia, nei percorsi assistenziali (ad es.: coinvolgimento nella stesura del PAI, ecc.)
SR31	Tutto il personale deve portare un cartellino che ne permetta l'univoca identificazione personale e per qualifica.		All'interno del Servizio ogni operatore è facilmente identificabile grazie a un cartellino, che riporta il nominativo e la qualifica professionale, il quale è indossato in ogni momento durante il turno di servizio.
VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO E DEGLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALLE PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA			
SR32	Il Servizio ha adottato e diffuso un programma per la prevenzione dei rischi, con l'identificazione di settori, pratiche, procedure e processi potenzialmente rischiosi per utenti, operatori e visitatori, almeno per quanto riguarda cadute, lesioni da pressione, utilizzo di farmaci, rischio infettivo.	E	Evidenze documentali già valutate ai fini dell'accreditamento provvisorio. Al momento della visita in loco le note informative con le indicazioni dei rischi potenziali sono disponibili per utenti, visitatori e operatori (ad es.: affissione di idonei cartelli/segnaletiche nei punti individuati come a rischio potenziale, invio di mail informative, ecc.) Inoltre, verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.
SR33	Il Servizio ha stabilito e diffuso le modalità per il monitoraggio degli eventi avversi e adottato un sistema di segnalazione.		Il Servizio ha adottato un sistema di monitoraggio degli eventi avversi e di segnalazione (ad es. Scheda di segnalazione degli eventi sentinella del Ministero della Salute, schede di segnalazione del sistema di <i>incident reporting</i> con la registrazione degli eventi avversi e <i>near miss, root cause analysis, significant event audit, ecc.</i>).
SR34	Gli eventi avversi sono analizzati al fine di ridurre il rischio al minimo accettabile, in una logica gestionale proattiva e i risultati sono comunicati agli operatori.		Vi è evidenza di prassi organizzative che prevedono l'utilizzo di metodi di analisi degli eventi avversi al fine di ridurre il rischio al minimo accettabile e, in una logica gestionale proattiva (ad esempio con la produzione di un report periodico, anche annuale, sulle caratteristiche delle segnalazioni) vi è evidenza della condivisione dei risultati dell'attività di monitoraggio e gestione del rischio con gli operatori (ad es.: diffusione di un report ai dipendenti)
SR35	Il Servizio implementa le raccomandazioni della rete di Cure Sicure inerenti il proprio settore di attività.		Al momento della visita vi è evidenza del rispetto delle raccomandazioni della rete di Cure Sicure relative al proprio settore di attività.
VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ			
SR36	Il Servizio ha designato un Responsabile della qualità con potere di attivare programmi di miglioramento della qualità.	E	Requisito già valutato ai fini dell'accreditamento provvisorio.

			Al momento della visita in loco verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.
SR37	Il Servizio ha approvato e diffuso un piano, almeno triennale, per il miglioramento della qualità che individua l'ordine di priorità dei processi da monitorare e delle attività di miglioramento da implementare e specifica obiettivi, responsabilità, risorse, tempi ed indicatori di verifica.	E	Evidenze documentali già valutate ai fini dell'accreditamento provvisorio. Al momento della visita in loco il piano di miglioramento della qualità è conosciuto e rispettato. Verrà verificato il raggiungimento dell'obiettivo/degli obiettivi indicato/i nel piano di miglioramento della qualità. Inoltre, verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.
SR38	Il piano di miglioramento della qualità è sottoposto periodicamente, almeno ogni tre anni, a revisione (coerenza, svolgimento, risultati, costi, ecc.).		Evidenza della revisione almeno triennale del piano di miglioramento della qualità sulla base del monitoraggio del piano in vigore, dei risultati ottenuti, dei costi sostenuti e della coerenza dello stesso con gli obiettivi che la direzione si prefigge.
SR39	Sono presenti report relativi alle attività di valutazione e delle azioni di miglioramento intraprese a seguito della valutazione		Evidenza documentale di reportistica dove viene dato conto dell'attività di valutazione (ad es.: verbali di riunioni, audit, documenti di analisi inerenti alla qualità del servizio e/o prestazioni, ecc.), nonché delle ulteriori azioni di miglioramento che vengono stabilite a seguito della valutazione.
SR40	Il Servizio ha adottato modalità esplicite per la comunicazione dei risultati della qualità del servizio alle parti interessate interne ed esterne (es. utenti, familiari/caregiver, operatori e servizi territoriali)		Evidenza di prassi organizzative per la comunicazione dei risultati della qualità del servizio a tutte le parti interessate, sia interne che esterne, attraverso modalità esplicite (ad es.: condivisione dei report, invio di newsletter, organizzazione di riunioni, pubblicazione sul sito web, bilancio sociale pubblicato sul sito web, ecc.).
SR41	Il Servizio garantisce la partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione		Evidenza di prassi organizzative che prevedono il coinvolgimento del personale nell'attività di valutazione (ad es.: possibilità di sottoporre osservazioni scritte, possibilità di effettuare segnalazioni, partecipazione al gruppo di valutazione di rappresentanti degli operatori, riunioni, audit, ecc.).
VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE, MODALITÀ DI PREVENZIONE E GESTIONE DEI DISSERVIZI			
SR42	Il Servizio mette in atto attività periodiche di monitoraggio e valutazione finalizzata a migliorare il livello di motivazione e benessere del personale e del clima organizzativo, favorire l'adesione ai cambiamenti organizzativi e prevenire fenomeni di burn out del personale, anche attraverso l'uso di strumenti volti a: <ul style="list-style-type: none"> • misurare la soddisfazione, • raccogliere le segnalazioni/i suggerimenti degli operatori • facilitare momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità I risultati dei monitoraggi e delle valutazioni sono diffusi al personale.		Evidenza di prassi organizzative di attività periodiche di monitoraggio e valutazione per migliorare il livello di motivazione e benessere del personale e del clima organizzativo, favorire l'adesione ai cambiamenti organizzativi e prevenire fenomeni di burn out del personale (ad es.: attività di ascolto del personale, moduli di segnalazione di problematiche, questionari di gradimento e per il miglioramento del clima aziendale, ecc.) Evidenza della diffusione dei risultati dell'attività di monitoraggio e valutazione a tutto il personale (ad es.: condivisione dei report, invio di mail, organizzazione di riunioni, intranet, ecc.).
SR43	Il Servizio promuove attività di sostegno per gli operatori finalizzate al mantenimento delle motivazioni e delle attitudini personali, delle conoscenze e capacità relazionali, orientate alla prevenzione del fenomeno del burn out.		Evidenza di prassi organizzative per il sostegno degli operatori al fine del mantenimento delle motivazioni e delle attitudini personali, delle conoscenze e capacità relazionali, prevenzione del fenomeno del burnout (ad es.: attività di team building, cene sociali, attività di counselling, corsi per la crescita personale, ecc.).

SR44	Il Servizio ha stabilito le modalità di ascolto degli utenti e dei loro familiari attraverso la raccolta di segnalazioni/reclami, l'ascolto attivo e/o la valutazione della soddisfazione degli utenti.		Evidenza di prassi organizzative consolidate per l'ascolto degli utenti e dei loro familiari attraverso la raccolta di segnalazioni/reclami, l'ascolto attivo e/o la valutazione della soddisfazione degli utenti (ad es.: indagini di <i>customer satisfaction</i> , colloqui con familiari e utenti, riunioni di gruppo, questionari di gradimento del servizio, ecc.). Il Servizio ha reso note agli utenti e ai loro familiari le modalità con le quali possono segnalare eventuali suggerimenti o reclami (ad es.: indicazioni sul sito web, informativa invio mail, carta dei servizi, ecc.).
SR45	Il Servizio utilizza e diffonde i dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate.		Evidenza di prassi organizzative per l'analisi dei dati raccolti sulla base dei suggerimenti/reclami e della valutazione della soddisfazione del servizio al fine di migliorare la qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate. I risultati delle analisi vengono diffusi (ad es.: riunioni, sito web, newsletter, ecc.) e sono considerati ai fini del riesame delle attività e della revisione del piano di miglioramento della qualità.
GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE			
SR46	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani.	E	Evidenze documentali già valutate ai fini dell'accreditamento provvisorio. Al momento della visita in loco le procedure sono conosciute e rispettate dal personale. La procedura è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento. Nei luoghi dove si esegue l'igiene delle mani sono affissi poster nonché sono presenti dispenser di soluzione alcolica per utenti e visitatori. Inoltre, verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.
SR47	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano un'adeguata prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in conformità al programma regionale.	E	Evidenze documentali già valutate ai fini dell'accreditamento provvisorio. Al momento della visita in loco le procedure sono conosciute e rispettate dal personale. La procedura è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento. Inoltre, verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.
SR48	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano un'adeguata prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione.	E	Evidenze documentali già valutate ai fini dell'accreditamento provvisorio. Al momento della visita in loco le procedure sono conosciute e rispettate dal personale. La procedura è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento. Inoltre, verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.
SR49	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione del rischio di danno all'utente a seguito di caduta accidentale.	E	Evidenze documentali già valutate ai fini dell'accreditamento provvisorio.

			<p>Al momento della visita in loco le procedure sono conosciute e rispettate dal personale. La procedura è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento.</p> <p>Inoltre, verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.</p>
SR50	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale.	E	<p>Evidenze documentali già valutate ai fini dell'accreditamento provvisorio.</p> <p>Al momento della visita in loco le procedure sono conosciute e rispettate dal personale. La procedura è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento.</p> <p>Vi è evidenza della presenza, nel fascicolo sociosanitario dell'utente, della valutazione del rischio nutrizionale. Se presente un rischio nutrizionale è presente, sempre nel fascicolo sociosanitario dell'utente, un piano nutrizionale parametrato al rischio valutato</p> <p>Inoltre, verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.</p> <p>Al momento della visita. Al momento della visita la procedura è conosciuta e rispettata, nonché è rispettato il piano nutrizionale della persona a rischio.</p>
SR51	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano la valutazione e la gestione del rischio di disidratazione.	E	<p>Evidenze documentali già valutate ai fini dell'accreditamento provvisorio.</p> <p>Al momento della visita in loco le procedure sono conosciute e rispettate dal personale. La procedura è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento.</p> <p>Vi è evidenza della presenza, nel fascicolo sociosanitario dell'utente, della valutazione del rischio di disidratazione. Se presente un rischio di disidratazione è presente, sempre nel fascicolo sociosanitario dell'utente, un programma di idratazione che prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - programmazione oraria delle somministrazioni dei liquidi; - programma quantitativo dei liquidi da assumere; - documentazione scritta dei liquidi introdotti. <p>Inoltre, verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.</p>
SR52	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi, auto etero lesivi, da non adesione al trattamento e da volontà di allontanamento della persona assistita in linea con le raccomandazioni regionali per il superamento della contenzione.	E	<p>Evidenze documentali già valutate ai fini dell'accreditamento provvisorio.</p> <p>Al momento della visita in loco le procedure sono conosciute e rispettate dal personale. La procedura è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento.</p> <p>Inoltre, verranno realizzate le verifiche sulle eventuali osservazioni effettuate dai valutatori come riportato nella nota di trasmissione del decreto di accreditamento provvisorio.</p>
SR53	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la somministrazione dell'ossigenoterapia.		<p>Evidenza documentale di una procedura scritta per la somministrazione dell'ossigenoterapia. Il documento è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento.</p>

			Al momento della visita la procedura è conosciuta e rispettata.
SR54	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona portatrice di tracheostomia.		Evidenza documentale di una procedura scritta per la gestione della persona portatrice di tracheostomia. Il documento è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento. Al momento della visita la procedura è conosciuta e rispettata.
SR55	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona portatrice di PEG o SNG.		Evidenza documentale di una procedura scritta per la gestione della persona portatrice di PEG o SNG. Il documento è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento. Al momento della visita la procedura è conosciuta e rispettata.
SR56	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona portatrice di stomie a scopo evacuativo o per eliminazione urinaria.		Evidenza documentale di una procedura scritta per la gestione della persona portatrice di stomie a scopo evacuativo o per eliminazione urinaria. Il documento è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento. Al momento della visita la procedura è conosciuta e rispettata.
SR57	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona con ausili per l'incontinenza.		Evidenza documentale di una procedura scritta per la gestione della persona con ausili per l'incontinenza. Il documento è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento. Al momento della visita la procedura è conosciuta e rispettata.
GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SOCIOSANITARIA			
SR58	Per ogni utente è presente un fascicolo sociosanitario contenente la raccolta delle informazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali di ciascun utente	E	Evidenza della presenza di un fascicolo sociosanitario per ogni utente che contiene le informazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali di ognuno (verifica a campione).
SR59	Il Servizio ha adottato istruzioni operative per la compilazione del fascicolo sociosanitario comprensiva almeno di: <ul style="list-style-type: none"> • modalità di redazione, aggiornamento, conservazione e verifica della documentazione; • definizione dei tempi di accesso alla stessa da parte di utenti e/o familiari/caregiver, previo consenso da parte dell'interessato; • identificazione delle responsabilità per la compilazione; • modalità di trasmissione dei dati clinico-assistenziali al fine di assicurare la gestione interdisciplinare e interprofessionale dei bisogni sanitari e assistenziali. 		Evidenza documentale di istruzioni operative per la compilazione del fascicolo sociosanitario comprensiva almeno delle informazioni previste dal requisito SR59. Le istruzioni sono a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e accessibile in ogni momento.
SR60	Nel fascicolo sociosanitario sono disponibili almeno le seguenti informazioni: <ul style="list-style-type: none"> • valutazione multidimensionale e/o di funzionalità attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione, dimissione e con periodicità stabilita; • anamnesi ed esame obiettivo; 		Evidenza che nel fascicolo sociosanitario di ogni utente sono inserite almeno le informazioni previste dal requisito SR60, per quanto di competenza del Servizio (verifica a campione).

	<ul style="list-style-type: none"> • prescrizioni diagnostiche; • prescrizioni e somministrazioni terapeutiche; nel caso di prescrizione di psicofarmaci riscontro del coinvolgimento del Servizio inviante; • annotazioni sul decorso clinico dell'utente ed eventuali rivalutazioni dello stesso; • reazioni avverse; • valutazione del dolore, la terapia antalgica e il risultato antalgico; • registrazione, all'accoglimento e durante il soggiorno nel Servizio, di dati di tipo assistenziale; • registrazione di interventi valutativi ed assistenziali di tutti i professionisti ed operatori dell'equipe multiprofessionale e multidisciplinare; • consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto; • referti/rapporti di consulenza. 		
SR61	<p>Il Servizio ha formalizzato e messo in atto modalità per garantire la privacy, la riservatezza delle informazioni, la gestione della sicurezza nell'accesso e la tenuta della documentazione sociosanitaria, compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia.</p>		<p>Evidenza documentale di una procedura che definisce le modalità per garantire la privacy, la riservatezza delle informazioni, la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sociosanitaria, compresa la loro integrità nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia di privacy e protezione dei dati. Al momento della visita la procedura è conosciuta e rispettata.</p>
SR62	<p>Il Servizio ha adottato e attua procedure per il monitoraggio e la verifica periodica della completezza nella compilazione del fascicolo.</p>		<p>Evidenza di prassi organizzative per il monitoraggio e la verifica periodica della completezza nella compilazione del fascicolo sociosanitario (ad es.: verifiche a campione con cadenza prestabilita dei fascicoli sociosanitari con supporto di check-list per la verifica, verifica di tutti i fascicoli sociosanitari dei nuovi ingressi alla fine del mese, ecc.).</p>