

# MANUALE DI ACCREDITAMENTO



*Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo  
Per Adolescenti "DIRE E FARE"*

**PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale**



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
FROSINONE



**Il presente documento è stato approvato da Consiglio di Amministrazione in data 26/04/2021 ed è composto da n. 55 pagine inclusa la presente**

Il presente Manuale è stato redatto da Proxenia soc. cooperativa sociale, in base al DCA 469/2017, la riproduzione vietata. Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte del presente documento può essere riprodotta o diffusa con un mezzo qualsiasi, fotocopie, microfilm o altro, senza il consenso scritto da parte di Proxenia soc. cooperativa sociale

Il Manuale di Accredimento Istituzionale sarà revisionato, quando necessario, con la pubblicazione su [www.ecostudiroma lazio.it](http://www.ecostudiroma lazio.it) di nuove edizioni o di aggiornamenti.



*Centro Diurno Terapeutico  
Riabilitativo Per Adolescenti  
"DIRE E FARE" - Frosinone*  
PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale



Dott.ssa Schiara Rita –Direttore Sanitario- NPI  
Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo  
Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura

REV 01  
Settembre 2021

~ 2 ~

## **MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017**

*Implementazione Disposizioni Regionali di cui al decreto del commissario ad ACTA 7 NOVEMBRE 2017 N U00469 – (modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al d.lgs. 502/92. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica e integrazione del DCA 8/2011. ADOZIONE DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO in attuazione del patto per la salute 2010-2012)*

### **DISPOSIZIONI DI CUI ALLA SEZIONE 1 e 2C DELL'ALLEGATO AL DECRETO N U00469/2017**

#### **“STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI SEMIRESIDENZIALI PER PERSONE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA “**

## **C O N T E N U T I**

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI, CRITERI, DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE DISPOSTI DALLA REGIONE CON IMPLEMENTAZIONE E DESCRIZIONE RELATIVE EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI POSTE IN ESSERE DALL'ENTE PER L'ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E CONTROLLO QUALITATIVO E QUANTITATIVO DEL SERVIZIO OFFERTO, NONCHÉ SISTEMI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO PER LA MISURA DEI LIVELLI DI EFFICACIA/EFFICIENZA.



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

### SOMMARIO

Premessa, metodologia e principi	PAG	4
Struttura del Manuale	"	7
Sez. 1 -1° Criterio - ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE	"	7
1.1 – Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione.....	"	8
1.2 – Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	"	9
1.3 – Definizioni delle responsabilità	"	10
1.4 – Modalità e strumenti di gestione delle informazioni...	"	11
1.5 – Modalità e strumenti di gestione valutazione della qualità.....	"	12
1.6 – Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi	"	13
Sez. 1 -2° - Criterio ASPETTI STRUTTURALI	"	14
2.1 – l' idoneità all'uso delle strutture	"	14
2.2 – la gestione e manutenzione delle attrezzature	"	16
Sez. 1 -3° - Criterio COMPETENZE DEL PERSONALE	"	17
3.1 - La programmazione e la verifica della formazione necessaria...	"	17
3.2 – L'inserimento e addestramento di nuovo personale	"	19
Sez. 1 -4° - Criterio COMUNICAZIONE	"	20
4.1 – Le modalità di comunicazione interna alla struttura.....	"	21
4.2 – Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione .....	"	22
4.3 – Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ....	"	22
4.4 – Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali...	"	24
4.5 – Le modalità di ascolto dei pazienti	"	26
Sez. 1 -5° - Criterio PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE	"	27
5.1 – Progetti di miglioramento	"	27
5.2 – Modalità di valutazione delle tecnologie	"	29
5.3 – Adozione di iniziative di innovazione tecnico – professionale e organizzativa	"	30
Sez. 2C - 1° Criterio - PRESTAZIONE E SERVIZI	"	30
1.1 – La tipologia delle prestazioni e dei ....	"	31
1.2 – La presenza di percorsi assistenziali ....	"	32
1.3 – Le modalità di gestione della documentazione sanitaria socio-assistenziale che deve....	"	42
Sez. 2C - 2° CRITERIO - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	"	44
2.1 – Approccio alla pratica clinica ....	"	44
2.2 – Promozione della sicurezza	"	46
2.3 – Programma per la gestione del rischio...	"	48
2.4 – Strategie sistemiche di comunicazione .....	"	49
Sez. 2C - 3° CRITERIO - UMANIZZAZIONE	"	51
3.1 – Programmi per l'umanizzazione e la ....	"	51
DISPOSIZIONI GENERALI PER L'ACCREDITAMENTO PER TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE	"	55



Centro Diurno Terapeutico  
Riabilitativo Per Adolescenti  
"DIRE E FARE" - Frosinone  
PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale



Dott.ssa Schiara Rita –Direttore Sanitario- NPI  
Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo  
Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura

REV 01  
Settembre 2021

~ 4 ~

## **MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017**

### **PREMESSA METODOLOGIA E PRINCIPI**

I recenti indirizzi europei (Direttiva 2011/24/EU del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011), volti a promuovere, all'interno di un comune quadro di riferimento politico e strategico, meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri per garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di qualità nell'ambito dell'Unione e l'eterogeneità dei modelli di accreditamento regionali, hanno fatto nascere in Italia l'esigenza di rivedere la normativa in materia di accreditamento al fine di definire un quadro comune di riferimento e ridisegnare uno strumento in armonia con i mutati scenari nazionali ed internazionali.

In particolare, per dare attuazione alle disposizioni contenute nell'articolo 7 del Patto per la Salute 2010-2012, è stato attivato un Tavolo per la revisione della normativa per l'accreditamento (TRAC), costituito da rappresentanti dello stesso Ministero, di Agenas, delle Regioni e Province Autonome. Il Tavolo ha predisposto, in ottemperanza al predetto mandato, un "Disciplinare tecnico" che individua, sulla base di precedenti studi sulle dimensioni della qualità, il quadro concettuale di riferimento ed identifica una serie di criteri/fattori di qualità e requisiti ritenuti essenziali per i modelli di accreditamento regionali. Il disciplinare predisposto dal Tavolo e approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome, con specifica Intesa in data 20 dicembre 2012 (Rep. n. 259/CSR), recepita dalla Regione Lazio con DCA 54 del 9 febbraio 2015, individua 8 Criteri e 28 requisiti essenziali per l'accreditamento "istituzionale", mentre con l'Intesa rep. N. 32/CSR del 19.2.2015, recepita dalla Regione Lazio con DCA 490 del 21.10.2015, è stato individuato un crono-programma di adeguamento ai predetti requisiti.

Sulla scorta di tali indicazioni, il Programma Operativo 2016-2018 per la Regione Lazio approvato con DCA 52/2017, mira ad identificare il percorso dell'accreditamento come strumento per il raggiungimento di una qualità garantita delle prestazioni sanitarie per tutta la popolazione.

E' maturata, quindi, l'esigenza di realizzare un nuovo manuale per l'accreditamento anche delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera, che si affianca ai requisiti per l'Assistenza domiciliare di cui al DCA 283/2017, che tiene conto delle indicazioni derivanti dal 'Disciplinare tecnico' e delle più avanzate esperienze internazionali disponibili. Il manuale riflette le dinamiche in continua evoluzione nell'ambito della lungodegenza e della riabilitazione, recependo da un lato, l'impostazione derivante dal disciplinare tecnico per la revisione della normativa sull'accreditamento, e dall'altro, le tematiche emergenti in tema di qualità e sicurezza delle cure individuate attraverso un'analisi dettagliata della letteratura scientifica. Il manuale per l'accreditamento delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

della formazione, in modo tale che ogni cittadino, in relazione ai propri bisogni socio-sanitari/assistenziali e sociali, possa ricevere gli atti diagnostici e terapeutici, che garantiscano i migliori risultati in termini di salute, in rapporto allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, al minor costo possibile e ai minori rischi iatrogeni, per conseguire la soddisfazione dei bisogni rispetto agli interventi ricevuti e agli esiti conseguiti.

L'obiettivo del manuale è quello di creare ed incentivare il miglioramento attraverso un modello che permetta alle organizzazioni di effettuare una valutazione continua dell'applicazione dei requisiti consentendo attraverso la misurazione e l'analisi di innescare processi di miglioramento continuo.

Con l'Accreditamento Istituzionale la Regione intende raggiungere l'obiettivo di garantire ai cittadini di usufruire di prestazioni socio-sanitarie/assistenziali e sociali di qualità.

Perché ciò sia possibile è necessario che le strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera si dotino di modelli organizzativi e gestionali di riconosciuta validità. E' per tale motivo che la Regione ha individuato nei principi, nei metodi e negli approcci del 'Disciplinare Tecnico' il principale riferimento.

Fondare la propria organizzazione sulla base dei requisiti del manuale di accreditamento delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera vuol dire orientare la gestione ai seguenti principi:

- ❖ Miglioramento continuo della qualità: i requisiti sono definiti in maniera tale da favorire e incoraggiare le strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera a migliorare la qualità e la performance delle prestazioni erogate;
- ❖ Centralità dei pazienti: i requisiti fanno riferimento alla centralità del paziente e alla continuità delle cure;
- ❖ Pianificazione e valutazione della performance: i requisiti valutano l'efficienza dell'organizzazione;
- ❖ Sicurezza: i requisiti includono interventi per migliorare e garantire la sicurezza dei pazienti, dei visitatori e del personale;
- ❖ Evidenza scientifica: i requisiti sono frutto del consenso nazionale e dell'analisi della letteratura internazionale.

### I requisiti per l'accREDITAMENTO

L'obiettivo prioritario è quello di costruire un sistema che fornisca un livello di prestazioni qualitativamente elevato e che sia in grado di orientare lo svolgimento delle attività al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini. A tal proposito il manuale si propone di definire un modello per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture caratterizzato dai seguenti elementi:



Centro Diurno Terapeutico  
Riabilitativo Per Adolescenti  
"DIRE E FARE" - Frosinone  
PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale



Dott.ssa Schiara Rita –Direttore Sanitario- NPI  
Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo  
Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura

REV 01  
Settembre 2021

~ 6 ~

## **MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017**

Centralità del cittadino/paziente - è una componente essenziale nell'erogazione delle cure e dell'assistenza:

Comprendere continuamente i bisogni e le aspettative dei cittadini/pazienti;

Garantire che i cittadini/pazienti siano considerati una priorità per il servizio;

Guardare all'erogazione dei servizi in base alla prospettiva dei pazienti.

Leadership - fornisce evidenza della responsabilità e del committenti a fornire cure eccellenti, miglioramento della qualità e delle performance:

Garantire strategie, sistemi e metodi per raggiungere l'eccellenza;

Inspirare e motivare i professionisti a lavorare, sviluppare, migliorare e ad essere innovativi e creativi.

Cultura del miglioramento - l'organizzazione deve continuamente protendere al miglioramento della qualità dell'assistenza:

Comprendere che cercare modalità per migliorare è una componente essenziale del lavoro quotidiano;

Raggiungere e mantenere livelli di qualità che soddisfano i bisogni dei cittadini/pazienti;

Monitorare i risultati delle cure per migliorare l'assistenza dei cittadini/ pazienti.

Evidenza dei risultati delle prestazioni - gli outcome sono individuati ed utilizzati per valutare la qualità delle cure e dell'assistenza:

Dati e informazioni danno evidenza dei processi implementati e dei risultati;

La valutazione degli outcome consente il miglioramento della qualità e delle performance di un'organizzazione.

Propensione alle buone pratiche – le organizzazioni debbono confrontare le loro performance con altre organizzazioni o imparare dagli altri e applicare nel proprio contesto i principi delle buone pratiche:

Imparare da gli altri per aumentare l'efficacia e l'efficienza dei processi;

Migliorare gli outcome per i cittadini/pazienti.

### **La finalità è quella di:**

Migliorare la qualità dei percorsi dei pazienti;

Migliorare lo sviluppo della qualità clinica, organizzativa e della qualità percepita da parte dei pazienti;

Rendere visibile la qualità del sistema sanitario regionale.

Il nostro Manuale operativo, riprendendo interamente le disposizioni Regionali, e implementando i Criteri stabiliti dalla Regione stessa, descrive con chiarezza le evidenze operative documentali riferite alla nostra struttura socio-sanitaria semiresidenziale di Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo per Adolescenti 12-17 anni.



## **MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017**

Il Manuale di Accreditamento quindi sarà organizzato rispondendo ai Fattori/Criteri/Requisiti, documenti di indirizzo e pianificazione stabiliti dalla Regione ,implementazione, monitoraggio, miglioramento della qualità, riportando accanto per ogni criterio/requisito, le evidenze operative documentali poste in essere dall'Ente, per l'organizzazione, gestione e controllo qualitativo e quantitativo del servizio offerto nonché sistemi di valutazione e monitoraggio per la misura dei livelli di efficacia/efficienza. Lo strumento operativo consente di monitorare l'operato nelle sue varie fasi, attraverso l'utilizzo della modulistica relativa.

### **STRUTTURA DEL MANUALE**

La struttura del Manuale è organizzata seguendo fedelmente i criteri della **SEZIONE 1 e SEZIONE 2C "STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI PER PERSONE CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE"**; pertanto seguirà fedelmente la descrizione riportata dalla DCA 469/2017 con indicazioni in apposita colonna delle evidenze operative e documentali predisposte dall'Ente.

#### **SEZIONE 1 – OGNI STRUTTURA CHE EROGA PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRAOSPEDALIERA**

##### **1° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRAOSPEDALIERA.**

**"Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria/assistenziale e sociale, una gestione dell'organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un' ottica di miglioramenti continuo"**

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale extraospedaliera residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

- 1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto;
- 1.2 Programmi di sviluppo di reti assistenziali;
- 1.3 Definizioni delle Responsabilità;
- 1.4 Modalità di strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi, documenti e dati);
- 1.5 Modalità di strumenti di valutazione della qualità dei servizi;
- 1.6 Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi.



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

### 1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto;

Fattore/criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria/assistenziale, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo	EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI
Requisito 1	Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	
Campo di applicazione	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera. Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche (Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo per Adolescenti 12-17anni)	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	<b>a)</b> L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- un documento in cui sono chiaramente identificati la visione, la missione e i valori dell'organizzazione;</li> <li>- una politica di riferimento per una gestione secondo criteri di eticità, a garanzia dell'erogazione di assistenza sanitaria nel rispetto di norme legali, etiche, finanziarie e commerciali e a tutela del paziente e dei suoi diritti;</li> <li>- un piano annuale delle attività e della qualità dell'organizzazione in cui sono definiti gli obiettivi di attività e di qualità che si basano sull'analisi della domanda di servizi/prestazioni del territorio e prevedono per la loro formulazione il coinvolgimento del personale dei rappresentanti della comunità di riferimento e le associazioni di tutela del malato.</li> </ul>	Carta della Qualità dell'Ente dove sono declinati: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Vision e Mission ecc...</u></li> <li>- <u>Codice Etico</u></li> <li>- <u>Sintesi Linee guida , principi ispiratori CDT</u></li> <li>- <u>Relazione dettagliata, funzionamento gestionale (progetto complessivo linee guida operatività)</u></li> <li>- <u>Piano annuale delle attività</u></li> </ul>
<b>FASE 2</b> Implementazione	<b>a)</b> Vi è evidenza della applicazione di una politica di riferimento per una gestione della struttura sanitaria secondo criteri di eticità e che tale politica supporta il processo decisionale; <b>b)</b> esiste evidenza dell'esplicitazione da parte della Direzione degli obiettivi e delle funzioni ad esse assegnate; <b>c)</b> l'organizzazione sviluppa relazioni con altre organizzazioni e servizi territoriali per il raggiungimento degli obiettivi strategici e organizzativi ed esiste evidenza delle relazioni implementate ( <b>es. verbali degli incontri effettuati</b> ).	<u>Lettera Comunicazione ai Responsabili e agli Operatori delle linee guida di cui sopra:</u> Carta dei Servizi – Organigramma – <u>Lettera Comunicazione dei Compiti e Ruoli degli Operatori impegnati nel CDT</u> <u>Lettera di Collaborazione e Adesione diversi Servizi (Manifestazione d'interesse) – Registro riunioni</u>
<b>FASE 3</b> Monitoraggio	<b>a)</b> L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione del piano annuale delle attività e della qualità e monitora il raggiungimento degli obiettivi di budget, attività, qualità e costi; <b>b)</b> vi è evidenza della revisione periodica del piano annuale delle attività e della qualità sulla base degli indirizzi regionali e sulle indicazioni provenienti dal personale operante nella struttura, dai rappresentanti della comunità di riferimento e dalle associazioni di tutela dei pazienti ; <b>c)</b> i risultati del monitoraggio delle attività vengono condivisi attraverso modalità definite all'interno e all'esterno dell'organizzazione (direzione, personale, territorio,	Modulo specifico di <u>Monitoraggio e Valutazione</u>  <u>Modulo Revisione Periodica</u>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	organizzazione di cittadini).	
<b>FASE 4</b> Miglioramento della Qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua e implementa specifiche azioni per migliorare l'efficacia dei <b>piani annuali di attività e qualità</b> ; sulla base delle analisi effettuate, la Direzione esegue una valutazione delle priorità, Direzione individua e implementa per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati. <b>( vedi requisito 5.1 – Sez. 1)</b>	Valutazione Qualità con moduli predisposti che comprende anche il <u>Piano di Miglioramento</u> a seguito della <u>Valutazione degli indicatori di Misura</u> e delle risultanze ottenute.

### 1.2 Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali;

<b>Fattore/ criterio 1</b>	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria/assistenziale, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 1.2</b>	Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera.	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso documenti di indirizzo (protocolli, linee-guida, procedure, programmi di ricerca e formazione) che descrivono: i collegamenti funzionali ed il funzionamento delle reti assistenziali che vedono l'integrazione tra struttura socio sanitaria/assistenziale e sociale e territorio e promuove modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione attraverso lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture sanitarie, territoriali e ambulatoriali; il funzionamento di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n.38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". b) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso: - accordi con servizi esterni per la gestione dei servizi di laboratorio qualora non siano disponibili all'interno dell'organizzazione; - accordi e protocolli con servizi esterni per la gestione dei servizi di diagnostica per immagini, qualora non siano disponibili all'interno dell'organizzazione;	N.A.



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	un protocollo formalizzato per il raccordo della struttura con la struttura ospedaliera di riferimento.	
<b>FASE 2</b> Implementazione	a) 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.	N.A.
<b>FASE 3</b> Monitoraggio	La direzione effettua una raccolta dati sulla realizzazione e il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione all'interno delle reti assistenziali e valuta la corrispondenza tra quanto pianificato e attuato; b) vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte dell'organizzazione dell'applicazione delle procedure di gestione della richiesta di esami, dei campioni e dei servizi esterni di laboratorio e sono presenti i report di valutazione della qualità dei servizi di laboratorio; c) vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte dell'organizzazione dell'applicazione delle procedure per la gestione dei servizi esterni di diagnostica per immagini e anestesia e sono presenti i report di valutazione della qualità dei servizi di diagnostica per immagini.	N.A.
<b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema delle reti assistenziali, delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, nonché delle reti tra centri regionali; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 - Sezione 1).	N.A.

### 1.3 Definizione delle Responsabilità;

<b>Fattore/criterio 1</b>	<b>Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza sociosanitaria e sociale, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 1.3</b>	<b>Definizioni delle responsabilità</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	Sono presenti, sono stati formalizzati, approvati e diffusi Documenti che descrivono la struttura di governo dell'organizzazione, gli strumenti e documenti di delega delle responsabilità, i processi e le relative responsabilità	Modulistica (Performance) Carta Qualità Carta dei Servizi



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	clinico/assistenziali-organizzative, le modalità di valutazione delle performance dei vari responsabili e dirigenti, insieme ai relativi criteri di valutazione.	
<b>FASE 2</b> Implementazione	<b>a)</b> Vi è evidenza della comunicazione della struttura di governo, da parte della Direzione, all'intera organizzazione. <b>b)</b> incontri periodici, modalità di lavoro degli organi di governo/commissioni e vi è evidenza dei verbali, dei provvedimenti, delle azioni individuate dagli stessi e la loro implementazione.	Comunicazione agli Operatori impegnati : <u>Carta dei Servizi</u> , <u>Organigramma</u> , <u>compiti e ruoli</u> . <u>Registri riunioni</u> , <u>assemblee equipe</u>
<b>FASE 3</b> Monitoraggio	<b>a)</b> Vi è evidenza di una valutazione dell'efficacia dell'organizzazione, delle responsabilità e degli strumenti di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura.	Il CdA approva eventuali deleghe al bisogno come da norma Cooperativa. ( <u>modulo valutazione annuale efficacia organizzazione</u> )
<b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità	<b>a)</b> Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati annuali responsabilità e del sistema di delega; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi <b>requisito 5.1 – Sezione 1</b> ).	Modulo specifico per la <u>Rilevazione delle criticità</u> e <u>Piano di Miglioramento</u>

### 1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi, documenti e dati);

<b>Fattore/ criterio 1</b>	<b>Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria e sociale, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 1.4</b>	<b>Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)</b>	Sistema di governo
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha definito e approvato procedure e linee guida per la gestione della sicurezza nell'accesso tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia di privacy, riservatezza e sicurezza delle informazioni.	GDPR – nuove direttive sul trattamento dei dati personali
<b>FASE 2</b> Implementazione	<b>a)</b> Vi è evidenza della integrazione dei sistemi informativi al fine di: 1 - documentare la tracciatura dei dati sanitari e la gestione e la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario; 2 - raccogliere i dati per il supporto alle attività di pianificazione e controllo; 3- collaborare al debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS); 4-garantire la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa; 5-garantire informazioni tempestive e trasparenti nella erogazione delle prestazioni sanitarie. <b>b)</b> Il personale è stato formato e applica le procedure e le	Nella Cartella Clinica dell'ospite del CDT, e nel sistema di registrazione di tutte le attività svolte, sono rintracciabili tutti i dati richiesti da qualsiasi ente.  Modulo gestione Liste d'attesa



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	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.	Modulo di gestione della documentazione per la riservatezza
<b>FASE 3</b> Monitoraggio	L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.	Revisione periodica delle informazioni contenute nei registri affidate alle Riunioni del Gruppo di Lavoro ( <i>Equipe</i> ) a cura del Supervisore
<b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità	<b>a)</b> Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei sistemi informativi, della sicurezza nell'accesso ai dati e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, affidabilità, accuratezza e validità (sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne); ne valuta la corretta applicazione nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia.	GDPR – nuove direttive sul trattamento dei dati personali

### 1.5 Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi;

<b>Fattore/criterio 1</b>	<b>Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria e sociale, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 1.5</b>	<b>Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	<b>a)</b> Vi è evidenza della formalizzazione e diffusione: 1-di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi) per la valutazione degli esiti, della qualità delle prestazioni e dei servizi che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti, ecc.). Il monitoraggio deve includere almeno: a- qualità clinico/assistenziale, b- qualità organizzativa, c- qualità percepita; 2-delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi.	Procedura per la misurazione degli esiti trattamento monitoraggio e verifica risultati



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<p><b>FASE 2</b> Implementazione</p>	<p><b>a)</b>Le attività di valutazione degli esiti e della qualità delle prestazioni e dei servizi sono documentate (es.: la presenza di report quantitativi o qualitativi sulla qualità dei servizi) con periodicità almeno annuale e vi è evidenza della partecipazione del personale a tali attività; <b>b)</b> vi è evidenza che l'organizzazione ha comunicato i risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed ha attivato il confronto con le parti interessate (es.: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza); <b>c)</b> vi è evidenza nelle strutture socio sanitarie/assistenziali e sociali dell'impiego di strumenti scientificamente riconosciuti per la misurazione della aderenza alle linee guida; <b>d)</b> i pazienti e le organizzazione di cittadini sono incoraggiati a fornire giudizi sulle cure ricevute e vi è evidenza della loro partecipazione alla valutazione della qualità dei servizi.</p>	<p>Modulo di valutazione qualità con standard e indicatori definiti.</p> <p>Report Qualità dei servizi</p> <p>Reattivi psicologici Colloqui clinici e valutazione equipe multidisciplinare e di gruppo.</p> <p>Modulo reclami Modulo Valutazione soddisfazione utente</p>
<p><b>FASE 3</b> Monitoraggio</p>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza del controllo e dell'adeguamento periodico del sistema di valutazione della qualità del servizio in maniera tale da garantire la validità e l'affidabilità di tutte le misure nel tempo e delle strategie di comunicazione dei dati.</p>	<p>Monitoraggio qualità</p> <p>Indicatori di misura</p>
<p><b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità</p>	<p><b>a)</b>Sulla base dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, ed individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento delle performance (<b>vedi requisito 5.1 – Sezione</b>). Vi è evidenza dell'efficacia delle azioni correttive eventualmente messe in atto.</p>	<p>La verifica periodica della Qualità prevede azioni correttive</p>

### 1.6 Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi

<p><b>Fattore/criterio 1</b></p>	<p>Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria e sociale, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</p>	<p><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<p><b>Requisito 1.6</b></p>	<p>Le modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi</p>	
<p><b>Campo d'applicazione</b></p>	<p>Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera</p>	
<p><b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione</p>	<p><b>a)</b>L'organizzazione ha definito e approvato procedure/attività per la raccolta, la tracciabilità, l'analisi dei disservizi, la comunicazione verso l'esterno e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento.</p>	<p>Allegato 11 – Carta dei servizi (reclami e disservizi)</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<b>FASE 2</b> Implementazione	<b>a)</b> Vi è evidenza della messa in atto di un processo di comunicazione esterna alimentato anche dalle informazioni provenienti dai cittadini attraverso la gestione delle segnalazioni e dei reclami; <b>b)</b> vi è evidenza delle attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi . (es.: errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente).	Modulo Reclami Comunicazione Servizi sanitari affini (TSMREE) Verbali <span style="float:right">equipe</span> multidisciplinare Modulo reclami e disservizi
<b>FASE 3</b> Monitoraggio	<b>a)</b> Vi è l'evidenza di un'attività di monitoraggio: - per verificare la frequenza delle diverse Tipologie di disservizi all'interno dell'organizzazione; - per valutare l'efficacia della strategia di comunicazione esterna.	-Modulo Monitoraggio tipologie disservizi -Valutazione del grado di soddisfazione degli ospiti del CDTR
<b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità	<b>a)</b> Vi è l'evidenza di un processo documentato per l'individuazione, lo sviluppo e il monitoraggio di azioni correttive, preventive e di miglioramento finalizzate all'eliminazione o alla riduzione della ricorrenza del disservizio; <b>b)</b> è presente l'evidenza di modifiche apportate all'organizzazione derivate dalla valutazione dei disservizi e della valutazione della loro efficacia.	Modulo azioni di implementazione e miglioramento

### 2° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – ASPETTI STRUTTURALI

**"L'organizzazione cura la 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"**

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenziano:

2.1 L'idoneità all'uso delle strutture

2.2 La gestione e manutenzione delle attrezzature

**2.1 L'idoneità all'uso delle strutture**

<b>Fattore/criterio 2</b>	<b>L'organizzazione cura la 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</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 2.1</b>	<b>L'idoneità all'uso delle strutture</b>	
<b>Campo</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

d'applicazione		
<p><b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione</p>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza della pianificazione e l'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l' idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;</p> <p><b>b)</b> l'organizzazione ha formalizzato e diffuso il programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture che consente di individuare le situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e di gestire le aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti);</p> <p><b>c)</b> l'organizzazione ha approvato i piani per la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.</p>	<p>Verifiche – idoneità eseguite da ASL competente.</p> <p>Procedura Rischio clinico e ambientale (contratto Rifiuti speciali- manutenzione estintori .....)</p> <p>PAICA – PARM Procedure Eventi Avversi</p> <p>Piano annuale della formazione aziendale.</p>
<p><b>FASE 2</b> Implementazione</p>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza della messa in atto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- del piano per il potenziamento</li> <li>- sostituzione di impianti, edifici</li> <li>- componenti necessari a garantire l' idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;</li> <li>- del programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture,</li> <li>- dell'individuazione delle situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e della gestione delle aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti).</li> </ul> <p><b>b)</b> Vi è evidenza delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.</p>	<p>Verifiche Asl competente</p> <p>Procedura Rischio clinico e ambientale (contratto Rifiuti speciali- manutenzione estintori .....)</p> <p>Piano annuale della formazione aziendale</p>
<p><b>FASE 3</b> Monitoraggio</p>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza del periodico monitoraggio:</p> <p><b>1</b> - dell'implementazione e dell'efficacia del programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture; <b>2</b> - del livello di sicurezza della struttura ed è presente la documentazione delle attività di monitoraggio dell' idoneità della struttura e della valutazione dei dati raccolti in relazione a incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi della struttura (ad es. report, audit ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza della struttura).</p> <p><b>b)</b> Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro,</p>	<p>Monitoraggio e valutazione periodica</p> <p>Report trimestrali</p> <p>Formazione aziendale</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	anche attraverso dimostrazioni, simulazioni e altri metodi idonei opportunamente documentate.	Prevenzione e Sicurezza
<b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità	<p><b>a)</b> Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità ed efficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- del programma di gestione del rischio ambientale;</li> <li>- delle attività di pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento</li> <li>- sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura;</li> <li>- delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro; Controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi <b>requisito 5.1 - Sezione 1</b>).</li> </ul>	<p>Piano annuale delle attività</p> <p>Piano annuale della formazione/aggiornamento</p> <p>Miglioramento della Qualità pertinente ad hoc in seguito a fasi di monitoraggio</p>

### 2.2 La gestione e manutenzione delle attrezzature

<b>Fattore/ criterio 2</b>	<b>L'organizzazione cura la 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</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 2.2</b>	<b>La gestione e manutenzione delle attrezzature</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	<p><b>a)</b> L'organizzazione ha definito e formalizzato un piano in cui siano esplicitate e programmate le azioni per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature in particolare delle attrezzature biomedicali e lo stesso è stato comunicato ai diversi livelli operativi;</p> <p><b>b)</b> l'organizzazione ha definito, formalizzato diffuso una procedura per l'identificazione di tutte le attrezzature utilizzate</p>	<p>Il CDT non dispone di attrezzature biomedicali.</p> <p>Esiste un inventario di tutte le attrezzature presenti ed utilizzate.</p>
<b>FASE 2</b> Implementazione	<p><b>a)</b> E' presente un inventario aggiornato di tutte le attrezzature utilizzate;</p> <p><b>b)</b> Vi è evidenza che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, risulta a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione;</p> <p><b>c)</b> in relazione alle singole attrezzature vi è evidenza della presenza della documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione;</p> <p><b>d)</b> vi è evidenza dell'implementazione del programma di formazione sull'utilizzo delle attrezzature che prevede periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo,</p>	<p>Inventario attrezzature</p> <p>Libretto istruzioni macchine e/o attrezzature presenti nel CDT. Procedura</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi	
<b>FASE 3</b> Monitoraggio	<p><b>a)</b>Vi è evidenza del monitoraggio periodico da parte della Direzione della corretta gestione delle attrezzature in particolare delle attrezzature biomedicali; <b>b)</b>il piano di manutenzione (straordinaria e preventiva) è valutato, rivisto e aggiornato con una periodicità annuale;</p> <p><b>c)</b>l'organizzazione verifica periodicamente le conoscenze del personale utilizzatore delle modalità di utilizzo dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali per mezzo di dimostrazioni, simulazioni e altri metodi idonei. Tale verifica è documentata</p>	<p>Non vi sono attrezzature soggette a monitoraggio periodico</p> <p>Manutenzione periodica degli estintori.</p> <p>Apparecchi elettromedicali non presenti</p>
<b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità	<p><b>a)</b>Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità e dell'efficacia: <b>1-</b> del programma di gestione e manutenzione delle attrezzature; <b>2</b> - dei programmi di formazione e addestramento per l'utilizzo, la manutenzione e la dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.</p> <p>Le organizzazioni controllano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi <b>requisito 5.1 – Sezione 1</b>).</p>	<p>Procedura Eventi avversi</p> <p>Formazione/addestramento a Operatori del Centro Diurno Terapeutico</p>

### 3° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – COMPETENZE DEL PERSONALE

**"L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività"**

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenziano:

3.1- La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica

3.2 - L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale

**3.1 - La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica**

<b>Fattore/ criterio 3</b>	<b>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</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 3.1</b>	<b>La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica</b>	



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

Campo d'applicazione	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<p><b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione</p>	<p><b>a)</b> L'organizzazione ha formalizzato e diffuso: - un documento in cui è individuato un responsabile per la formazione del personale; - un Piano di formazione, aggiornamento e addestramento annuale, formulato con il coinvolgimento degli operatori, che prevede: - definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi attraverso varie fonti informative, programmazione delle attività formative; - le strategie per la gestione e lo sviluppo delle risorse umane che comprenda, oltre alla formazione e l'aggiornamento del personale competenze professionali specifiche, anche la formazione e l'addestramento su tematiche che riguardano l'introduzione (lavoro in team, comunicazione, relazione) e tematiche per la promozione della salute rivolta ai pazienti, ai loro familiari e al personale. <b>b)</b> L'organizzazione ha definito e formalizzato u il mantenimento delle competenze e un processo per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, studi, formazione, tirocinio, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico, infermieristico e degli altri professionisti sanitari prevedendo un dossier formativo per singolo operatore; <b>c)</b> l'organizzazione ha definito e formalizzato una procedura standardizzata, oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.</p>	<p>Il CdA del 19 Aprile 2021 conferma e approva incarico Esperto per la supervisione e Formazione del personale impegnato.</p> <p>Programmazione annuale delle attività formative e di aggiornamento.</p> <p>Le attività prevedono competenze necessarie per operare nel CDT al meglio.</p> <p>La supervisione che rappresenta l'attività formativa per eccellenza in condizioni di contestualizzazione sul campo delle esperienze.</p> <p><u>Dossier formativo</u> agli atti per tutti i professionisti impegnati.</p>
<p><b>FASE 2</b> Implementazione</p>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza della condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura; <b>b)</b> vi è evidenza che le direzioni delle unità organizzative e il personale partecipano alla programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento ed è documentato il coinvolgimento degli operatori, in accordo con quanto previsto dai documenti di indirizzo; <b>c)</b> vi è evidenza dell'implementazione del programma per il mantenimento delle competenze. Tutto il personale ha un proprio dossier formativo con l'evidenza dei corsi svolti; <b>d)</b> le informazioni sul personale e la formazione</p>	<p>Nel Dossier sono contenuti tutti i livelli prof.li e formativi per ogni singolo professionista acquisiti all'esterno della struttura.</p> <p><u>Procedura</u> specifica per la gestione delle Risorse Umane</p> <p>Nel Dossier e nella procedura</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	conseguita sono documentate per ciascun operatore e vi è evidenza della verifica da parte della direzione delle credenziali (abilitazione, formazione, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico, infermieristico e degli altri professionisti sanitari; <b>e)</b> vi è evidenza dell'applicazione della procedura standardizzata, oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.	sono presenti evidenze operative delle proprie professionalità
<b>FASE 3</b> Monitoraggio	<b>a)</b> Vi è evidenza del monitoraggio dell'implementazione e della valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua aggiornamento e addestramento e della soddisfazione da parte del personale.	Questionario gradimento operatori
<b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità	<b>a)</b> Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della programmazione e della verifica della formazione necessaria e specifica; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi <b>requisito 5.1 – Sezione 1</b> ).	Modulo specifico verifica formazione e competenze

### 3.2 L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale

Fattore/ criterio 3	<i>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</i>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 3.2</b>	<b><i>L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale</i></b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	<b>a)</b> L'organizzazione ha formalizzato l'affiancamento/addestramento del nuovo personale – neo assunto/trasferito compreso il personale volontario; <b>b)</b> l'organizzazione ha approvato e formalizzato: - il processo per la valutazione delle qualifiche dei neo assunti e dell'idoneità al ruolo; - un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale verso i neo assunti, entro il 1° anno.	Procedura specifica per i nuovi assunti  Comunicazione inviata alla ASL competente.  Piano annuale della formazione
	<b>a)</b> Vi è evidenza della messa in atto del piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per i nuovi	Procedura specifica per i



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<p><b>FASE 2</b> Implementazione</p>	<p>addetti del personale - neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario, in maniera da consentire l'esercizio delle proprie funzioni; <b>b)</b> Vi è evidenza della valutazione dell' idoneità al ruolo dei neoassunti e della valutazione delle capacità, delle conoscenze necessarie e dei comportamenti richiesti nel momento in cui il neo assunto comincia ad adempiere alle sue responsabilità lavorative; <b>c)</b>vi è evidenza dell'implementazione del piano di formazione strutturata sul rischio clinico verso i neo assunti entro il 1<sup>o</sup> anno.</p>	<p>nuovi assunti  Modulo per la valutazione e il monitoraggio periodico della formazione dgli operatori e dei risultati raggiunti . .  Piano annuale Formazione</p>
<p><b>FASE 3</b> Monitoraggio</p>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza del monitoraggio periodico da parte della Direzione dell'efficacia dei programmi di orientamento/ inserimento del nuovo personale - neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario.</p>	<p>Modulo per la valutazione e il monitoraggio periodico della formazione dgli operatori e dei risultati raggiunti . .</p>
<p><b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità</p>	<p><b>a)</b>Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei programmi di orientamento e dei piani per l'inserimento dei nuovi addetti; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi <b>requisito 5.1 – Sezione 1</b>).</p>	<p>Modulo per la valutazione livelli efficacia comunicazione interna <u>(Miglioramento Qualità in base alle criticità rilevate)</u></p>

### 4° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – COMUNICAZIONE

*“Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”*

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenzino:

- 4.1 Le modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori
- 4.2 Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori
- 4.3 Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai familiari/caregiver;
- 4.4 Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver
- 4.5 Le modalità di ascolto dei pazienti



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

### 4.1 Le modalità di comunicazione interna alla struttura, che favoriscano la partecipazione degli operatori

Fattore/ criterio 4	"Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento"	EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI
<b>Requisito 4.1</b>	<b>Le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscono la partecipazione degli operatori</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	<p><b>a)</b> La direzione ha definito e formalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i flussi informativi e la reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente;</li> <li>- le modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione.</li> </ul>	<p>Cartella Clinica</p> <p>Sez. PTPR (PEAI)</p> <p>Riunioni Equipe (Registro Verbal Assembly)</p>
<b>FASE 2</b> Implementazione	<p><b>a)</b> Vi è evidenza di documentazione attestante la circolazione e la diffusione delle informazioni compresa la comunicazione e la diffusione a tutto il personale della missione, politiche, piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse (vedi requisito 1.1);</p> <p><b>b)</b> Vi è evidenza della reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente e della relativa diffusione</p> <p><b>c)</b> Vi è evidenza della messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione utilizzando modalità multiple di comunicazione;</p> <p><b>d)</b> Vi è evidenza di momenti sistematici di coordinamento e di integrazione interni all'organizzazione.</p>	<p>Carta della Qualità validata e revisionata annualmente e diffusa attraverso vari canali (bacheca, consegna a mano, invita per posta elettronica) nonché pubblicata sul sito web aziendale</p> <p><u>Modulo Consenso informato, Diritti e Doveri degli ospiti, Regolamento interno.</u></p> <p>Riunioni Equipe (Registro Verbal Assembly)</p>
<b>FASE 3</b> Monitoraggio	<b>a)</b> Vi è evidenza della valutazione da parte della Direzione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura almeno una volta ogni due anni	Modulo specifico per Valutazione biennale
<b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità	<b>a)</b> Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli	<p>-Modulo valutazione annuale livelli efficacia organizzazione</p> <p>-Report clima aziendale</p> <p>-Modulo Valutazione e soddisfazione degli</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	operatori; controlla, inoltre, che le eventuali azioni correttive intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).	operatori . - Modulo azioni di implementazione e miglioramento
--	---	---

### 4.2 Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori.

<b>Fattore/ criterio 4</b>	<b>"Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento"</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 4.2</b>	<b>Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso le modalità che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale.	Modulo Reclami per Operatori
<b>FASE 2</b> Implementazione	a) Vengono implementati e facilitati momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità; b) Vi è evidenza dell'effettuazione di una indagine sulla valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale nell'ultimo triennio e i risultati sono stati presentati alla Direzione e diffusi al personale.	Riunione periodiche bisettimanali Modello soddisfazione Operatori
<b>FASE 3</b> Monitoraggio	a) Vi è evidenza della diffusione e condivisione dei risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale, e della discussione ed analisi dei risultati anche in apposite riunioni con la Direzione.	Report soddisfazione clima aziendale
<b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).	Riunione Equipe multidisciplinare (verbali assemblee equipe)

### 4.3 Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai familiari/caregiver;

	<b>"Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti"</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
--	---	---------------------------------------



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<b>Fattore/ criterio 4</b>	<b>professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento</b>	
<b>Requisito 4.3</b>	<b>Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai familiari/caregiver;</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	<b>a)</b> La Direzione ha definito e formalizzato una procedura: - per l'appropriata modalità di comunicazione con i pazienti e i <b>caregiver</b> ; - per coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia.	<u>Registro visite e colloqui</u> con Familiari / caregiver altri dove possono esprimere ogni perplessità o richiesta modulo dei Medici e Pediatri
<b>FASE 2</b> Implementazione	<b>a)</b> E' presente una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto dicategorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative del collettivo dell'utenza; <b>b)</b> vi è evidenza della presenza di strumenti informativi sintetici (multilingua) da mettere a disposizione dei cittadini; <b>c)</b> vi è evidenza della messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia; <b>d)</b> vi è evidenza dell'informazione ricevuta dal paziente e dai familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza; <b>e)</b> l'organizzazione fornisce le informazioni sulla qualità dei suoi servizi; <b>f)</b> ai pazienti con accessi programmati informazioni in forma scritta su come accedere al servizio del successivo appuntamento; <b>g)</b> vi è evidenza che la comunicazione delle informazioni rivolte ai pazienti e ai familiari/caregiver avviene utilizzando una lingua, metodologia e linguaggio appropriati.	Carta dei servizi  Modulo procedura coinvolgimento Medici di Medicina Generale e Pediatri.  Consenso informato  Carta dei Servizi e Regolamento
<b>FASE 3</b> Monitoraggio	<b>a)</b> Vi è evidenza che la documentazione per l'informazione dell'utenza è revisionata all'organizzazione ad opportuni intervalli e comunque quando sono intervenute variazioni significative; <b>b)</b> viene effettuato il monitoraggio e la valutazione: <b>o</b> della soddisfazione del paziente in relazione alle informazioni fornite dalla organizzazione; <b>o</b> dell'efficacia dei processi di comunicazione delle informazioni ai pazienti e ai familiari-caregiver e dell'accesso ai servizi, anche per mezzo dell'analisi dei reclami/disservizi a queste correlate.	Modulo soddisfazione dell'ospite e dei familiari
<b>FASE 4</b> Miglioramento della	<b>a)</b> Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate e sulla base delle informazioni derivanti dall'analisi	



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

qualità	della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni da fornire ai pazienti ai caregiver; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).	Modulo standard Qualità (miglioramento in base alle criticità).
---------	---	---

### 4.4 Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver

<b>Fattore/ criterio 4</b>	<b>"Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento"</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 4.4</b>	<b>Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	<p><b>a)</b> la Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari al processo di cura;</li> <li>- una procedura per l'informazione partecipata del paziente e dei familiari (rischi e benefici del Trattamento</li> <li>-indagine proposta, alternative disponibili, prima dell'apposizione della firma sul modulo di consenso) e per l'acquisizione del consenso informato;</li> <li>- una politica per la promozione della salute da parte dell'organizzazione in relazione alle maggiori patologie trattate;</li> <li>- un documento ufficiale, condiviso all'interno dell'organizzazione, in cui vengono definite le linee guida sui contenuti del consenso informato.</li> </ul> <p><b>b)</b> Sono state esplicitate, in apposito documento aziendale, metodologie di coinvolgimento attivo dei pazienti e dei familiari, in materia di gestione del rischio clinico.</p>	<p>In Cartella clinica e nel Progetto Riabilitativo Terapeutico accettato dalla Famiglia, sono contenute le evidenze della corretta informazione e del coinvolgimento dei familiari</p> <p>Linee guida patologie</p> <p>Verbali</p> <p>Procedura specifica per il rischio clinico</p>
	<p><b>a)</b> Vi è evidenza della messa in atto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto e</li> </ul>	<u>Diritti e Doveri degli Utenti e della Famiglia</u> , diffuso con tutti gli strumenti a



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<p><b>FASE 2</b> Implementazione</p>	<p>l'educazione ed è documentato il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- procedure per l'informazione del paziente (anche minori) e l'acquisizione del consenso informato prevedendo l'informazione partecipata;</li> <li>- delle metodologie di coinvolgimento attivo dei pazienti e dei familiari, in materia di gestione del rischio clinico;</li> <li>- che i consensi soddisfano i contenuti specificati dalle linee guida definite dall'organizzazione in merito alle modalità di redazione dei consensi.</li> </ul> <p><b>b)</b> Vi è evidenza dell'informazione ricevuta dal paziente e dai familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche e dell'acquisizione del consenso informato prima della partecipazione del paziente ad attività di ricerca clinica, studi clinici e sperimentazioni cliniche.</p> <p><b>c)</b>vi è evidenza dell'addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari;</p> <p><b>d)</b>vi è evidenza della presenza all'interno dell'organizzazione di un elenco delle prestazioni a rischio per le quali è prevista l'acquisizione di un formale consenso informato (es. anestesia/sedazione, diagnostica invasiva, terapie trasfusionali, ecc.);</p> <p><b>e)</b>è presente un modulo ufficiale standardizzato e condiviso di consenso informato recante tutti gli specifici contenuti sopra descritti;</p> <p><b>f)</b>vi è evidenza che l'organizzazione fornisce ai pazienti e ai familiari informazioni su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute.</p>	<p>disposizioni (bacheca) nonché pubblicati sul sito web dell'Ente. Consegnato ai Familiari al momento dell'ingresso dell'ospite minore al CDT.</p> <p>Presente Modulo standardizzato di Consenso informato per il trattamento Terapeutico Riabilitativo.</p> <p>N.A.</p> <p>Formazione aziendale</p> <p>N.A.</p> <p>N.A.</p>
<p><b>FASE 3</b> Monitoraggio</p>	<p><b>a)</b>Vi è evidenza della valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/caregiver;</p> <p><b>b)</b> vi è evidenza della periodica valutazione della qualità delle informazioni ricevute dai pazienti su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute.</p>	<p>Questionario soddisfazione familiari</p> <p>Colloqui clinici (annotazioni C.C.)</p>
<p><b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità</p>	<p><b>a)</b> Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento:</p>	<p>Modulo standard Qualità</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- delle modalità di partecipazione e coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver;</li> <li>- della qualità delle informazioni ricevute dai pazienti</li> </ul> <p>Su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute. Vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p>	
--	--	--

### 4.5 Le modalità di ascolto dei pazienti

<b>Fattore/ criterio 4</b>	<b>"Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento"</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 4.5</b>	<b>Modalità di ascolto dei pazienti</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>Fase 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	<p><b>a)</b> La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- una politica e delle procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti;</li> <li>- modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti e dei familiari/caregiver;</li> <li>- procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti e dei familiari (customer satisfaction).</li> </ul>	<p>Modulo reclami</p> <p>Modulo soddisfazione familiari e utenti</p>
<b>FASE 2</b> Implementazione	<p><b>a)</b> Vi è evidenza della valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti e dei familiari (indagini di customer satisfaction) su almeno il 10% dei pazienti trattati; <b>b)</b> Vi è evidenza della diffusione dei risultati delle indagini di customer satisfaction (e delle eventuali misure di miglioramento adottate o da adottare) sul sito web aziendale;</p> <p><b>c)</b> Vi è evidenza della pubblicazione e diffusione di un report annuale relativo alla gestione dei reclami.</p>	<p>Relazioni semestrali (Consultare sito web)</p> <p>Report annuale reclami</p>
<b>FASE 3</b> Monitoraggio	<p><b>a)</b> Vi è evidenza del monitoraggio dei tempi di risposta ai reclami e del confronto con lo standard definito all'interno della Carta dei Servizi; <b>b)</b> Vi è evidenza della valutazione dell'efficacia da parte della Direzione delle modalità di ascolto dei pazienti e dei familiari/caregiver; <b>c)</b> Vi è evidenza che i dati derivanti dall'analisi dei reclami e dai risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza utenti dei pazienti e dei familiari vengono discussi anche con le organizzazioni per i diritti dei pazienti.</p>	<p><u>Carta dei Servizi</u></p> <p><u>Questionario soddisfazione Utenti</u></p> <p><u>Carta dei Diritti e dei Doveri</u></p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<p><b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità</p>	<p>a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza utenti dei pazienti e dei familiari, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua specifiche aree target e implementano azioni di miglioramento; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p>	<p>Modulo standard Qualità</p>
--	--	--------------------------------

### 5° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - PROCESSI DI MIGLIORAMENTO ED 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"*

Per corrispondere a tale criterio, ogni struttura che eroga prestazioni di assistenza territoriale extra-ospedaliera dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenziano:

- 5.1 Progetti di miglioramento
- 5.2 Modalità di valutazione delle tecnologie
- 5.3 Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa

#### 5.1 Progetti di miglioramento

<p><b>Fattore/ criterio 5</b></p>	<p><b><i>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</i></b></p>	<p><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<p><b>Requisito 5.1</b></p>	<p><b><i>Progetti di miglioramento</i></b></p>	
<p><b>Campo d'applicazione</b></p>	<p>Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera</p>	



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<p><b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione</p>	<p><b>a)</b>La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso a tutto il personale il programma per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione; <b>b)</b>la Direzione ha formalizzato i piani di azione che sono caratterizzati almeno dai seguenti elementi: - obiettivi specifici per ciascun intervento;- cronoprogramma delle attività; - responsabilità; - risorse; - responsabilità e modalità per il monitoraggio degli obiettivi.</p>	<p>Piano annuale con modulo standard da utilizzare per le verifiche sulla Qualità e il monitoraggio delle attività, linee guida e metodologie da seguire in base al progetto terapeutico riabilitativo del CDT diffuso tra tutti gli operatori e discusso in tutte le sedi di lavoro di equipe.</p>
<p><b>FASE 2</b> Implementazione</p>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza che il programma di miglioramento della qualità è integrato al piano di gestione del rischio, alla formazione e alla pianificazione strategica;</p> <p><b>b)</b> vi è evidenza della messa in atto del: 1-programma per il miglioramento della qualità e della implementazione dei piani di azione relativi agli interventi individuati, relativi alle aree prioritarie dove la qualità misurata non raggiunge gli obiettivi prefissati; programma per l'educazione e la formazione di tutto il personale sui temi legati alla qualità e al miglioramento continuo delle prestazioni.</p>	<p>-L'organizzazione complessiva dell'Ente garantisce il controllo dei processi e dei servizi.</p> <p>-Gli standard qualità, la pianificazione del rischio, la formazione e la pianificazione strategica sono sottoposte ad integrazione e confronto nelle riunioni multidisciplinari.</p> <p>-nelle C.C. degli ospiti sono evidenziati obiettivi relativi ai percorsi con riferimento alle aree prioritarie dove sono state riscontrate criticità e il piano annuale della formazione operatori sui temi standard qualità e prestazioni.</p>
<p><b>FASE 3</b> Monitoraggio</p>	<p><b>a)</b>Vi è evidenza che l'efficacia del programma per il miglioramento della qualità viene rivalutata sulla base di una periodicità definita e sulla base dei risultati ottenuti e degli esiti monitorati attraverso l'utilizzo di indicatori;</p> <p><b>b)</b> i risultati legati alla qualità delle prestazioni e agli esiti sono comunicati al personale e ai cittadini e vengono messi a disposizione degli utenti;</p>	<p>Modulo standard Qualità e indicatori di misura necessari per governare i processi periodicamente.</p> <p>La qualità delle prestazioni e i rispettivi esiti sono comunicati al personale/operatori e all'utenza periodicamente</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	<b>c)</b> vi è evidenza della valutazione dell'efficacia dei programmi di educazione e formazione sui temi legati alla qualità e al miglioramento.	in riunioni specifiche.  Modulo/questionario soddisfazione utenti
<b>Fase 4</b> Miglioramento della qualità	<b>a)</b> Sulla base del programma aziendale e dei dati di monitoraggio sono stati individuati specifici piani di azione per il miglioramento della qualità nell'organizzazione. I piani di azione riflettono le priorità dell'organizzazione in base ai risultati conseguiti. Viene verificata l'efficacia dell'applicazione di detti piani di miglioramento.	Modulo valutazione efficacia annuale organizzazione

### 5.2 Modalità di valutazione delle tecnologie

<b>Fattore/ criterio 5</b>	<b><i>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</i></b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 5.2</b>	<b><i>Modalità di valutazione delle tecnologie Esistenza e applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi</i></b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	L'organizzazione ha formalizzato e diffuso procedure per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie attraverso la metodologia propria del HTA. ( <i>Health Technology Assessment - HTA</i> )	L'Ente dispone di attrezzature informatiche (PC) e gestisce con apposita procedura gli atti( <b>ALL 3</b> )
<b>FASE 2</b> Implementazione	<b>a)</b> Vi è evidenza della messa in atto di procedure per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie finalizzate all'adeguamento alle norme tecniche e all'eventuale disponibilità di nuove apparecchiature.	N.A.
<b>FASE 3</b> Monitoraggio	<b>a)</b> Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione dei processi di valutazione delle tecnologie.	N.A.
<b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità	<b>a)</b> Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità ed individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento delle modalità di selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi. Controlla,	N.A.



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati .	
--	--	--

### 5.3. Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa

<b>Fattore/ criterio 5</b>	<b>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</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 5.3</b>	<b>Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	a)La Direzione ha definito e formalizzato procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative.	N.A.
<b>FASE 2</b> Implementazione	a) Vi è evidenza della messa in atto di procedure per la Rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative; b) vi è evidenza del coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative.	N.A.
<b>FASE 3</b> Monitoraggio	Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione.	N.A.
<b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni pe il miglioramento del processo di adozione, realizzazione e valutazione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative e controlla che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).	N.A.

## SEZIONE 2C "STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI PER PERSONE CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE"

### 1° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - 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"



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

1.1 La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati

1.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

1.2.1 Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

1.2.2 Passaggio in cura (continuità assistenziale)

1.2.3 Monitoraggio e valutazione

1.3 La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (GDPR).

### 1.1 La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati

Fattore/criterio 1-2C	<i>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-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i>	EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI
Requisito 1.1 – 2C	<i>Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</i>	
Campo di applicazione	Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche (Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo per Adolescenti 12-17anni)	
FASE 1 Documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha definito e approvato le linee guida per la redazione, la diffusione e le modalità di distribuzione di una <u>Carta dei Servizi</u> che assicuri la piena informazione circa le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, la dotazione organica con le figure prof.li e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/trattamento/dimissione, le modalità di relazione con altre strutture.	Linee guida per la redazione e diffusione della <u>Carta dei Servizi</u> .
FASE 2 Implementazione	a) E' presente e viene diffusa la <u>Carta dei Servizi</u> e il materiale informativo a disposizione dell'utenza.	<u>La Carta dei Servizi</u> , è affissa in bacheca e consegnata agli utenti con apposito modulo sottoscritto.



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

		<p>Publicata su sito dell'Ente; Diffusa nei servizi territoriali</p>
<p><b>FASE 3</b> Monitoraggio</p>	<p>a) Vi è evidenza della periodica rivalutazione da parte dell'organizzazione della struttura della qualità delle informazioni contenute nella <u>Carta dei Servizi</u>, della qualità del materiale informativo a disposizione dell'utenza e dell'efficacia delle modalità di diffusione e distribuzione con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti e del volontariato.</p>	<p>Revisione annuale e/o periodica in funzione di eventuali cambiamenti avvenuti con apposito modulo che verifichi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Livelli di diffusione</li> <li>- Contributo del volontariato locale</li> <li>- Modifiche ed eventuali cambiamenti di variazioni avvenute</li> </ul>
<p><b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità</p>	<p>Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.</p>	<p>Modulo soddisfazione degli utenti sulle informazioni ricevute dalla <u>Carta dei Servizi</u> in funzione anche delle eventuali revisioni periodiche</p>

### 1.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

#### 1.2.1 Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

<p>Fattore/ criterio 1 – 2C</p>	<p><b><i>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 - assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i></b></p>	<p><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<p>Requisito 1.2.1 – 2C</p>	<p>Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti</p>	
<p>Campo d'applicazione</p>	<p>Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)</p>	



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<p><b>FASE1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione</p>	<p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e ----- diffuso: o procedure che definiscono la modalità di accesso, accoglienza e registrazione dell'utente; - procedure e regolamenti per la gestione ----- trasparente delle liste di attesa; - protocolli, linee guida e procedure per la definizione e l'elaborazione di un progetto Terapeutico-Riabilitativo coerente e funzionale con l'indicazione del Centro di Salute Mentale (CSM) inviante; - linee guida e procedure per la valutazione iniziale----- -multidisciplinare e multi professionale delle condizioni, dei bisogni di ciascun paziente, delle abilità e disabilità specifiche, e degli aspetti legati alla vita di relazione per la determinazione della gravità e della complessità del quadro clinico e per la valutazione della compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, ad es. HoNOS, BPRS, FPS, VADO), validati e adottati dalla ---- ---- normativa nazionale e regionale, finalizzati a determinare: • il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto correlato al livello della compromissione di funzioni e di abilità del paziente (e alla sua trattabilità): intensità riabilitativa • il livello assistenziale necessario correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente: intensità assistenziale. o protocolli, linee guida e procedure per la definizione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), elaborato dalla équipe multidisciplinare e multi professionale della struttura in accordo con il Centro di Salute Mentale e in coerenza con il Piano di Trattamento individuale (PTI). È prevista la diversificazione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) per condizioni specifiche quali: • 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. o una "Scheda di progetto terapeutico riabilitativo ----- personalizzato PTRP" in cui sono presenti informazioni e</p>	<p>Procedura per la integrazione del servizio ospite e gestione liste di attesa -Piano Terapeutico individualizzato e diagnosi funzionale -Modulo valutazione multidisciplinare utente - Modulo progetto terapeutico riabilitativo complessivo.</p> <p>Modulo PTRP</p> <p>Reattivi psicologici multidisciplinari (wisc, vado, MMPI A ecc..)</p> <p>Presente in cartella clinica il PTRP discusso con equipe multidisciplinare che si concretizza nel progetto terapeutico complessivo in funzione del PTI (PAI-PEI)) formalizzato con l'equipe multidisciplinare dei vari servizi territoriali. PTRP è parte integrante della cartella clinica nella quale sono tracciabili tutti gli interventi posti in essere: terapia farmacologica, psicoterapia, attività riabilitative, operatori coinvolti ecc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i dati relativi a informazioni personali e sensibili, diagnosi e affini, sono presenti nei moduli in C.C.(Cartella Clinica).</li> </ul>
---	--	--



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	<p>criteri comuni quali: • dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale; • motivo dell'invio da parte del Centro di Salute Mentale, TSMREE tratto dal Piano di trattamento Individuale (PTI) presentato in allegato alla Scheda di PTRP; • osservazione delle problematiche relative a: 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: presenza della descrizione della tipologia e del mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:</p> <p>I. terapia farmacologica; II. psicoterapia; interventi psico educativi; IV. interventi abilitativi e riabilitativi; V. interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa. • Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi ivi compresi, quando presenti, gli operatori di rete informali e del volontariato; • Indicazioni della durata del programma e delle verifiche periodiche: aggiornamento dell'andamento del PTRP, ----con indicazione delle date di verifica. o procedure relative all'inserimento del paziente che prevedono il confronto professionale tra gli operatori del TSMREE inviante e gli operatori della struttura, in relazione a criteri di appropriatezza e alle condizioni del paziente; o è identificato per ogni paziente un case-manager responsabile del piano individuale di trattamento e dei rapporti con i familiari. Il paziente e i familiari/caregiver sono informati delle responsabilità individuate in relazione alla presa in carico e gestione; un documento in cui sono identificati le modalità e gli strumenti per l'attuazione di una politica per la promozione della salute. Tale politica coinvolge i pazienti, i loro familiari e il personale.</p>	<p>Documento invio TSMREE inviante.</p> <p>Cartella Clinica - modulistica</p> <p>- Registro riunioni equipe multidisciplinare allargata. -Il referente coordinatore del CDTR aggiorna periodicamente familiari e controlla il piano individuale di trattamento con il Responsabile Sanitario ed Equipe</p> <p>Modulo valutazione intermedia.</p> <p>Diari clinici.</p> <p>Linee Guida per la promozione della salute</p>
--	---	--



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<p><b>FASE 2</b> Implementazione</p>	<p><b>a)</b> E' stipulato un contratto di ospitalità fra la struttura, il paziente e il CSM TSMREE inserente contenente: i servizi resi, gli impegni del paziente, gli obiettivi del trattamento e i tempi; il regolamento interno della struttura; o le modalità economiche, o le norme relative al consenso informato e alla tutela dei dati personali. La Carta dei Servizi è allegata, quale parte integrante, al contratto di ospitalità che si stabilisce con l'utente;</p> <p><b>b)</b> vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, progetti di intervento e percorsi di cura specifici validati dalla letteratura internazionale e già inseriti con specifiche Linee Guida nel Sistema Nazionale Linee Guida, in relazione alle seguenti aree di bisogni prioritari e di interesse: <u>area esordi</u> - intervento precoce; o area disturbi comuni, ad alta incidenza e prevalenza (depressione, disturbi d'ansia); o area disturbi gravi persistenti e complessi; o disturbi dell'umore; o prevenzione del suicidio; o disturbi della personalità; o disturbi del comportamento alimentare; o disturbi dello spettro autistico.</p> <p><b>c)</b> Vi è evidenza che il percorso di presa in carico si basa operativamente ----- sull'integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento ; <b>d)</b> vi è evidenza dell'attuazione del progetto terapeutico riabilitativo individuale, basato sulla valutazione iniziale dei pazienti ed articolato in programmi differenziati per intensità riabilitativa e per intensità assistenziale.</p> <p>Il progetto terapeutico riabilitativo individuale è contenuto in cartella clinica e riporta: o la valutazione del funzionamento personale e sociale, con strumenti standardizzati; la resistenza al cambiamento; la stabilità clinica; gli obiettivi in ordine agli ambiti della cura, della socializzazione, delle soluzioni abitative e lavorative; o la descrizione delle prestazioni e degli interventi riabilitativi individuali e di gruppo con la descrizione dell'attività; o la descrizione delle risorse disponibili e dello stile relazionale presente nel contesto di vita del paziente, con particolare attenzione alle relazioni con la famiglia; la durata del trattamento e le modalità di monitoraggio del trattamento; o data presunta di dimissione con indicazione del medico responsabile del progetto globale</p>	<p>-Contratto a budget di convenzione Asl Regolamento interno -Moduli consenso informato – autorizzazione trattamento dati personali -carta dei servizi sempre consegnata ai genitori che sottoscrivono progetto terapeutico inserimento Linee guida validate servizio neuropsichiatria per tutte le patologie menzionate dalla direttiva - ICD-10 ; - DSM-5</p> <p>I seguenti punti fanno riferimento alla globalità dei moduli contenuti in Cartella Clinica</p> <p>In cartella clinica sono contenute tutte le evidenze documentali di cui alle indicazioni nel progetto terapeutico riabilitativo individualizzato e, sia nel piano assistenziale che nel piano educativo PAI PEI tradotto in PTRP dal progetto terapeutico riabilitativo complessivo, sono formalizzate tutte le evidenze richieste dalla normativa.</p>
--	--	---



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	<p>del CSM TSMREE territorialmente competente. TSMREE</p> <p><b>e)</b> 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><b>f)</b> le attività di valutazione e di presa in carico multidisciplinare dei pazienti sono documentate e verificabili all'interno della documentazione sanitaria e della cartella clinica;</p> <p><b>g)</b> vi è evidenza della costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e del conseguente adattamento delle linee di intervento. I riscontri sono annotati nella documentazione sanitaria;</p> <p><b>h)</b> vi è evidenza che il personale coinvolto nella cura/assistenza e riabilitazione del paziente conosce e applica le procedure per la gestione e la somministrazione del trattamento farmacologico;</p> <p><b>i)</b> la presa in carico prevede il riconoscimento del soggetto come parte attiva di una relazione di cura e si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita. Vengono attuate attività di promozione della salute ed educazione sanitaria in relazione alle patologie trattate con il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari;</p> <p><b>j)</b> vi è evidenza che la struttura organizza attività ricreative e di socializzazione per gli ospiti.</p>	<p>Registri riunione equipe multidisciplinare allargata con cadenza periodica</p> <p>La registrazione costante delle attività attraverso registri specifici quali registri riunioni assembleari, registri riunione equipe interna ed equipe allargata, registro consegne operatori, registro assemblee operatori utenti familiari</p> <p>Registro riunioni familiari</p> <p>La registrazione costante delle attività attraverso registri specifici quali Registri uscite ospiti, Registro Consegne. Materiale documentato</p>
<p><b>FASE 3</b> Monitoraggio</p>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza della verifica da parte dell'organizzazione, dell' applicazione: o delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale di ciascun paziente e dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multi professionale; o del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP); o dei programmi per l'individuazione e l'intervento precoce delle psicosi; o dei protocolli, delle linee guida e delle procedure relative ai percorsi di assistenza e cura specifici; o dei percorsi di assistenza differenziati connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici</p>	<p>Registro supervisioni Registro equipe multidisciplinare.</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	<p>dell'infanzia e dell'adolescenza e degli interventi in età evolutiva. <b>b)</b> Nella cartella clinica 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; <b>c)</b> 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); <b>d)</b> vi è evidenza del controllo e del monitoraggio del trattamento farmacologico e degli effetti collaterali derivanti dall'uso di psicofarmaci</p>	<p>Reattivi psicologici Diari clinici Valutazioni intermedie</p> <p>Registro riunione familiari Modulo PTRP aggiornato</p> <p>All'interno del progetto terapeutico riabilitativo complessivo vi sono le specifiche del trattamento farmacologico ivi compreso posologia, prescrizione/ sospensione con motivazione espressa</p>
<p><b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità</p>	<p><b>a)</b> Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità: o dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale dei pazienti ; o dei processi per la gestione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) e dei percorsi di cura, ivi compresa la qualità della tracciabilità delle attività all'interno della documentazione sanitaria; o del trasferimento delle informazioni all'interno del processo di cura; o delle procedure operative definite; o della politica per la promozione della salute. Inoltre vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p>	<p>La carta della qualità dell'ente prevede procedure di rilevazione delle criticità attraverso moduli e questionari diretti ad operatori ed utenti per migliorare il servizio offerto moduli allegati e parte integrante della carta della qualità generale dell'ente</p> <p>Modulo azioni di implementazione e miglioramento</p> <p>Modulo per la valutazione annuale dell'efficacia dell'organizzazione</p>

### 1.2. La presenza di percorsi assistenziali che comprendono

#### 1.2.2. Passaggio in cura (continuità assistenziale)

<p>Fattore/ criterio 1 – 2C</p>	<p><b><i>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-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i></b></p>	<p><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
-------------------------------------	---	--



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<b>Requisito 1.2.2 – 2C</b>	Passaggio in cura (continuità assistenziale)	
<b>Campo d'applicazione</b>	Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	<p><b>a)</b> L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso: programmi di coordinamento che regolino i rapporti con gli altri servizi (servizi sociali, servizi di accompagnamento al lavoro, programma di inserimento/mantenimento lavoro) le cui attività sono utili alla realizzazione del piano riabilitativo; o protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del follow up); o procedure per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up; o procedure per l'adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione.</p> <p><b>b)</b> protocolli che assicurino un collegamento con i medici di medicina generale ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli utenti; protocolli linee guida e procedure per l'integrazione progettuale con i servizi territoriali di riferimento di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia d'età 15 – 21 anni); protocolli che regolino i contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti terapeutico riabilitativi individuali, in integrazione con le azioni del CSM TSMREE</p>	<p>Modulo Monitoraggio valutazione piano annuale delle attività con il contributo degli operatori e degli enti territoriali</p> <p>Linee guida – contenuti assistenza e Follow_up.</p> <p>Modello Dimissioni protette</p> <p>Procedura e modulo coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e Pediatri</p> <p>Profilo diagnosi funzionale PTRP</p> <p>Profilo dinamico funzionale</p>
	<p><b>a)</b> esiste evidenza che il paziente sia informato sul proseguimento delle cure; <b>b)</b> vi è evidenza dell'attuazione di un protocollo per il trasporto sicuro dei pazienti e dell'adozione da parte dell'organizzazione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione; <b>c)</b> sono pianificati rivalutazioni/controlli dei pazienti sottoposti a follow up secondo tipologie e periodicità definite; <b>d)</b> vi è evidenza che tutta la documentazione clinica, e la cartella clinica del</p>	<p>Riunioni familiari con equipe multidisciplinare annotata su appositi registri</p> <p>Dimissioni protette – continuità assistenziale e follow-up</p> <p>Riunioni equipe allargata</p> <p>Cartella Clinica</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<p><b>FASE 2</b> Implementazione</p>	<p>paziente è a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento; e) sono attivati protocolli che assicurino un collegamento con i medici di medicina generale ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli utenti; f) sono attivati protocolli che regolino i rapporti con gli altri servizi (servizi sociali, servizi di accompagnamento al lavoro) le cui attività sono utili alla realizzazione del programma riabilitativo; g) sono applicate le procedure per l'integrazione progettuale con i servizi di salute mentale territoriali di riferimento; h) vi è evidenza che sia fornita al paziente specifica relazione clinica finale per il medico curante; i) 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, situato ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze. J) vi è evidenza dell'applicazioni dei protocolli che regolino i contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti terapeutico riabilitativi individuali, in integrazione con le azioni del CSM; TSMREE)</p>	<p>Procedura e modulo coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e Pediatri</p> <p>Registro riunioni equipe allargata</p> <p>-modulo monitoraggio valutazione piano annuale delle attività in collaborazione con altri enti ( servizio sociale, TSMREE)</p> <p>Diagnosi funzionale TSMREE-CDTR presente in cartella clinica</p> <p>Profilo dinamico funzionale in collaborazione con gli istituti scolastici.</p> <p>Dimissioni protette contengono la relazione clinica finale che viene consegnata al medico curante</p> <p>Emergenze mediche: attivazione del servizio 118. Raccordo immediato con medico NPI curante TSMREE</p>
<p><b>FASE 3</b> Monitoraggio</p>	<p>a) 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); o dei collegamenti funzionali tra il CSM,TSMREE le altre strutture per la tutela della salute mentale, le strutture sociosanitarie/ assistenziali, sociali, i servizi territoriali, i medici curanti, le strutture sanitarie, coinvolte nella cura, assistenza e riabilitazione del paziente; o delle procedure per la determinazione dei</p>	<p>Procedure continuità assistenziale e follow-up</p> <p>Modulo strutture esterne continuità assistenziale</p> <p>Diari clinici</p> <p>Dimissioni protette</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	<p>pazienti da sottoporre a follow-up e vi è evidenza dello svolgimento delle rivalutazioni e dei controlli dei pazienti secondo le periodicità pianificate; b) Vi è evidenza dell'attivazione di un sistema di documentazione dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi) volto a rilevare e recuperare eventuali "drop out" (i cosiddetti "persi di vista"); c) vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte della Direzione delle modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna e i trasferimenti delle cure presso altre tipologie di strutture.</p>	<p>Valutazione di equipe</p> <p>Cartella clinica *tutti i pazienti, ammessi e dimessi in brevi periodi avranno una cartella clinica dedicata dove saranno valutati eventualmente i drop-out.</p> <p>Registri equipe allargata</p> <p>Dimissioni Protette *nelle dimissioni protette è prevista la relazione clinica finale, che viene intesa anche come passaggio di consegna in caso di trasferimento presso altra struttura.</p>
<p><b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità</p>	<p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale, passaggio in cura, dimissioni e follow-up. Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p>	<p>Modulo standard di implementazione e miglioramento</p>

### 1.2. La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

#### 1.2.3. Monitoraggio e valutazione

Fattore/ criterio 1 – 2C	<b><i>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-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i></b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
Requisito 1.2.3 – 2C	Monitoraggio e valutazione	
Campo d'applicazione	<i>Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)</i>	



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<p><b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione</p>	<p><b>a)</b> L'organizzazione ha definito gli obiettivi per la qualità del programma terapeutico - riabilitativo; <b>b)</b> l'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico - assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore</p>	<p>Monitoraggio PTRP – equipe multidisciplinare Monitoraggio supervisione Valutazioni intermedie (RE-TEST) osservazioni, cartella clinica) Confronto familiari Servizi inviati</p>
<p><b>FASE 2</b> Implementazione</p>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione del grado di conformità delle attività ai protocolli e alle linee guida EBM/EBN secondo quanto previsto dalle procedure (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>b)</b> vi è evidenza dei risultati del monitoraggio degli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore; <b>c)</b> vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione della qualità del programma terapeutico - riabilitativo, dalla presa in carico alla dimissione; <b>d)</b> vi è evidenza dello svolgimento di indagini sulla soddisfazione e l'esperienza di cura degli ospiti e dei familiari riguardo il programma terapeutico - riabilitativo; <b>e)</b> è presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, near miss manifestati durante l'episodio di cura</p>	<p>Monitoraggio supervisione  Linee guida e protocolli facenti riferimento ai manuali DSM-5 e ICD-10  Rev. Cartella Clinica  Diari clinici Valutazione intermedia PTRP Modulo soddisfazione ospiti – familiari  Modulo Eventi Avversi</p>
<p><b>FASE 3</b> Monitoraggio</p>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza dell'aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti, della performance clinica, della qualità dei programmi terapeutico – riabilitativo</p>	<p>Monitoraggio indicatori di misura Modulo per la valutazione annuale dell'efficacia</p>
<p><b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità</p>	<p><b>a)</b> Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale, passaggio in cura, dimissioni e follow-up. Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi requisito <b>5.1 – Sezione 1</b>).</p>	<p>Modulo per la valutazione annuale dell'efficacia.  Modulo azioni di implementazione e miglioramento</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

### 1.3. La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (GDPR)

Fattore/ criterio 1 – 2C	<i>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-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
Requisito 1.3 – 2C	La modalità di gestione della documentazione sanitaria e socio assistenziale	
Campo d'applicazione	<i>Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)</i>	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce: i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socio-assistenziale nonché le modalità di controllo; o gli aspetti legati al tema della privacy e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione 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; i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio assistenziale; le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione socio-assistenziale e l'implementazione di azioni correttive se necessario.	GDPR  Monitoraggio miglioramento qualità
	a) Per ciascun ospite è compilata la documentazione sanitaria/socio-assistenziale, periodicamente aggiornata che prevede: o la tracciabilità degli elementi che caratterizzano la presa in carico dell'utente, il programma terapeutico - riabilitativo e la continuità assistenziale; o gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati; o i risultati delle valutazioni compresi gli eventi avversi; o prestazioni erogate e trattamenti farmacologici; o registrazione di eventuali	La cartella clinica contiene la documentazione necessaria per la tracciabilità di tutti gli elementi riportati in indirizzo



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<p><b>FASE 2</b> Implementazione</p>	<p>assenze dell'utente; o elementi di valutazione sociale; tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale; o eventuali elementi di rischio per l'utente. b) la comunicazione e l'invio della documentazione sanitaria e socio assistenziale ai professionisti all'interno della struttura sociosanitaria e ai colleghi di strutture esterne è garantita in tempo</p>	
<p><b>FASE 3</b> Monitoraggio</p>	<p>a) Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione da parte dell'organizzazione: della qualità della documentazione sanitaria/socio assistenziale; o della tracciabilità delle attività di valutazione e delle attività di presa in carico degli utenti all'interno della documentazione sanitaria/socio-assistenziale; o del soddisfacimento delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione; o del rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale.</p>	<p>Piano annuale di monitoraggio efficacia Riunione supervisione Modulistica Cartella Clinica</p>
<p><b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità</p>	<p>Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento: della qualità della documentazione sanitaria/socio assistenziale; della politica relativa alla privacy e alla riservatezza delle informazioni contenute nella documentazione socio assistenziale ; della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati contenuti nella documentazione sanitaria socio-assistenziale, ivi compresa la loro integrità; o dei tempi di accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale. Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi <b>requisito 5.1 – Sezione 1</b>)</p>	<p>Valutazione efficacia annuale dell'organizzazione Aggiornamento modulistica secondo norme vigenti periodica Modulo implementazione e miglioramento</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

### 2° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA

**"L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati"**

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura residenziale e semi-residenziale per persone con patologie psichiatriche dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

- 2.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze
- 2.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi
- 2.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi
- 2.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

#### 2.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze

Fattore/ criterio 2 - 2C	L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati	EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI
Requisito 2.1 - 2C	Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche	
Campo d'applicazione	Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche (Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la definizione del programma terapeutico - riabilitativo formulato secondo i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing.	Il programma terapeutico pur rifacendosi a principi e valori di efficacia efficienza stabiliti dalla carta della qualità e dal manuale di accreditamento discosta dall'applicazione rigida dell'EBM applicabile in ambito ospedaliero in quanto nella letteratura scientifica la gestione dei centri diurni non dispone di sufficienti ricerche atte a determinare protocolli specifici ad eccezione ovviamente delle linee guida sul trattamento di alcune patologie specifiche raccomandate



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<p><b>FASE 2</b> Implementazione</p>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza della messa in atto di protocolli, linee guida e/o procedure per la corretta gestione dell'utente in linea con i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing; <b>b)</b> vi è evidenza dell'accessibilità al personale dei regolamenti interni di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza; <b>c)</b> vi è evidenza dell'implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza; <b>d)</b> vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida, procedure e/o del programma terapeutico - riabilitativo, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati.</p>	<p>Sono presenti Linee specifiche con riferimento a protocolli DSM-5 e ICD-10</p> <p>L'equipe multidisciplinare ha l'accesso ai protocolli, procedure, linee guida, norme interne ed esterne di pertinenza.</p> <p>Le riunioni di equipe multidisciplinare convocano gli operatori nei processi di implementazione.</p>
<p><b>FASE 3</b> Monitoraggio</p>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione: dell'appropriatezza delle prestazioni da parte dei professionisti sanitari, degli operatori socio sanitari e sociali e della Direzione; dell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o dei programmi terapeutico - riabilitativo; o dell'applicazione delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali. <b>b)</b> Vi è evidenza dello svolgimento di audit multidisciplinari e/o multi professionali e sistematici per confrontare la pratica corrente con le linee guida basate sulle evidenze, i protocolli e i percorsi di cura/ assistenza definiti dall'organizzazione. I risultati dell'audit vengono comunicati al personale; <b>c)</b> vi è evidenza della rivalutazione e dell'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili.</p>	<p>Modulistica per il monitoraggio in base alla carta della qualità, supervisione e audit periodico delle attività con registro attività di supervisione delle attività multidisciplinari per i diversi operatori sia in riunioni congiunte alla presenza del supervisore sia in forma individuale per migliorare gli interventi e per prevenire eventuali burnout degli operatori</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedura monitoraggio, esiti trattamenti e verifica dei risultati</li> <li>- modulo azione di miglioramento e implementazione</li> </ul>
<p><b>FASE 4</b> Miglioramento della qualità</p>	<p><b>a)</b> Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche e dell'appropriatezza delle prestazioni, controllando l'efficacia delle azioni di</p>	<p>-Nelle riunioni periodiche di equipe multidisciplinare e di supervisione vengono valutate priorità, criticità e individuate coerenti azioni correttive.</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	miglioramento intraprese (vedi <b>requisito 5.1 – Sezione 1</b> ).	-Modulo azioni di implementazione e miglioramento
--	--	---

### 2.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

Fattore/ criterio 2 – 2C	L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati	EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI
Requisito 2.2 – 2C	L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi	
Campo d'applicazione	Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	<p>a) E' presente ed è stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che preveda la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati, le modalità di comunicazione con gli stakeholder e la gestione dei relativi contenziosi. Il piano comprende la prevenzione ed il controllo almeno di: infezioni correlate all'assistenza; sindrome da immobilizzazione; . cadute dei pazienti; intossicazione da farmaci; . atti aggressivi; . rischio di autolesioni; . rischio suicidio; . rischio fughe. Tale piano deve contemplare ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione e deve essere approvato dalla Direzione. Il piano prevede la definizione di obiettivi specifici e misurabili;</p> <p>b) l'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso</p>	<p>-Presente piano di valutazione e gestione del rischio complessivo di struttura e organizzazione</p> <p>-Procedura in base alla carta della qualità di gestione del rischio clinico e delle altre indicazioni regionali</p> <p>Presente il piano di formazione degli operatori annuale sulle tematiche specifiche e aggiornamento periodico.</p> <p>-In riferimento alla gestione del rischio il manuale viene integrato con il PAICA e PARM manuali operativi diffusi e consegnati a tutti gli operatori e affissi in bacheca con opportuna formazione.</p> <p>-In particolare sono prese in considerazione le normative e le direttive relative al contenimento</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	<p>protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti; <b>b)</b> vi è evidenza di un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi; d) l'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la prima gestione in loco delle complicanze.</p>	<p>dell'epidemia da Sars-Cov 2 -modulo e procedure eventi avversi e/o eventi sentinella</p>
<p><b>FASE 2</b> implementazione</p>	<p>L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio. In particolare sono individuati e gestiti i processi relativi a: la corretta identificazione del paziente; l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste; la corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività; la gestione e cura dei pazienti ad alto rischio; o la gestione di situazioni d'emergenza-urgenza psichiatrica e il trasferimento del paziente in idonea struttura. Vi è evidenza della messa in atto: del piano annuale aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e del controllo e monitoraggio dei seguenti rischi: i. infezioni correlate all'assistenza; sindrome da immobilizzazione; cadute dei pazienti; intossicazione da farmaci; v. atti aggressivi; rischio di autolesioni; rischio suicidio; rischio fughe.</p> <p>Vi è evidenza della completezza e della tracciabilità nella documentazione sanitaria dell'applicazione delle procedure per la corretta somministrazione dei medicinali.</p>	<p>Cartella clinica Manuali ICD-10 e DSM-5. Attivazione servizio emergenza 118 con comunicazione immediata del NPI del CDTR e NPI del TSMREE</p> <p>Procedura gestione del rischio Modulo gestione dei rischi</p> <p>Procedura Eventi Avversi</p> <p>Modulo eventi avversi/sentinella</p> <p>Procedura trattamento farmacologico Registro carico/scarico Farmaci</p>
<p><b>FASE 3</b> Monitoraggio</p>	<p>a)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; b) 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</p>	<p>Procedure di revisione e monitoraggio periodico e verifica.</p> <p>Modulo della valutazione annuale dell'efficacia dell'organizzazione</p> <p>Report annuale risultati</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.	gestione rischi
<b>FASE 4</b> miglioramento della qualità	Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1)	Modulo Monitoraggio tipologie disservizi  Modulo identificazione rischi rilevati e/o potenziali  Modulo azioni di implementazione e miglioramento

### 2.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi

<b>Fattore/ criterio 2 – 2C</b>	<b>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 2.3 – 2c</b>	<b>Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche (Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso: o un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: near miss, eventi avversi ed eventi sentinella; o modalità e procedure per la comunicazione agli utenti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori.	Modulo eventi avversi  Registro Consegne Registri riunioni familiari ed equipe multidisciplinare
<b>FASE 2</b> implementazione	<b>a)</b> Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale; <b>b)</b> è presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, near miss manifestati durante l'episodio di trattamento e riabilitazione; <b>c)</b> vi è evidenza dell'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi segnalati attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safetywalkround)	Riunione equipe multidisciplinare per valutazione e implementazione sistemi correttivi  Modulo identificazione rischi rilevati e/o potenziali  Report annuale



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	che prevedano il coinvolgimento multidisciplinare e/o multi professionale degli operatori e la predisposizione, in seguito all'indagine condotta, di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio; <b>d)</b> vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza; <b>e)</b> il personale implementa le azioni previste e codificate dalle procedure per la comunicazione agli utenti e/o familiari degli eventi avversi e per offrire l'opportuno supporto/ sostegno agli utenti/familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori; <b>f)</b> gli utenti/familiari/caregiver possono segnalare incidenti o situazioni rischiose di cui sono stati testimoni.	Modulo gestione del rischio Verbale audit clinico Azioni correttive intraprese  Registro visite familiari
<b>FASE 3</b> monitoraggio	<b>a)</b> Vi è evidenza del monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) e della valutazione dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei near miss, eventi avversi ed eventi sentinella; <b>b)</b> vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi; <b>c)</b> vi è evidenza della valutazione dell'applicazione delle modalità di comunicazione verso gli utenti/ familiari e verso l'esterno di un evento avverso; <b>d)</b> l'organizzazione divulga agli operatori almeno una volta l'anno i risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate; <b>e)</b> vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza.	Riunione equipe multidisciplinare  Modulo eventi avversi  Report annuale gestione dei rischi
<b>FASE 4</b> miglioramento della qualità	<b>a)</b> I dati del monitoraggio sono utilizzati per studiare le aree target per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi; <b>b)</b> vi è evidenza della valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive implementate	Procedura per la gestione del rischio  Modulo azioni di implementazione e miglioramento

### 2.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

<b>Fattore/criterio 2 – 2C</b>	<b>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 2.4 – 2c</b>	<b>Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze</b>	



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<b>Campo d'applicazione</b>	<i>Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)</i>	
<b>FASE 1</b> documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico.	I registri visite familiari hanno funzione di riportare degli aspetti delle riunioni con l'equipe inerenti il proprio caro, compresa la trasparenza e coinvolgimento sui rischi
<b>FASE 2</b> implementazione	a)Vi è evidenza dell'identificazione e dell'applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche; c) vi è evidenza dell'implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi; d) 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	I report annuali relativi ai diversi ambiti ( gestione dei rischi; criticità rilevate; criticità potenziali; eventi avversi; reclami) hanno il compito di identificare soluzioni innovative in ambiti specifici per la sicurezza, verbalizzati nei registri di riunioni di equipe multidisciplinare e nei moduli di azione di implementazione e di miglioramento. Nel regolamento i suddetti report vengono condivisi con l'equipe multidisciplinare per diffondere le evidenze delle azioni intraprese.  Formazione aziendale copre sessioni dedicate a sviluppo competenze specifiche per rischi ( eventi avversi, eveni sentinella)
<b>FASE 3</b> monitoraggio	a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica da parte della Direzione dell'implementazione delle buone pratiche e delle soluzioni innovative adottate	Il modulo di azioni di implementazione e miglioramento consta di



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	per la sicurezza in ambiti specifici di attività; <b>b)</b> l'organizzazione effettua il monitoraggio dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento degli utenti e dei familiari/caregiver e valuta il grado di partecipazione degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico.	<p>follow-up al fine di valutare e di monitorare l'adozione di determinate misure. Il registro delle riunioni familiari garantisce il monitoraggio del coinvolgimento della partecipazione dei familiari ai processi di rischio.</p> <p>Modulo coinvolgimento familiari nel processo di gestione del rischio</p> <p>Questionari di soddisfazione degli utenti e comunicazioni su apposito box anonimo rilevazione di eventuali criticità come prevede la carta dei servizi e la carta della qualità</p>
<b>FASE 4</b> miglioramento della qualità	Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni correttive e preventive; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).	Modulo di azioni di implementazione e miglioramento

### 3° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – 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"**

Per corrispondere a tale criterio ogni struttura residenziale e semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:

#### 3.1 Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza

<b>Fattore/ criterio 3 – 2C</b>	<b>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</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
---------------------------------	--	---------------------------------------



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

Requisito 3.1 – 2C	Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza	
<b>Campo d'applicazione</b>	Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)	
<b>FASE 1</b> Documenti di indirizzo e pianificazione	<p>La Direzione ha definito e formalizzato: un piano per lo sviluppo di attività (assistenziali organizzative) orientate a migliorare l'accessibilità e l'accoglienza degli utenti; un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, utenti e loro familiari;</p> <p>specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per utenti ed accompagnatori; specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni.</p>	<p>Progetto complessivo ente con approccio metodologico empatico autorevole, visionabile nella Carta dei Servizi. Supervisione delle attività degli operatori e formazione continua per evitare burnout e garantire la soddisfazione degli operatori e degli utenti.</p> <p>Modulo di valutazione dell'efficacia annuale dell'organizzazione</p> <p>Modulo di Monitoraggio periodico formazione operatori</p> <p>Stanza e servizi distinti tra utenza e operatori al fine di garantire privacy e sicurezza ambientale</p>
<b>FASE 2</b>	Vi è evidenza dell'implementazione da parte dell'organizzazione e del personale di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare: o l'accessibilità degli utenti; l'accoglienza tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica; gli utenti hanno la possibilità di concordare individualmente l'ingresso e l'uscita dalla struttura; l'organizzazione favorisce le	<p>manuale sul diritto /doveri dei familiari e degli utenti.</p> <p>Con Accoglienza scaglionata gli utenti e i loro familiari hanno la possibilità di concordare l'orario di entrata e di</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<p>implementazione</p>	<p>relazioni interpersonali, le iniziative, il senso di responsabilità e la dignità dell'utente; o il confort delle aree di degenza, nel rispetto del benessere e della dignità degli utenti, delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per accompagnatori e visitatori, delle aree di socializzazione, in particolare deve essere assicurata la presenza di: x progetti/attività per promuovere la struttura come luogo aperto; x il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni e durante i colloqui tra il personale sanitario e l'utente sul suo stato di salute;</p> <p>x possibilità di scelta nel menu e adeguamento degli orari dell'organizzazione ai ritmi fisiologici della persona (orario di distribuzione dei pasti dalle 7 in poi, dalle 12 in poi, dalle 19 in poi).</p> <p><b>b)</b> La Direzione ha implementato un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari/socio-sanitari e sociali, utenti e loro familiari e per agevolare il supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti che preveda almeno: o la formazione degli operatori socio sanitari/assistenziali e sociali alle abilità procedurali e alle attività di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di cattive notizie); o partecipazione dell'utente al processo assistenziale; o l'adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare. o la presenza di supporto psicologico (il servizio può essere realizzato dalla struttura o in partnership con associazioni, cooperative ecc. nell'ambito di specifici accordi scritti); o l'ampliamento degli orari di visita e di assistenza per i familiari. <b>c)</b> Vi è evidenza dell'implementazione di interventi per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali e per la semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale entro tempi predefiniti</p>	<p>uscita dal CDTR in base alle rispettive esigenze. Tali richieste vengono riportate nelle rispettive cartelle cliniche e verbalizzate nei registri familiari.</p> <p>-Carta dei Servi -Regolamento</p> <p>Spazi idonei - Sono presenti aule spaziose e confortevoli, nello specifico le aree dei colloqui sono indipendenti dalle altre aree di attività di gruppo.</p> <p>Variazione menù e offerta pasti ad orari consoni con ritmi della persona.</p> <p>Formazione continua in evoluzione sui temi indicati seguendo le orme dell'O.E.A. Relazione autentica ad approccio umanistico- esistenziale.</p> <p>Modulo di monitoraggio formazione operatori.</p> <p>I registri di visite familiari ha come obiettivo valutare anche la partecipazione degli utenti e dei suoi familiari/caregiver al</p>
------------------------	---	---



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

		<p>processo assistenziale, per altro valutabile nei report annuali di qualità dei servizi.</p> <p>Servizio di: Sostegno psicologico Consulenza Psicoterapia Orientamento all' empowerment personale.</p> <p>Orari giornalieri programmati per i familiari in base all'esigenze delle utenze.</p> <p>L' accesso al CDTR è agevolato dai contatti pre-ingresso ospite e l'inserimento viene richiesto dal TSMREE di competenza, per cui per gli utenti/familiari è relativamente semplice l'accesso. I tempi sono definiti prendendo visione della lista d'attesa, stimando un periodo di tempo indicativo. Per altro le modalità di ingresso sono presenti nella carta dei servizi consegnata a tutti gli utenti interessati.</p>
<p><b>FASE 3</b> monitoraggio</p>	<p>Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accessibilità, il confort, l'accoglienza e la qualità delle prestazioni; vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione del programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, socio-sanitari/assistenziali e sociali, utenti e loro familiari; c) vi è evidenza del coinvolgimento degli utenti/organizzazione dei cittadini per valutare la centralità dell'utente nel processo di cura e la personalizzazione dell'assistenza.</p>	<p>Modulo di suggerimenti, proposte e monitoraggio al fine di migliorare i servizi</p> <p>Questionari di soddisfazione di utenti familiari e operatori, modulistica reclami operatori e familiari,</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

		proposte di suggerimento operatori hanno il compito di aiutare il monitoraggio di efficacia relativa all'accessibilità. Tuttavia i seguenti punti in indirizzo fanno riferimento ad eventuali disservizi, per cui nella modulistica preposta ad essi sono evidenti il monitoraggio di efficacia delle azioni e il relativo follow-up.
<b>FASE 4</b> miglioramento della qualità	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della personalizzazione dell'assistenza; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi <b>requisito 5.1 – Sezione 1</b> ).	Azioni di miglioramento e implementazione

### DISPOSIZIONI GENERALI PER L'ACCREDITAMENTO DI TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

L'organizzazione è provvista di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private. E' data evidenza mediante pubblicazione sul sito della struttura, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori d'opera di cui al comma 1, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa (cfr. articolo 10 Legge n. 24/2017); b) L'adozione modello di prevenzione dei reati ai sensi del D. Lgs. 231/2001 e adozione di correlato codice etico; c) L'esistenza di un sistema di qualità aziendale, del processo, di valutazione e condivisione; d) La struttura assicura l'adozione di modelli organizzativi conformi alle norme in linea con criteri flessibilità, integrazione, condivisione, umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza. e) La struttura garantisce uniformità di accesso ai servizi, qualità tecnica interventi, qualità organizzativa, sicurezza degli operatori e utenti, valorizzazione professionale. f) Le strutture sono tenute ad indicare sul proprio sito aziendale, quale requisito di pubblicità ai fini dell'accreditamento, mantenendo l'aggiornamento ogni 15 gg: x i dati del legale rappresentante, il direttore sanitario e i suoi riferimenti, il direttore amministrativo; l'elenco delle prestazioni erogate in regime di autorizzazione e quelle in regime di accreditamento e il provvedimento in base al quale sono state accreditate dalla Regione; le discipline in accreditamento e i relativi responsabili; g) ai sensi dell'art. 41 del D. Lgs. 33/2013 indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa», i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

Il presente Manuale di Accreditamento sarà pubblicato sul sito [www.ecostudiroma lazio.it](http://www.ecostudiroma lazio.it), affisso in bacheca a disposizione di operatori e familiari e consultabile sempre nei luoghi deputati alla gestione delle attività riabilitative specifiche del Centro Diurno Terapeutico riabilitativo per Adolescenti "Dire e Fare"

