



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 8^a legislatura

ALLEGATO _A_ Dgr n. 1616 del 17 giu 2008

1/10

**AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO
ED
ACCREDITAMENTO**

**DELLE UNITÀ DI OFFERTA NELL'AMBITO DELLA
SALUTE MENTALE**

INDICE

PREMESSE AL DOCUMENTO	3
1. STANDARD GENERALI DELLE STRUTTURE DI SALUTE MENTALE	4
2. STANDARD SPECIFICI DELLE STRUTTURE DI SALUTE MENTALE	9
SERVIZI TERRITORIALI	9
CSM – CENTRI DI SALUTE MENTALE	9
STRUTTURE RESIDENZIALI	12
CTRTP –COMUNITA' TERAPEUTICA – RIABILITATIVA PROTETTA.....	13
CA - COMUNITA' ALLOGGIO	16
GAP - GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO	19
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI	21
DHT - DAY HOSPITAL TERRITORIALE	21
CD - CENTRO DIURNO	23
SERVIZI OSPEDALIERI	25
SPDC - SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA	25
DPP - DEGENZA PSICHIATRICA IN STRUTTURE PRIVATE.....	28
DAY HOSPITAL OSPEDALIERO	30
SERVIZI INNOVATIVI E SPERIMENTALI.....	31
3. DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE – INDIRIZZI ORGANIZZATIVI.....	32
4. REQUISITI GENERALI DELLE STRUTTURE SANITARIE	38
AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO	38
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE.....	45

PREMESSE AL DOCUMENTO

Tale documento contiene gli standard ed i requisiti inerenti l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle unità di offerta che afferiscono all'ambito della salute mentale.

Nello specifico si ricorda che:

- l'autorizzazione all'esercizio, è l'istituto che, verificato il possesso delle condizioni minime di funzionamento, permette alle strutture pubbliche e private di iniziare/continuare ad operare
- L'accreditamento istituzionale, è l'istituto che, verificato il possesso di requisiti ulteriori di qualificazione, riconosce alle strutture, laddove in coerenza con la programmazione, la facoltà di operare per conto del Sistema Socio Sanitario pubblico. Solo con il possesso di questo istituto la struttura privata può accedere alla contrattazione e al finanziamento pubblico.

La **prima parte** del documento riguarda **standard generali** strutturali, tecnologici e organizzativi, che sono stati definiti **per tutte le unità di offerta dedicate alla salute mentale**, a prescindere dalla tipologia specifica di afferenza.

La **seconda parte** invece riguarda gli **standard specifici delle singole tipologie** di unità di offerta distinte in tre macrocategorie:

- Territoriali
- Ospedalieri
- Servizi innovativi e sperimentali

distinte a loro volta in residenziali semiresidenziali.

La **terza parte** riguarda la definizione di **indirizzi relativi all'organizzazione e al funzionamento del DSM**, necessari per contestualizzare e rendere concreto quanto richiesto a servizi/strutture accreditande.

La **quarta parte** contiene le indicazioni del tavolo di lavoro relativamente all' **applicabilità** e a **specifiche** da aggiungere ai **requisiti generali** del **settore sanitario** perché trovino corretta applicazione in ambito salute mentale.

L'impostazione, quindi, è che l'unità di offerta rispetti nell'ordine:

1. i requisiti/standard generali dell'ambito sanitario
2. i requisiti/standard generali dell'ambito salute mentale
3. i requisiti/standard specifici, relativi a
 - o il regime di erogazione (residenziale e semiresidenziale)
 - o la singola tipologia di servizio

1. STANDARD GENERALI DELLE STRUTTURE DI SALUTE MENTALE

Per essere autorizzata all'esercizio ogni Struttura erogatrice deve conformarsi ai seguenti requisiti:

G au 1

L'Ente Gestore deve inoltre prevedere per l'esercizio delle proprie attività della copertura assicurativa, secondo le norme vigenti e la tipologia delle prestazioni e delle attività svolte, dei rischi da infortuni o danni subiti o provocati dagli utenti, dal personale, dai volontari.

G au 2

Gli indicatori ricavati dai dati rilevati vengono diffusi con periodicità almeno semestrale a tutti gli operatori delle Strutture

G au 3

Vi sono buone procedure scritte in relazione a:

- 1) Il servizio di Emergenza (118)
- 2) I medici di medicina generale

G AU – EDIFICI E LORO ARREDI

G au 4

Le strutture non ospedaliere sono collocate in posizione e con caratteristiche che facilitino l'accesso dei pazienti, facilmente raggiungibile con mezzi pubblici o privati, non isolata ma situata in un normale contesto residenziale urbano, oppure in aree rurali tali comunque da garantire la vicinanza a mezzi di trasporti pubblici e la facile accessibilità, al fine di favorire lo scambio sociale e limitare lo stigma

G au 5

Vi sono locali per il personale

G au 6

Tutti i locali dovranno essere adeguatamente arredati, in rapporto alla funzione
Nelle strutture residenziali si può favorire anche la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo

G au 7

Vi sono buone procedure scritte per la manutenzione e la pulizia degli ambienti

Per essere accreditate le Strutture devono:

1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;
2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il competente Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonchè nel Piano di Zona
3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:

G accr 1

La Struttura concorda con il DSM le modalità di raccordo con il piano strategico e gli strumenti di verifica dei risultati conseguiti.

G accr 2

Viene attuato dalla Struttura un controllo dei processi di gestione e dei costi delle attività erogate:

- a) Valutazione delle prestazioni erogate al paziente con periodicità almeno semestrale.
- b) Valutazione dei costi generati con il sistema tariffario giornaliero e a prestazione.

G accr 3

Ogni Struttura deve definire e documentare un Programma d'Intervento, comprensivo dell'elenco delle prestazioni svolte, del quale deve essere fornita copia ed adeguata informazione agli utenti.

Il programma deve esplicitare:

- a) i principi ispiratori e la metodologia degli interventi, con
 - a. la definizione delle fasi e dei tempi complessivi di svolgimento,
 - b. le modalità di relazione con i familiari,
 - c. la descrizione degli interventi (di tipo medico, psicologico, educativo, lavorativo, sociale),
 - d. le modalità di utilizzo del personale e delle attrezzature,
- b) i problemi specifici per i quali l'intervento è indirizzato
- c) le modalità di valutazione e verifica degli interventi,
- d) le modalità di ammissione, dimissione ed il raccordo con il DSM.

G accr 4

Deve essere definito e documentato un chiaro Regolamento Interno della Struttura, coerente con gli obiettivi terapeutici e riabilitativi propri della struttura, del quale deve essere fornita copia ed informazione agli utenti.

Tale regolamento deve descrivere:

- 1) i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del programma di assistenza
- 2) le regole relative al comportamento degli operatori e degli utenti
- 3) le eventuali regole di vita comunitaria quotidiana

G AC - INTEGRAZIONE DELLE STRUTTURE NELLA COMUNITÀ LOCALE, CON ALTRI SERVIZI E AGENZIE E TRA LE COMPONENTI ORGANIZZATIVE INTERNE

G accr 5

Vi sono buone procedure scritte concordate all'interno del DSM, in relazione a:

- 1) Il Servizio integrazione Lavorativa dell'Az.Ulss in relazione all'inserimento lavorativo
- 2) Il Servizio di Urgenza/emergenza
- 3) I SERT, con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei di alcologia
- 4) Il servizio di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (*In particolare per quanto riguarda la presa in carico e la continuità terapeutica negli adolescenti*)
- 5) Il servizio materno-infantile ed i consultori, per problematiche complesse
- 6) I medici di medicina generale

G AC - MIGLIORAMENTO CONTINUO DI QUALITA'

G accr 6

Vengono effettuati progetti di MCQ sulla completezza e la qualità dei dati rilevati dal sistema informativo

G accr 7

Sono state effettuate o sono progettate per l'anno in corso iniziative di confronto con strutture analoghe, ossia studi multicentrici o confronto di indicatori

AC - RELAZIONI CON IL PUBBLICO PERSONALIZZAZIONE ED UMANIZZAZIONE

G accr 8

Vi sono procedure concordate all'interno del DSM relative alla gestione trasparente delle liste di attesa e agli eventuali criteri di priorità

G accr 9

Vi sono procedure concordate all'interno del DSM per la facilitazione dei reclami/suggerimenti da parte dei pazienti/clienti o dei loro familiari e per la gestione dei tempi e dei modi per la risposta

AC – RAPPORTI CON LE FAMIGLIE

G accr 10

Vengono attivati programmi di psicoeducazione per familiari volti a favorire

- il riconoscimento dei segni precoci di crisi
- l'adesione al trattamento terapeutico
- le capacità di comunicazione e di soluzione dei problemi

G accr 11

Gli utenti e i familiari hanno facoltà di formulare consigli relativi al funzionamento e ai regolamenti della struttura

AC – DOCUMENTAZIONE CLINICA

G accr 12

Oltre alla cartella medica, vi sono anche una cartella o scheda infermieristica e, per le strutture riabilitative, una cartella riabilitativa, eventualmente unite in una unica cartella integrata.

La documentazione può essere su supporto cartaceo o informatico, garantendo anche in questo caso un controllo sugli accessi a tutela della privacy e adeguati strumenti per la conservazione sicura dei dati

Le cartelle cliniche sono accuratamente redatte, ordinate e ben leggibili

La cartella deve essere redatta in grafia leggibile e con un facile riconoscimento della titolarità degli aggiornamenti.

AC – CARATTERISTICHE DELL'ASSISTENZA

G accr 13

Per ciascun utente, la struttura individua un operatore di riferimento, il cui nominativo deve essere riportato nella cartella dell'utente e comunicato all'utente stesso ed, eventualmente, alla sua famiglia, cui spetta coordinare gli interventi fra le diverse figure professionali e fra le diverse strutture interessate dal progetto di cura

G accr 14.1

è definito e documentato un progetto personalizzato (PP)

G accr 14.2

Il progetto personalizzato è definito sulla base:

- delle caratteristiche dell'utente, della sua patologie delle sue risorse e dei bisogni espressi
- della capacità di supporto offerte dalle strutture terapeutiche o riabilitative del territorio, della famiglia, del contesto sociale e dei servizi della rete
- della motivazione al trattamento e della compatibilità del progetto terapeutico;
- del carico assistenziale dei familiari
- di un coinvolgimento dei familiari, qualora opportuno e nel rispetto della privacy
- di un coinvolgimento del Medico di Medicina Generale

G accr 14.3

Il progetto personalizzato comprende:

- gli obiettivi specifici che si vogliono ottenere
- i motivi per la ammissione/esclusione dal trattamento su criteri espliciti e trasparenti
- l'individuazione dell'operatore di riferimento

- la descrizione delle attività specifiche, dei tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi con attenzione a:
 - gli interventi farmacologici, psicologici, educativi, riabilitativi e sociali
 - gli eventuali interventi domiciliari
 - gli interventi di rete e le risorse non sanitarie eventualmente necessarie
 - le modalità di attività di verifica sul PP e la loro realizzazione (procedure, tempi e strumenti)
 - i risultati raggiunti
 - gli eventuali interventi in caso di abbandono delle cure

G accr 15

La Struttura applica procedure, concordate all'interno del DSM, relativamente a:

- 1) l'accogliimento degli utenti, le documentate modalità di valutazione iniziale della domanda dell'utente e dei familiari
- 2) i criteri della presa in carico
- 3) La richiesta di consenso informato scritto
- 4) le modalità con cui assicurare interventi di emergenza/urgenza
- 5) La mancata presentazione agli appuntamenti (se previsti)
- 6) L'abbandono da parte dei pazienti gravi
- 7) La conclusione dei trattamenti
- 8) Il rientro dei pazienti ospitati presso strutture residenziali fuori regione

AC – INTEGRAZIONE**G accr 16**

Viene promossa un'organizzazione partecipata del lavoro secondo il modello di lavoro per équipe

G accr 17

L'organizzazione prevede discussione in riunioni regolari di tutto il servizio o di rappresentanti delle diverse componenti organizzative per discutere i vari momenti e le difficoltà incontrate nel lavoro con gli utenti al fine di monitorare il funzionamento della struttura e migliorare le modalità della integrazione dell'assistenza

G accr 18

Nel passaggio di un utente ad altra struttura vengono fornite le informazioni essenziali con relazione scritta sulle condizioni, il trattamento dell'utente e gli scopi dell'invio

AC PERSONALE**AC - Gestione****G accr 19**

Vi è un piano relativo al fabbisogno di personale, per numero e qualifica professionale, in rapporto agli obiettivi strategici della Struttura.

G accr 20

Sono definite procedure per mettere tutto il personale del servizio a conoscenza degli obiettivi strategici della struttura e del DSM.

G accr 21

Ciascun operatore ha un proprio fascicolo dove vengono conservati tra l'altro:

- a. un curriculum aggiornato
- b. la documentazione dei corsi a cui ha partecipato come discente e come docente
- c. i riferimenti di eventuali pubblicazioni

G accr 22

Viene stimato il carico di lavoro dei vari operatori e si rispettano i limiti massimi e minimi preventivamente stabiliti

G accr 23

Vengono monitorati, confrontati e discussi regolarmente i dati relativi alla organizzazione del lavoro, con particolare riferimento al Turnover delle varie categorie di personale

AC - FORMAZIONE

G accr 24

Devono essere concordate, attraverso appositi protocolli, linee e modalità formative degli operatori delle strutture e delle èquipe.

G accr 25

Il piano formativo previsto per l'autorizzazione all'esercizio è annuale, coinvolge tutto il personale e gli operatori del privato sociale che operano in convenzione con il DSM ed è dotato di adeguate risorse economiche finanziarie.

G accr 26

È presente un progetto scritto di formazione e di aggiornamento del personale, che definisca anche le modalità con cui integrare la formazione organizzata dal DSM e la formazione a scelta individuale

G accr 27

Le iniziative formative promosse devono essere sottoposte ad accreditamento ECM dove previsto

G accr 28

Vi sono procedure, per la valutazione delle iniziative formative e per valutare il reale impatto per la qualità degli interventi in collaborazione con le Associazioni dei familiari e degli utenti in conformità con quanto stabilito dal Consiglio di Dipartimento.

G accr 29

Il personale utilizza pienamente, ove previsto, il tempo contrattualmente riservato all'attività di formazione

2. STANDARD SPECIFICI DELLE STRUTTURE DI SALUTE MENTALE

SERVIZI TERRITORIALI

“Strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio” DPR 14/01/1997

CSM – CENTRI DI SALUTE MENTALE

Denominazione	CENTRI di SALUTE MENTALE
Definizione	Il Centro di Salute Mentale è una struttura territoriale che è alla base della organizzazione delle unità operative che compongono il Dipartimento ed è il punto di impulso e coordinamento delle attività sul territorio di riferimento della medesima.
Finalità	Il CSM coordina e svolge, nel suo ambito territoriale, tutte le funzioni di programmazione ed articolazione integrata delle attività per la prevenzione e la tutela della salute mentale della popolazione di riferimento, verificando altresì l'esito delle stesse. Il CSM assicura una attività territoriale programmata nell'ambito di progetti terapeutici personalizzati, erogando altresì interventi sia ambulatoriali che territoriali. Eroga attività domiciliare coinvolgendo la famiglia del paziente ed il suo MMG (secondo le linee guida della Assistenza Domiciliare Integrata), prevedendo altresì particolari e specifici protocolli clinico / operativi per i pazienti non cooperativi. Si tratta di una struttura ad accesso diretto, cui direttamente può rivolgersi il paziente. Sarebbe opportuno che l'accesso venisse preferenzialmente filtrato dal MMG.
Utenza	Soggetti adulti affetti da disturbi psichiatrici
Bacino di utenza	Di norma un CSM ogni 100.000 abitanti

Per essere autorizzato all'esercizio ogni CSM deve conformarsi ai seguenti requisiti:

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

CSM au 1

Vi sono uno o più CSM, in rapporto agli standard del bacino di utenza, con il parametro di norma di uno ogni 100.000 abitanti (range ammesso 80.000 – 150.000)

Il CSM può dotarsi anche di Ambulatori di Salute Mentale per talune attività ambulatoriali e domiciliari finalizzate ad una parte del territorio di competenza, identificabili con un Distretto o con altre peculiarità territoriali:

Tali ambulatori devono rispettare i requisiti degli ambulatori specialistici.

CSM au 2

Il CSM è attivo per almeno 12 ore nei giorni feriali e almeno 6 ore nei giorni prefestivi.

CSM au 3

Il CSM è dotato di un numero locali e spazi adeguato in relazione alla popolazione servita.

Ciascun Centro di salute mentale dispone, oltre a quanto previsto dai requisiti dell'ambulatorio specialistico, almeno di:

- locale per attività terapeutiche comuni
- locale per riunioni

CSM au 4

Dispone di mezzi di trasporto per le visite domiciliari e l'eventuale trasporto di utenti

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

CSM au 5

È presente un protocollo che garantisca interventi in condizioni di urgenza ed un collegamento funzionale organizzativo con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza.

CSM au 6

Il personale in servizio include almeno le seguenti figure professionali:

- Medico psichiatra
- Psicologo psicoterapeuta
- Infermiere
- Assistente sociale
- Educatore-animatore/tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Operatori socio sanitari e/o Operatore tecnico assistenziale

CSM au 7

Deve essere presente personale idoneo a svolgere attività amministrative e di segreteria.

CSM au 8

La dotazione organica del servizio per un modulo tipo di 100.000 abitanti deve garantire la presenza continuativa di almeno un medico ed un infermiere durante l'orario di apertura.

CSM au 9

Le altre figure professionali hanno presenza programmata in relazione alla popolazione del territorio di riferimento

CSM au 10

È individuato un responsabile medico psichiatra per le attività diagnostiche e terapeutiche svolte dal CSM e per gli aspetti organizzativi del personale. Avrà compito di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, anche in rapporto alla loro formazione permanente, di promozione e valutazione della qualità dei servizi, di monitoraggio e documentazione delle esperienze, di sperimentazione dei servizi innovativi, di raccordo tra i servizi, di collaborazione con le famiglie e la comunità locale.

CSM au 11

Il sistema informativo consente di conoscere il numero di abbandoni e di persi di vista.

CSM au 12

La quantità del personale in servizio è di almeno un operatore equivalente a tempo pieno ogni 3000 abitanti.

Per essere accreditato ogni CSM deve:

- 1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;**
- 2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona**
- 3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:**

CSM accr 1

Vi sono buone pratiche condivise, esplicite e di comprovata validità per le modalità di registrazione dei nuovi accessi

CSM accr 2

Viene attuata nella Struttura una valutazione degli esiti dei trattamenti relativamente allo stato della patologia, alla qualità della vita e al grado di adesione ai trattamenti.

Gli indicatori per tali valutazioni sono quelli indicati nello specifico allegato del Progetto Obiettivo Regionale sulla Salute Mentale. Le modalità sono concordate con il DSM

CSM accr 3

Quando il servizio prende in carico un paziente, invia al medico curante una comunicazione che descrive le problematiche cliniche presenti ed i trattamenti consigliati e ne sollecita la collaborazione. Analoghe comunicazioni seguono i mutamenti negli indirizzi diagnostici e terapeutici e di adesione alle cure. Quando il servizio conclude il trattamento con il paziente, invia al medico curante una comunicazione che descrive le condizioni dell'utente gli eventuali ulteriori trattamenti consigliati

CSM accr 4

Sono esplicitati i tempi di attesa per le visite urgenti e non urgenti

CSM accr 5

Fa parte dei compiti istituzionali del CSM l'eventuale supporto terapeutico o psicologico educativo alla famiglia.

STRUTTURE RESIDENZIALI

Strutture che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo e/o diurno.
DPR 14/10/1997

Per essere autorizzata all'esercizio ogni CTRP deve conformarsi ai seguenti requisiti

SRG au 1

L'accesso ai servizi residenziali avviene dopo la predisposizione di un progetto personalizzato. Il progetto personalizzato deve essere periodicamente verificato e aggiornato a seconda dell'andamento clinico.

SRG au 2

Il Progetto personalizzato, le verifiche e gli aggiornamenti vanno condivisi con l'utente e ove possibile e nel rispetto della privacy con i suoi familiari.

SRG au 3

Deve essere definita la modalità di collaborazione con uno o più medici specialisti in psichiatria per la gestione dei casi.

Deve essere inoltre garantita la presenza programmata di psicologo, assistente sociale, infermieri professionali e/o personale della riabilitazione per esigenze specifiche dell'utenza ospitata.

SRG au 4

Deve essere presente un registro in cui vengono indicati i nominativi degli ospiti e di una persona di riferimento con relativo indirizzo e recapito telefonico. Tale registro deve essere sistematicamente aggiornato, avendo cura di registrare gli eventuali periodi di assenza degli ospiti dalla struttura.

SRG au 5

Le informazioni ed i dati sull'utente devono essere inseriti in una cartella personale.

In questa sono presenti anche documenti relativi a

- Le fasi dello sviluppo del progetto personalizzato
- Le attività educative orientate alla autonomia personale
- Le attività terapeutico riabilitative

SRG au 6

E' possibile per un utente fare e ricevere telefonate con l'esterno, con orari e modalità esplicitate, compatibili con la organizzazione generale

Per essere accreditato ogni struttura residenziale deve:

- 1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;**
- 2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona**
- 3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:**

SRG accr 1

L'accesso ai servizi residenziali avviene dopo la predisposizione di un progetto personalizzato concordato fra la Struttura e il DSM.

SRG accr 2

Esistono buone pratiche uniformi, condivise, esplicitate e comprovate, per far visitare e per illustrare la struttura prima dell'ammissione al possibile utente ed eventualmente ai familiari, e per l'accogliimento del paziente

SRG accr 3

Nella cartella personale dell'utente la struttura deve indicare il documento di autorizzazione all'inserimento

SRG-accr 4

Il progetto personalizzato è condiviso con l'Ente Locale qualora sia prevista la compartecipazione dell'utente e/o dell'ente locale stesso ed è in tutti gli altri casi comunque comunicato all'ente locale.

CTRP –COMUNITA' TERAPEUTICA – RIABILITATIVA PROTETTA

Denominazione	COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA PROTETTA
Definizione	Strutture residenziali destinate ad un intervento terapeutico – riabilitativo continuativo e prolungato per situazioni patologiche conseguenti o correlate alla malattia mentale. I pazienti vengono inseriti con un progetto personalizzato, documentato periodicamente verificato dall'équipe che ha in carico il paziente. In base alle caratteristiche dei pazienti e alla conseguenti intensità assistenziali necessarie, si distinguono due moduli: a) Modulo ad alta intensità assistenziale b) modulo ad attività assistenziale intermedia Le strutture residenziali psichiatriche svolgono attività terapeutico riabilitativa e non sono da considerare abitazioni permanenti.
Finalità	Necessità di intervento terapeutico-riabilitativo prolungato ed in regime di residenzialità extra-ospedaliera: - <u>modulo ad alta intensità assistenziale</u> , nel trattamento protratto di situazioni di gravità per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero - <u>modulo ad attività assistenziale intermedia</u> , nelle fasi di assistenza protratta, successive al ricovero ospedaliero o ad inserimento in modulo ad alta intensità assistenziale, e/o nell'attuazione di progetti personalizzati di medio/lungo periodo.
Utenza	I pazienti adulti inseriti debbono essere necessariamente affetti principalmente e continuativamente da psicopatologia rilevante, avere risorse attivabili con adeguati interventi terapeutico riabilitativi e/o assenza o precarietà del supporto familiare.
Capacità ricettiva*	12 – 20* pazienti

***Nota**

Ogni struttura, anche mista, ospita di norma fino a 12 utenti elevabili fino al massimo di 20 utenti in presenza di motivate e documentate necessità locali, da confermarsi obbligatoriamente ogni anno qualora esistano le caratteristiche, i requisiti e le figure professionali, per numero e qualifica adeguate, per un n° superiore a 12.

Per essere autorizzata all'esercizio ogni CTRP deve conformarsi ai seguenti requisiti**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI****CTRP au 1**

La CTRP è dotata delle caratteristiche delle civili abitazioni, ed ha una organizzazione interna che garantisca

- o sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana
- o sia le specifiche attività sanitarie,
- o con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni

CTRP au 2

La superficie utile funzionale non deve essere inferiore a 20mq per utente;

CTRP au 3

Sono previsti per le stanze singole 9 mq (non derogabile) e per le stanze doppie 16 mq (derogabile del 10% per le strutture già attivate) e per le stanze triple 24mq (derogabile del 10% per le strutture già attivate).

CTRP au 4

Nella struttura dovranno essere previste delle opportune forme di evacuazione e individuate le vie di fuga in ragione del rischio equivalente alla collocazione abitativa.

CTRP au 5

Gli spazi dedicati ai servizi generali devono essere adeguati al numero di ospiti e tali da garantire lo svolgimento delle funzioni di

- cucina e dispensa
- di lavanderia e guardaroba.

Rientrano tra gli spazi dedicati ai servizi generali, e devono quindi essere garantiti

- locali per attività amministrative
- locali per attività sanitarie/colloqui
- spogliatoio e deposito effetti personali
- servizi igienici per il personale.

CTRP au 6

Le stanze devono essere adeguatamente arredate, prevedendo almeno un armadio personale per conservare oggetti e indumenti personali

CTRP au 7

Gli spazi dedicati alle attività comuni devono essere adeguati al numero di ospiti e tali da garantire lo svolgimento delle funzioni di soggiorno, pranzo, socializzazione, attività ricreative e attività riabilitative secondo le modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo.

CTRP au 8

Negli alloggi deve essere garantita la presenza di almeno un servizio igienico ogni 4 utenti, facilmente accessibile dalla stanza da letto.

In corrispondenza agli spazi dedicati ai servizi collettivi deve essere localizzato almeno un gruppo di servizi igienici comuni, in posizione tale da essere facilmente raggiungibile dagli utenti con percorsi brevi.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

A) MODULO BASE AD ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE

CTRP au 9

Il personale in servizio include almeno le seguenti figure professionali:

- Medico psichiatra
- Psicologo psicoterapeuta
- Infermiere
- Assistente sociale
- Educatore-animatore(o tecnico della riabilitazione psichiatrica)
- Operatori socio sanitari e/o Operatore tecnico assistenziale

CTRP au 10

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

CTRP au 11

Il rapporto numerico tra operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore(tempo pieno equivalente)/utente almeno pari a 1,25 /1.

CTRP au 12

Deve essere garantita la presenza continuativa di personale per tutta la durata di svolgimento dell'attività. La dotazione organica del servizio deve garantire la presenza di almeno 2 operatori nelle ore notturne.

CTRP au 13

La struttura prevede un Responsabile, in possesso della qualifica di Medico Psichiatra. Qualora il Responsabile sia condiviso da più sedi di servizio, uno degli operatori a tempo pieno della struttura deve essere identificato quale coordinatore di sede.

B) MODULO AGGIUNTIVO AD INTENSITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA**CTRP au 14**

Il rapporto numerico tra operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore/utente almeno pari a 0,90 (Tempo pieno equivalente) /1.

In particolare deve essere assicurata una adeguata presenza per

- un medico psichiatra
- uno psicologo psicoterapeuta
- una presenza infermieristica che garantisca lo svolgimento delle specifiche competenze infermieristiche nell'arco della giornata
- educatori-animatori(o tecnico della riabilitazione psichiatrica)
- Operatore socio sanitario e/o operatore tecnico assistenziale
- assistente sociale

CTRP au 15

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

CTRP au 16

La struttura prevede un Responsabile, in possesso della qualifica di Medico Psichiatra o Psicologo psicoterapeuta. Qualora il Responsabile sia condiviso da più sedi di servizio, uno degli operatori a tempo pieno della struttura deve essere identificato quale coordinatore di sede.

CTRP au 17

Deve essere garantita la presenza notturna di almeno un operatore qualificato.

Per essere accreditata ogni CTRP deve:

1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;
2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona
3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:

Bacino di utenza

Di norma ¹ ogni 100.000

CTRP accr 1

Devono essere presenti regole di vita chiaramente definite e condivise dagli ospiti della Comunità.

CTRP accr 2

La durata massima dei progetti personalizzati realizzati presso i servizi residenziali è di norma di 12 mesi per le CTRP di tipologia A e di 24 mesi per quelle di tipo B, in entrambi casi rinnovabili, dopo adeguata ridefinizione del progetto.

CTRP accr 3

La Struttura fornisce un supporto psicologico educativo alla famiglia.

CTRP accr 4

Il tempo di attesa non deve superare i 30 giorni dalla formulazione del progetto di inserimento, ad eccezione di saturazione dei posti letto.

CTRP accr 5

L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es. possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali, possibilità alla partecipazione alle attività organizzate, ecc.)

CTRP accr 6

Gli utenti hanno facile accesso a uno spazio verde riservato

¹ Di tipo A o B o comprendente entrambe le tipologie in una stessa struttura

CA - COMUNITA' ALLOGGIO

Denominazione	COMUNITA' ALLOGGIO
Definizione	Le CA sono strutture sociosanitarie, anche miste, destinate alla prosecuzione della assistenza a favore di persone con problematiche psichiatriche che, eventualmente al termine del progetto riabilitativo/protetto, presentano parziali livelli di autonomia, e necessitano di sostegno per la gestione della propria autosufficienza. Sono strutture ad attività socio assistenziale elevata, con la presenza di personale in parte della giornata.
Finalità	Accoglienza e gestione della vita quotidiana, orientata alla tutela della persona e allo sviluppo delle abilità residue, o anche alla realizzazione di esperienze di vita autonoma dalla famiglia.
Utenza	Utenti adulti, con problematiche psichiatriche
Capacità ricettiva	In ogni CA possono essere ospitati 6*.

***Nota**

Ogni struttura ospita di norma fino a 6 utenti elevabili fino al massimo di 10 utenti, in presenza di motivate e documentate necessità locali, da confermarsi obbligatoriamente ogni anno qualora esistano le caratteristiche, i requisiti e le figure professionali, per numero e qualifica adeguate, per un n° superiore a 6.

Per essere autorizzata all'esercizio ogni CA deve conformarsi ai seguenti requisiti**CA au 1**

La Direzione deve rendere disponibili tutte le informazioni sulla retta a carico dell'utente e sui costi aggiuntivi per le attività accessorie, in modo strutturato e costante.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**CA au 2**

La struttura è dotata di caratteristiche delle civili abitazioni

- organizzazione interna che garantisca
 - o spazi e ritmi della normale vita quotidiana
 - o spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni

CA au 3

Nella struttura dovranno essere previste delle opportune forme di evacuazione e individuate le vie di fuga in ragione del rischio equivalente alla collocazione abitativa.

CA au 4

Nel rispetto della flessibilità presente in una civile abitazione devono essere previsti gli ambienti/locali comuni (zona pranzo, soggiorno, lavanderia, guardaroba cucina e dispensa), spazi personali (camere da letto singole o doppie), servizi igienici (almeno 2). Gli spazi dedicati ai servizi generali devono essere adeguati al numero di ospiti.

CA au 5

La superficie minima netta delle stanze escludendo il servizio igienico deve essere:

- 9mq per stanze a un posto letto
- 16 mq per stanze a due posti letto(derogabile del 10% per le strutture già in esercizio)

Non sono ammesse camere da letto con più di 2 posti letto.

CA au 6

Le stanze devono essere adeguatamente arredate, prevedendo almeno un armadio personale per conservare oggetti e indumenti personali

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**Ca au 7**

Il rapporto numerico tra operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore/utente almeno pari a 0,50 (Tempo pieno equivalente) /1.

In particolare deve essere assicurata una adeguata presenza programmata per

- Infermiere con lo scopo di garantire lo svolgimento delle specifiche competenze infermieristiche nell'arco della giornata
- Operatore socio sanitario e/o operatore tecnico assistenziale

Devono essere assicurati interventi programmati per

- medico psichiatra
- psicologo psicoterapeuta
- assistente sociale
- educatori-animatori(o tecnico della riabilitazione psichiatrica)

CA au 8

Viene garantita la presenza di personale per 12 ore, non necessariamente notturne.

CA au 9

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

CA au 10

La struttura prevede un Responsabile, in possesso della qualifica di Psicologo psicoterapeuta. Qualora il Responsabile operi in più sedi di servizio, uno degli operatori a tempo pieno della struttura deve essere identificato quale coordinatore di sede.

Per essere accreditata ogni CA deve:

1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;
2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona
3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:

Bacino di utenza

1 ogni 50.000 abitanti

CA accr 1

Devono essere presenti regole di vita chiaramente definite e condivise dagli ospiti della Comunità.

CA accr 2

Gli ospiti della Comunità devono avere libero accesso ad ogni locale/ambiente della Comunità ed avere la possibilità di personalizzare i propri spazi (es. camere da letto, spazi comuni), nel rispetto reciproco del diritto alla privacy degli altri ospiti.

CA accr 3

In tutte le fasi di erogazione del servizio, la Comunità Alloggio deve contribuire alla realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale dell'utente attraverso l'utilizzo delle risorse del territorio (ad esempio inserimento lavorativo o occupazionale centri di aggregazione, attività culturali, ecc.).

CA accr 4

L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es. possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali, possibilità alla partecipazione alle attività organizzate, ecc.)

CA accr 5

I familiari vengono coinvolti nella programmazione delle attività. La definizione delle modalità di partecipazione è lasciata alle équipes delle singole Comunità che, in accordo con il DSM valuteranno caso per caso l'effettiva possibilità e adeguatezza di tale coinvolgimento, nel rispetto del PP e dell'organizzazione del lavoro della Comunità.

CA accr 6

Il tempo di attesa non deve superare i 30 giorni dalla formalizzazione del progetto di inserimento, ad eccezione di saturazione dei posti letto.

CA accr 7

La durata massima dei progetti personalizzati realizzati presso le CA è di 36 mesi, rinnovabili dopo verifica e ridefinizione del progetto stesso.

GAP - GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO

Denominazione	GRUPPO APPARTAMENTO PROTETTO
Definizione	Accoglie persone con problematiche psichiatriche in situazioni di disagio sociale ed abitativo all'interno di un appartamento o di una casa. Il personale di assistenza è presente per 4 ore nei giorni feriali (6 giorni).
Finalità	Prevenzione dell'istituzionalizzazione sostenendo la gestione autonoma della vita quotidiana e della cura della persona, attraverso la vita comunitaria, il supporto lavorativo e l'integrazione nella comunità locale.
Utenza	Persone adulte con problematiche psichiatriche, che eventualmente hanno già compiuto un percorso terapeutico-riabilitativo in strutture residenziali a più elevato livello di protezione, che abbiano raggiunto un buon livello di autosufficienza, in grado di assolvere da soli o con un minimo di sostegno, le funzioni di vita quotidiana. Spesso sono in grado di condurre attività occupazionali e lavorative.
Capacità ricettiva	Struttura mista, fino a quattro ospiti

Per essere autorizzata all'esercizio ogni GAP deve conformarsi ai seguenti requisiti**GAPau 1**

La struttura deve rendere disponibili tutte le informazioni sulla retta a carico del cliente e sui costi aggiuntivi per le attività accessorie, in modo strutturato e costante.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**GAP au 2**

E' una struttura dotata di caratteristiche delle civili abitazioni ed organizzazione interna che garantisca spazi e ritmi della normale vita quotidiana

GAPau 3

Nella struttura dovranno essere previste delle opportune forme di evacuazione e individuate le vie di fuga in ragione del rischio equivalente alla collocazione abitativa.

GAPau 4

Nel rispetto della flessibilità presente in una civile abitazione devono essere previsti i ambienti/locali comuni (zona pranzo, soggiorno, lavanderia, guardaroba cucina e dispensa), spazi personali (camere da letto singole o doppie), servizi igienici.

Gli spazi dedicati ai servizi generali devono essere adeguati al numero di ospiti.

GAPau 5

La superficie minima netta delle stanze escludendo il servizio igienico deve essere:

- 9 mq per stanze a un posto letto
- 16 mq per stanze a due posti letto (derogabile del 10% per strutture già in esercizio)

Non sono ammesse camere da letto con più di 2 posti letto.

GAPau 6

Le stanze devono essere adeguatamente arredate, prevedendo almeno un armadio personale per conservare oggetti e indumenti personali

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**GAPau 7**

Il rapporto numerico tra funzione di assistenza ed educazione e ospiti deve essere tale da garantire la presenza, per 4 ore a giornata per sei giorni settimanali di almeno un operatore:

- OSS
- educatore-animatore(o tecnico della riabilitazione psichiatrica)

GAPau 8

Viene garantita la funzione di coordinamento all'interno della struttura, svolta anche da personale in organico, adeguatamente qualificato o da assistente sociale.

Per essere accreditato ogni GAP deve:

1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;
2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona
3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:

Bacino di utenza

1 ogni 50.000

GAPaccr 1

Devono essere esplicitate regole di vita definite e condivise dagli ospiti del gruppo appartamento.

GAPaccr 2

In tutte le fasi di erogazione del servizio, la struttura deve contribuire alla realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale dell'utente attraverso l'utilizzo delle risorse del territorio (ad esempio inserimento lavorativo o occupazionale centri di aggregazione, attività culturali, ecc.).

GAPaccr 3

I familiari devono essere coinvolti nella programmazione delle attività.

La definizione delle modalità di partecipazione è lasciata alle équipes delle singole Comunità che, in accordo con il DSM valuteranno caso per caso l'effettiva possibilità e adeguatezza di tale coinvolgimento, nel rispetto del PP e dell'organizzazione del lavoro della Comunità.

GAPaccr 4

Il tempo di attesa non deve superare i 30 giorni dalla formalizzazione del progetto di inserimento, ad eccezione di saturazione dei posti letto.

GAPaccr 5

La durata massima dei progetti personalizzati realizzati presso il GAP è di 24 mesi, rinnovabili dopo verifica e ridefinizione del progetto personalizzato.

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI**DHT - DAY HOSPITAL TERRITORIALE**

Denominazione	DAY HOSPITAL TERRITORIALE (DHT)
Definizione	Costituisce un'area per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine che richiedono un regime semiresidenziale diurno..
Finalità	In esso si realizzano interventi farmacologici e psicoterapeutico-riabilitativi per situazioni di sub-acuzie psichiatriche per le quali non sia necessaria od opportuna la degenza in regime di ricovero ospedaliero.
Utenza	Utenti psichiatrici adulti con problematiche cliniche che richiedano interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi per i quali si ritiene insufficiente l'intervento ambulatoriale e non necessaria od opportuna la degenza ospedaliera
Capacità ricettiva	Di norma Fino a 12 pazienti/die

Per essere autorizzata all'esercizio ogni DHT deve conformarsi ai seguenti requisiti

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**DHT au 1**

Di norma ubicato in presidi territoriali extraospedalieri. In particolare dispone di

- 1) spazi dedicati per interventi psicoterapeutici di gruppo e individuali
- 2) locale per trattamenti farmacologici
- 3) servizi igienici per utenti
- 5) un locale spogliatoio per il personale con servizi igienici annessi

DHT au 2

La struttura garantisce un'apertura di almeno 4 ore al giorno, nei giorni feriali

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**DHT au 3**

Il personale in servizio deve includere almeno le seguenti figure professionali:

- medico psichiatra
- psicologo psicoterapeuta
- Infermiere

Il rapporto numerico tra operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore(tempo pieno equivalente)/utente almeno pari a 0,25/1, garantendo per le ore di apertura la presenza in turno di almeno un infermiere e il coordinatore.

DHT au 4

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

DHT au 5

L'Ente Gestore deve garantire la funzione di coordinamento all'interno del DHT, svolta anche da personale in organico, adeguatamente qualificato.

Il personale con funzione di coordinamento all'interno del servizio deve essere in possesso del titolo di laurea specialistica (medico psichiatra o psicologo psicoterapeuta), salvaguardando le situazioni esistenti.

Per essere accreditato ogni DHT deve:

1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;
2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il competente Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona
3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:

Bacino di utenza

Almeno 1 ogni 100.000

DHT acc 1

È un'articolazione funzionale del CSM ed è collocato di preferenza nella sede di quest'ultimo

DHT acc 2

L'accesso ai servizi semi-residenziali avviene dopo la predisposizione di un progetto personalizzato concordato fra la Struttura e il DSM. il progetto terapeutico e riabilitativo deve essere periodicamente verificato e aggiornato a seconda dell'andamento clinico.

DHT accr 3

Il tempo di attesa non deve superare i 10 giorni dalla formalizzazione del progetto di inserimento salvo saturazione dei posti disponibili.

DHT acc 4

Il Progetto terapeutico va condiviso con l'utente e qualora opportuno e nel rispetto della privacy con i suoi familiari.

La definizione delle modalità di partecipazione è definita dal DSM.

CD - CENTRO DIURNO

Denominazione	CENTRO DIURNO (CD)
Definizione	Il CD è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico educativo - riabilitative (compreso l'intervento farmacologico, occupazionale e di gruppo), collocata di preferenza nel contesto territoriale finalizzata a favorire l'integrazione sociale.
Finalità	Essa mirerà primariamente al recupero degli aspetti di disabilità legati a malattia mentale, al miglioramento del funzionamento psicosociale, al recupero di abilità nelle relazioni interpersonali, nella autonomia personale. Mirerà ad una integrazione nel contesto sociale di appartenenza e nella quotidianità, utilizzando la relazione interpersonale, altre opportunità risocializzanti, espressive e formative, sino anche a favorirne l'eventuale inserimento lavorativo.
Utenza	L'azione terapeutico riabilitativa dovrà realizzarsi con pazienti adulti che presentino disabilità sociali, relazionali e lavorative conseguenti o correlate alla malattia mentale
Capacità ricettiva	Fino a 20 pazienti

Per essere autorizzata all'esercizio ogni CD deve conformarsi ai seguenti requisiti**REQUISITI MINIMI STRUTTURALI****CD au 1**

Il Centro Diurno dispone di spazi adeguati organizzati ed articolati in rapporto alle attività ed ai posti disponibili

In particolare dispone di

- 1) locali polifunzionali per attività prevalentemente di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste
- 2) un locale cucina
- 3) un locale deposito materiali
- 4) un locale spogliatoio per il personale con servizi igienici annessi
- 5) servizi igienici per personale e per utenti
- 6) zona pranzo
- 7) eventuale zona riposo

CD au 2

La struttura garantisce un'apertura di 8 ore al giorno, nei giorni feriali

CD au 3

La superficie minima complessiva deve essere di almeno 10 mq per ospite.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**CD au 4**

Il personale in servizio include almeno le seguenti figure professionali:

- Educatore-animatore e/o tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Operatori socio sanitari

Devono essere assicurati interventi programmati per:

- medico psichiatra o psicologo psicoterapeuta
- infermiere
- assistente sociale
- Istruttori tecnici

CD au 5

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

CD au 6

Il rapporto numerico tra operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore(tempo pieno equivalente)/utente almeno pari a 0,25 /1.

CD au 7

Viene garantita la funzione di coordinamento all'interno del Centro Diurno, svolta anche da personale in organico alla struttura, se in possesso del titolo di laurea specialistica in area psico - pedagogica, o medica. L'attività del centro può essere organizzata per moduli o gruppi, prevedendone il relativo momento di coordinamento

Per essere accreditato ogni CD deve:

1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;
2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il competente Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonché nel Piano di Zona
3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:

Bacino di utenza

1 ogni 50.000

CD acc 1

È un'articolazione funzionale del CSM ed è collocato di preferenza nella sede di quest'ultimo

CD accr 2

In tutte le fasi di erogazione del servizio, il Centro Diurno deve contribuire alla realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale dell'utente attraverso l'utilizzo delle risorse del territorio (ad esempio piscina, centri di aggregazione, cinema, associazioni di volontariato, ecc.).

CD accr 3

L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es. possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali, possibilità alla partecipazione alle attività organizzate, ecc.)

CD accr 4

L'accesso ai servizi semi-residenziali avviene dopo la predisposizione di un progetto personalizzato concordato fra l'utente, la Struttura e il DSM. Il progetto terapeutico e riabilitativo deve essere periodicamente verificato e aggiornato a seconda dell'andamento clinico.

CD accr 5

Il tempo di attesa non deve superare i 10 giorni dalla formalizzazione del progetto di inserimento salvo saturazione dei posti disponibili

CD accr 6

I familiari possono essere coinvolti nella programmazione delle attività del Servizio

CD accr 7

La durata massima dei progetti personalizzati realizzati presso la struttura è di 12 mesi, rinnovabili dopo verifica e ridefinizione del progetto personalizzato.

SERVIZI OSPEDALIERI

Strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti.
DPR 14/01/1997

SPDC - SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

Denominazione	SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA
Definizione	Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è la struttura di degenza nell'ambito dell'Ospedale.
Finalità	Deputato ad erogare trattamenti psichiatrici in regime di ricovero ospedaliero, volontari (TSV) o obbligatori (TSO), esplicitando altresì attività di consulenza psichiatrica e psicologica per ogni altro degente ricoverato nei diversi reparti dell'area ospedaliera, qualora presenti sofferenza psichiatrica
Utenza	Pazienti adulti affetti da disturbi mentali in fase acuta
Capacità ricettiva	Fino a 16 posti letto

Per essere autorizzata all'esercizio ogni SPDC deve conformarsi ai seguenti requisiti

Il SPDC deve rispettare anche i requisiti previsti per l'area di degenza.

SPDC au 1

L'accesso al SPDC avviene, previo accordo con il medico di guardia:

- su valutazione diagnostica da parte del Pronto Soccorso dell'Ospedale o di altre unità operative, previo accordo su consulenza con il medico di guardia,
- oppure
- con invio diretto da parte delle altre componenti del DSM.

SPDC au 2

La struttura deve essere fisicamente ubicata negli ospedali generali delle Aziende ULSS/ Ospedaliere, dotati di pronto soccorso funzionante 24/24 e della pronta disponibilità in loco di strutture e/o competenze di altre branche specialistiche mediche e chirurgiche.

SPDC au 3

La struttura organizza la propria attività per rendere disponibili posti letto per ricoveri programmati e per ricoveri urgenti.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**SPDC au 4**

Il SPDC dispone oltre che degli spazi previsti per l'area di degenza anche di un locale per soggiorno e comunque spazi dedicati alle attività terapeutiche comuni.

SPDC au 5

Il SPDC è attivo 24/24 ore per tutti i giorni dell'anno.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**SPDC au 6**

Il personale in servizio deve includere almeno le seguenti figure professionali:

- medico psichiatra
- Infermiere
- OSS

Il rapporto numerico tra tutti gli operatori non medici e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore(tempo pieno equivalente)/utente almeno pari a 1,6/1.

Deve essere garantita la presenza programmata delle seguenti figure professionali:

- Psicologo psicoterapeuta
- Assistente sociale

SPDC au 7

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

SPDC au 8

Deve essere garantita rispetto alle esigenze della sua utenza:

- 1) Medici: deve essere garantita la presenza medica per almeno 12 ore al giorno in forma attiva. Per le ore notturne in rapporto con le esigenze della zona di riferimento e con le richieste di interventi urgenti dal SPDC stesso, da altre unità operative e dal PS, dovrà essere presente un servizio di guardia attiva o di reperibilità.
- 2) Infermieri: almeno uno per turno
- 3) Operatori di assistenza: almeno uno per turno

Deve essere garantita la presenza di almeno 3 operatori (infermieri e oss) durante il giorno e 3 durante la notte.

SPDC au 9

Dev'essere presente un responsabile medico psichiatra per gli aspetti organizzativi del DPP, che avrà anche compito di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, anche in rapporto alla loro formazione permanente, di promozione e valutazione della qualità dei servizi, di monitoraggio e documentazione delle esperienze, di sperimentazione dei servizi innovativi, di raccordo tra i servizi, di collaborazione con le famiglie e la comunità locale.

SPDC au 10

E' possibile per un utente fare e ricevere telefonate con l'esterno e ricevere visite di familiari e conoscenti con tempi e modalità in accordo con le esigenze organizzative del Servizio.

L'accesso al reparto per i familiari e i conoscenti è conformato alle modalità e agli orari di tutti gli altri reparti ospedalieri, fatte salvo situazioni di particolare difficoltà.

SPDC au 11

Alla dimissione, viene compilata una lettera di dimissione secondo un formato predefinito comprendente la identificazione del periodo di degenza, la diagnosi di ingresso e di dimissione, le condizioni dell'utente alla dimissione, esami diagnostici effettuati, principali interventi effettuati, raccomandazioni terapeutiche ed eventuali date per visite di follow-up

Tale lettera è indirizzata al medico curante e alle altre componenti organizzative del DSM interessate

Su autorizzazione esplicitata nel modulo del consenso informato, la famiglia è informata dell'andamento del paziente e riceve alla dimissione una lettera con indicazioni della condizione del paziente, delle raccomandazioni terapeutiche ed eventuali date per visite di follow-up

Per essere accreditate ogni SPDC deve:

1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;
2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il competente Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonchè nel Piano di Zona
3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:

Bacino di utenza

I posti letto in SPDC in ambito regionale sono individuati in numero non inferiore ad uno ogni 10.000 abitanti e comunque un massimo di sedici per 100.000 abitanti

SPDC accr 1

Viene redatto un report annuale di valutazione del numero di ricoveri volontari e in TSO, dell'indice di occupazione, della durata media dei ricoveri, delle caratteristiche dei ricoveri protratti, del turnover dei pazienti e dell'eventuale ricorso ad altre strutture per saturazione della Struttura, degli eventuali eventi critici avvenuti

SPDC accr 2

Viene redatto un rapporto annuale di valutazione della congruità dei DRG di dimissione rispetto alle finalità specifiche delineate dalla Regione.

SPDC accr 3

Vi sono buone pratiche condivise, esplicitate e comprovate per la presa in consegna e la protezione dei beni di valore degli utenti (portafogli, orologi costosi, ecc.)

SPDC accr 4

Vi è la possibilità, in accordo con il Pronto Soccorso, di tenere in osservazione un paziente prima di decidere il ricovero.

SPDC accr 5

È previsto che, tra i compiti del consulente psichiatra, vi sia quello di segnalare il paziente che necessita di controlli specialistici psichiatrici, al centro di salute mentale di competenza territoriale e, corrispettivamente, che il centro di salute mentale preveda la possibilità di appuntamenti specifici in tempi brevi e garantisca la presa in carico e la continuità terapeutica per questa tipologia di pazienti.

DPP - DEGENZA PSICHIATRICA IN STRUTTURE PRIVATE

Denominazione	DEGENZA PSICHIATRICA in STRUTTURE PRIVATE
Definizione	Struttura di degenza privata in ambito di patologie psichiatriche.
Finalità	Deputata ad erogare trattamenti psichiatrici in regime di ricovero ospedaliero, esclusivamente volontari (TSV) esplicando altresì attività di consulenza psichiatrica e psicologica per ogni altro degente ricoverato in eventuali altri reparti della Struttura Privata, qualora presenti sofferenza psichiatrica
Utenza	Pazienti adulti affetti da disturbi mentali in fase acuta

Per essere autorizzata all'esercizio ogni DPP deve conformarsi ai seguenti requisiti**DPP au 1**

Il ricovero riguarda esclusivamente pazienti in regime di volontarietà. Deve essere improntato al rispetto della individualità e della dignità del paziente, deve escludere forme di coercizione fisica, mirando a garantire la volontarietà della permanenza.

DPP au 2

La struttura organizza la propria attività per rendere disponibili posti letto per i ricoveri programmati e per ricoveri urgenti

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**DPP au 3**

La Struttura dispone oltre agli spazi previsti per l'area di degenza anche di un locale per soggiorno e comunque spazi dedicati alle attività terapeutiche comuni

DPP au 4

La Struttura è attiva 24/24 ore per tutti i giorni dell'anno.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**DPP au 5**

Il personale in servizio deve includere almeno le seguenti figure professionali:

- medico psichiatra
- Infermiere
- OSS

Il rapporto numerico tra tutti gli operatori e ospiti deve essere tale da garantire la presenza di un rapporto operatore(tempo pieno equivalente)/utente almeno pari a 1,6/1.

Deve essere garantita la presenza programmata delle seguenti figure professionali:

- Psicologo psicoterapeuta
- Assistente sociale

DPP au 6

Devono essere garantite le attività amministrative e di segreteria.

DPP au 7

Deve essere garantita rispetto alle esigenze della sua utenza:

- 1) Medici: deve essere garantita la presenza medica per almeno 12 ore al giorno in forma attiva. Per le ore notturne in rapporto con le esigenze della zona di riferimento e con le richieste di interventi urgenti. Dovrà essere previsto un servizio di guardia attiva o di reperibilità.
- 2) Infermieri: almeno uno per turno
- 3) Operatori di assistenza: almeno uno per turno

DPP au 8

Dev'essere presente un responsabile medico psichiatra per gli aspetti organizzativi del DPP, che avrà anche compiti di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, anche in rapporto alla loro formazione permanente, di promozione e valutazione della qualità dei servizi, di monitoraggio e documentazione delle esperienze, di sperimentazione dei servizi innovativi, di raccordo tra i servizi, di collaborazione con le famiglie e la comunità locale.

DPP au 9

E' possibile per un utente fare e ricevere telefonate con l'esterno e ricevere visite di familiari e conoscenti con tempi e modalità in accordo con le esigenze organizzative del Servizio.

DPP au 10

Alla dimissione, viene compilata una lettera di dimissione secondo un formato predefinito comprendente la identificazione del periodo di degenza, la diagnosi di ingresso e di dimissione, le condizioni dell'utente alla dimissione, esami diagnostici effettuati, principali interventi effettuati, raccomandazioni terapeutiche ed eventuali date per visite di follow-up

Tale lettera è indirizzata al medico curante e alle altre componenti organizzative del DSM interessate

Per essere accreditate ogni DPP deve :

1. essere in possesso dell'Autorizzazione all'esercizio;
2. essere in possesso della documentazione attestante la collocazione nella programmazione locale come indicata nel piano strategico concordato fra il competente Dipartimento di Salute Mentale e la Direzione aziendale, nonchè nel Piano di Zona
3. documentare un Sistema di gestione e di controllo di qualità in grado di rispondere ai seguenti requisiti:

DPP accr 1

L'accesso alla Struttura avviene sulla base di criteri concordati con il DSM della Az.Ulss ove è ubicata.

DPP accr 2

La struttura comunica tempestivamente, e comunque entro tre giorni dall'evento, l'avvenuto accoglimento di pazienti con patologia psichiatrica. La comunicazione dovrà essere diretta al responsabile dell'équipe psichiatrica competente per l'area di residenza del paziente. A fine trattamento, analoga comunicazione, contenente gli elementi descrittivi della cura effettuata in rapporto alla diagnosi rilevata, andrà inviata al responsabile della citata équipe, con l'indicazione della data di cessazione dell'accoglimento.

DPP acc 3

Le strutture devono essere fisicamente ubicate in luoghi facilmente raggiungibili con mezzi pubblici o veicoli privati.

DPP accr 4

Viene redatto un report annuale di valutazione del numero di ricoveri, dell'indice di occupazione, della durata media dei ricoveri, delle caratteristiche dei ricoveri protratti, del turnover dei pazienti e dell'eventuale ricorso ad altre strutture per saturazione della Struttura, degli eventuali eventi critici avvenuti

DPP accr 5

Viene redatto un rapporto annuale di valutazione della congruità dei DRG Di dimissione rispetto alle finalità specifiche delineate dalla Regione

DPP accr 6

Vi sono buone pratiche condivise, esplicitate e comprovate per la presa in consegna e la protezione dei beni di valore degli utenti (portafogli, orologi costosi, ecc.).

DHO – DAY HOSPITAL OSPEDALIERO

Denominazione	DAY HOSPITAL OSPEDALIERO (DHO)
Definizione	Costituisce una modalità di erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche a breve e medio termine che richiedono una modalità di presa in carico (realizzabile in regime di ricovero diurno); tali prestazioni sono erogate all'interno della struttura di degenza. Il DHO può svolgere la funzione sua propria anche nelle ore notturne, in regime, dichiarato, di Night Hospital (DHON), con assoggettamento anche per il posto in DHON al DPR 20/10/1992.
Finalità	Ha la funzione di ridurre i ricoveri ordinari nonché di limitarne la durata quando il ricovero si renda indispensabile. In DHO l'attività terapeutica è prevalente e si incentra su problematiche cliniche acute o subacute, mentre non è prevalente la necessità di integrazione socio sanitaria, essendo il problema attivo primariamente sanitario.
Utenza	Pazienti psichiatrici adulti in fase acuta e sub acuta per i quali si rende opportuno limitare ricoveri altrimenti impropri o mantenere nella degenza una continuità con il contesto ambientale o terapeutico extraospedaliero
Capacità ricettiva	È individuabile all'interno dei posti letto autorizzati per l'area di degenza (Nota: In un posto di DHO si potranno realizzare al massimo due trattamenti nelle 24 ore)

Per essere autorizzata all'esercizio ogni DHO deve conformarsi ai seguenti requisiti**DHO au 1**

L'accesso al DHO avviene previa valutazione diagnostica da parte del Medico Responsabile della struttura di degenza.

DHO au 2

Il Responsabile del DHO è il medico Responsabile dell'area di degenza.

La figura che svolge tale funzione avrà la responsabilità per le attività diagnostiche e terapeutiche svolte nella struttura e dalla struttura e per gli aspetti organizzativi del personale.

SERVIZI INNOVATIVI E SPERIMENTALI

Ambulatoriali, residenziali, semiresidenziale

Le strutture possono essere organizzate limitatamente a talune patologie di particolare rilevanza

A tale scopo è necessario, oltre alla conformità ai requisiti generali previsti

- Specifico atto formale di istituzione da parte della Az.Ulss
- Definizione dell'organico necessario
- Definizione degli aspetti organizzativi e strutturali specifici
- Eventuale definizione di figure professionali a competenza specifica in relazione ad ambiti particolari di intervento.

3. DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE – INDIRIZZI ORGANIZZATIVI

Le seguenti indicazioni costituiscono degli indirizzi relativi all'organizzazione e al funzionamento del DSM che costituiscono una cornice di riferimento e un presupposto necessario all'autorizzazione all'esercizio ma soprattutto all'accreditamento Istituzionale delle singole unità di offerta in ambito della salute mentale.

1 -

E' formalmente istituito in ogni Az.Ulss un Dipartimento di Salute Mentale, per coordinare sotto un'unica direzione le attività territoriali ed ospedaliere, pubbliche e private convenzionate dell'assistenza psichiatrica di uno specifico bacino di utenza.

Il DIPARTIMENTO di SALUTE MENTALE rappresenta il riferimento per la salute mentale e si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Pertanto opera per la prevenzione, e la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati ed intervenendo primariamente sul territorio, nell'ambito della comunità.

Il DSM opera altresì per la promozione della salute mentale con iniziative che coinvolgono attivamente la cittadinanza.

2 -

Il DSM è suddiviso in Unità Operative Complesse, relative a una popolazione di 100.000 abitanti, possibilmente coincidenti con uno o più distretti sociosanitari e che prevedono il completo sviluppo e integrazione degli interventi ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali e ospedalieri.

3 -

Ogni Unità Operativa Complessa ha una direzione unica di cui sono definiti i poteri gestionali, le responsabilità ed i rapporti con la Direzione dell'Azienda-Ulss.

I responsabili di ogni Unità Operativa psichiatrica (équipe), partecipano alla definizione del documento di budget del DSM che acquisisce anche il parere del consiglio del Dipartimento.

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è sistematicamente verificato. Entro il mese di febbraio di ogni anno viene redatta una relazione annuale che riporta per il DSM e per le singole équipe le attività svolte, i costi sostenuti, i risultati e progressi raggiunti, nonché lo stato dei rapporti con le altre strutture pubbliche e private accreditate esistenti nel territorio e con le rappresentanze dei pazienti e dei loro familiari e con i MMG.

4 -

La Az.Ulss approva uno specifico regolamento del DSM.

Tale regolamento deve basarsi su un regolamento tipo approvato dalla Regione, tenendo conto delle specificità locali (ad esempio presenza dell'Università, presenza di più Unità complesse, etc). Esso deve:

- specificare attribuzioni, facoltà e compiti della Direzione
- specificare il tipo di rapporto con le altre componenti direzionali organizzative della ULSS, in particolare con la Direzione strategica aziendale
- specificare il rapporto con le direzioni delle unità complesse componenti
- specificare il rapporto con la componente Universitaria, l'Azienda integrata ove presenti
- specificare gli organi che lo compongono
- specificare le modalità di partecipazione alla progettazione, monitoraggio e valutazione, per il personale, gli utenti, i familiari, il volontariato ed il privato sociale
- prevedere un proprio Consiglio di DSM composto da membri di diritto ed eletti (Associazione dei familiari accreditate, Conferenza dei Sindaci, Coop. Sociali accreditate) con diritto di voto
- specificare le modalità di partecipazione alla stesura del piano di zona e all'attuazione degli obiettivi in esso specificati
- specificare le modalità con cui si integra all'organizzazione distrettuale.

5 -

Il DSM elabora ogni cinque anni un documento, disponibile a chi ne faccia richiesta, e che può identificarsi con la Carta dei Servizi, in cui specifica:

- a. la "missione" del DSM e delle sue componenti organizzative;
- b. le priorità di intervento del DSM e delle sue componenti organizzative;

- c. le componenti organizzative che ne fanno parte, i responsabili, gli orari, le modalità di accesso, le prestazioni e i servizi forniti;
- d. i tempi medi di attesa;
- e. gli eventuali costi a carico dell'utente(in applicazione dei LEA);
- f. i rapporti di collaborazione e i protocolli d'intesa con i servizi sanitari e sociali;
- g. la ubicazione delle strutture componenti, con le informazioni relative alla raggiungibilità con i vari mezzi di trasporto;
- h. i diritti ed i doveri degli utenti e dei familiari;
- i. l'orario delle visite;
- j. l'impegno del DSM a stabilire rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato dei familiari e degli utenti e a favorire il funzionamento di comitati misti tra servizio e rappresentanti degli utenti;
- k. le modalità di rilevazione del gradimento degli utenti e dei loro familiari;
- l. le modalità per l'accoglimento e la analisi dei reclami e dei suggerimenti degli utenti e dei loro familiari con i tempi di risposta;
- m. la tutela della riservatezza dei dati;
- n. le modalità per ottenere copia della documentazione clinica.

Gli utenti vengono informati in forma scritta (ed eventualmente anche verbale) sui seguenti aspetti:

- modo in cui saranno informati sulle loro condizioni di salute e sui trattamenti;
- diritti, in particolare diritti e responsabilità rispetto al rifiuto o alla sospensione delle cure;
- doveri e impegni verso il servizio e gli altri utenti;
- modalità per contattare i medici del servizio o l'operatore di riferimento;
- servizi sociali, sanitari e di volontariato utilizzabili

I pazienti ricevono informazioni chiare e complete sulla natura del loro disturbo, sul trattamento proposto, sugli effetti principali e collaterali dei farmaci e la eventuale loro gestione, sul decorso del disturbo

I familiari vengono informati sui seguenti aspetti:

- modalità di ottenere informazioni sulle condizioni di salute del congiunto e sui trattamenti
- modalità di contattare i curanti o i referenti, gruppi di auto-mutuo-aiuto, servizi sociali, le Associazioni di volontariato, in particolare le Associazioni di familiari e utenti per la tutela della salute mentale che i pazienti e i familiari stessi possono utilizzare
- doveri e impegni verso il servizio

6 -

Della carta esiste una versione in forma di opuscolo disponibile per la distribuzione agli utenti e ai loro familiari, alle Direzioni della Az.Ulss, alle strutture sociali e sanitari, ai medici di medicina generale e alle associazioni di volontariato della zona. Possono esistere più opuscoli separati per le varie componenti organizzative

7 -

Il DSM, tenuto conto dei dati epidemiologici, e della attività svolta, del personale, degli utenti, dei familiari, dei rappresentanti della comunità locale corrispondente al bacino d'utenza, elabora annualmente un piano strategico che specifica

- a) una analisi della attività svolta nell'anno precedente, sotto il profilo quantitativo, qualitativo e degli esiti
- b) le attività che il DSM e le sue componenti organizzative si impegnano a svolgere a favore degli utenti e dei familiari;
- c) obiettivi specifici, riguardanti sia il volume delle prestazioni sia la qualità delle stesse
- d) tali obiettivi devono essere misurabili, identificati in specifici responsabili e con scadenze definite
- e) le risorse necessarie

Il piano strategico costituisce elemento di negoziazione in occasione della definizione del budget tra Direttore Generale e Direttore del DSM e tra Direttore del DSM e Responsabili delle componenti organizzative.

8 -

Annualmente viene effettuata una conferenza di servizio, per discutere realizzazioni e prospettive del DSM, con la partecipazione degli operatori, dei rappresentanti dei pazienti, dei familiari e degli enti locali.

9 -

Il DSM dispone delle strutture stabilite dalla normativa nazionale e regionale vigente, gestite direttamente o in convenzione.

10 -

Il DSM è dotato di un suo finanziamento adeguato, negoziato con la Direzione, in funzione di obiettivi concordati. Tale finanziamento dovrebbe risultare in sede consuntiva a non meno del 5% del bilancio sanitario complessivo e che tenga conto delle indicazioni espresse nel Progetto Obiettivo, nel Piano Socio Sanitario Regionale e nel Piano di zona.

11 -

L'attribuzione di risorse al DSM tiene conto di specifiche esigenze documentate, ad esempio concentrazioni di utenti gravi in particolari aree metropolitane, responsabilità del trattamento di extracomunitari, notevole dispersione territoriale

12 -

Il DSM per i suoi aspetti organizzativi dispone di personale amministrativo e di ore di personale specifico per le competenze tecniche

13

L'organizzazione interna deve essere svolta in conformità al programma e al regolamento e, oltre al rispetto delle leggi, deve prevedere l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale, garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza.

14

Le strutture sono dotate di un sistema informativo in grado di raccogliere, elaborare ed archiviare dati di struttura, processo ed esito.

Le strutture possono concordare fra di loro specifici protocolli di collaborazione a questo scopo.

Il Sistema Informativo deve essere almeno in grado di rilevare:

- i dati ed il loro andamento temporale delle caratteristiche anagrafiche e cliniche della utenza, con indicazioni su prevalenza ed incidenza delle varie patologie ed attenzione a specifiche caratteristiche relative a peculiarità del bacino di utenza
- il tipo e la quantità delle prestazioni effettuate
- il carico di lavoro del personale
- dati relativi alla struttura e al personale

15

La Struttura è individuata quale centro di costo, della quale esiste adeguata gestione contabile presso il DSM e la Az.Ulss di riferimento

16

Viene attuata nella Struttura una valutazione degli esiti dei trattamenti durante la permanenza e dopo 12 mesi dalla dimissione: con gli indicatori di patologia, qualità della vita, stato di salute, grado di adesione ai trattamenti;

Gli indicatori per tali valutazioni sono quelli indicati nello specifico allegato del Progetto Obiettivo Regionale sulla Salute Mentale. Le modalità sono concordate con il DSM

17

Vi sono buone procedure e protocolli concordati all'interno del DSM, in relazione a:

- 1) Gli Ospedali della Az.ULSS per le attività di psichiatria di consultazione e di collegamento
- 2) Agenzie accreditate del privato sociale, in particolare per quanto riguarda la gestione dei pazienti e la formazione professionale del personale
- 3) Il Servizio integrazione Lavorativa dell'Az.Ulss in relazione all'inserimento lavorativo
- 4) Le case di cura accreditate e le altre strutture psichiatriche private del territorio della Az.Ulss
- 5) Il Servizio di Urgenza/emergenza
- 6) Gli enti locali, in particolare le strutture sociali
- 7) Le forze dell'ordine (carabinieri, polizia, vigili). Possono includere anche aspetti informativi sulle caratteristiche del disagio mentale
- 8) La magistratura
- 9) Le strutture penitenziarie (case di custodia) del territorio del DSM
- 10) Gli ospedali psichiatrici giudiziari competenti per territorio

- 11) I SERT, con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei di alcologia
- 12) Il servizio di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (*In particolare per quanto riguarda la presa in carico e la continuità terapeutica negli adolescenti*)
- 13) I distretti scolastici, e la medicina scolastica per le situazioni a rischio
- 14) Il servizio materno-infantile ed i consultori, per problematiche complesse
- 15) I servizi di assistenza alla disabilità
- 16) I servizi di psicogeriatría, quelli relativi alla assistenza agli anziani ed in particolare con quelli che si occupano di deterioramento senile
- 17) I medici di medicina generale
- 18) L'Università per la formazione e la ricerca.

18

Il sistema informativo del DSM consente di rilevare l'utilizzo di tutte le strutture territoriali e di degenza accreditate del territorio di competenza.

19

Il DSM riesce a valutare il ricorso degli abitanti del bacino di riferimento a servizi fuori zona

21

Il sistema informativo del DSM è in grado di rilevare il numero di inserimenti lavorativi, distinguendo tra le varie tipologie

22

Il sistema informativo del DSM consente di rilevare il livello di raggiungimento degli obiettivi concordati in sede di budget

23

È stato costituito a livello di DSM uno specifico nucleo di valutazione e Miglioramento Continuo Qualità a carattere multidisciplinare, presieduto dal direttore del dipartimento.

24

Il nucleo di valutazione e di Miglioramento Continuo di Qualità collabora con progetti congiunti con gli uffici centrali dell'azienda preposti al MCQ e alle relazioni con il pubblico

25

Il nucleo suddetto può avere accesso a materiale bibliografico aggiornato e a strumenti per la elaborazione dei dati

26

Il servizio dispone di opuscoli e dépliant scritti in modo divulgativo per gli utenti ed i loro familiari sui principali disturbi psichiatrici ed il loro trattamento

27

Il DSM favorisce la costituzione e il funzionamento di associazioni e/o di gruppi di auto-mutuo-aiuto di utenti

28

Il DSM definisce buone pratiche uniformi, condivise, esplicitate e comprovate, per quanto riguarda l'eventuale coinvolgimento dei familiari nella formulazione e revisione dei piani di trattamento, tenendo conto della volontarietà dell'intervento da parte del familiare e del diritto alla privacy da parte dell'utente del "carico" assistenziale dei familiari

29

Il DSM definisce buone pratiche uniformi, condivise, esplicitate e comprovate, relative ai rapporti con le associazioni di familiari

30

Il DSM definisce iniziative condivise e codificate circa il sostegno alla famiglia

31

Il DSM definisce buone pratiche uniformi, condivise, esplicitate e comprovate, relativamente alla collaborazione con il Terzo Settore, per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione dei volontari

32

Il DSM d'intesa con il SIL intraprende iniziative con i datori di lavoro e le associazioni imprenditoriali della zona per accertare le possibilità di inserimento lavorativo degli utenti

33

Il DSM intraprende programmi di informazione, di sensibilizzazione e di coinvolgimento della popolazione sui problemi della salute mentale, allo scopo di diminuire lo stigma collegato con la malattia.

34

Ogni Struttura rende disponibili gli interventi di maggiore efficacia comprovata

- tenendo conto delle acquisizioni validate della letteratura recente
- definendo obiettivi misurabili e progetti personalizzati
- definendo le modalità di verifica dei risultati raggiunti

35

Il DSM utilizza i dati di valutazione dei risultati sul singolo utente durante il trattamento e in Follow up, per ridefinire in accordo con la singola Struttura, le metodologie operative ed il progetto personalizzato nel suo complesso.

36

Il DSM utilizza i dati complessivi dei risultati, per ridefinire in accordo con la singola Struttura, le metodologie operative

Il DSM promuove:

- 1) l'effettuazione precoce degli interventi negli esordi, specie all'interno di un rapporto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale
- 2) la prevenzione del rischio suicidio con
 - a. la riduzione dei suicidi e degli atti auto lesivi degli utenti in carico
 - b. in particolari categorie di popolazione a rischio, soprattutto anziani e adolescenti
- 3) La promozione della salute mentale, in collaborazione con i servizi di educazione alla salute e di medicina preventiva e con la comunità locale

37

Vi sono nel DSM buone pratiche uniformi, condivise, esplicitate e comprovate, per quanto riguarda il coordinamento tra le strutture terapeutiche e riabilitative

38

Vi sono buone pratiche uniformi, condivise, esplicitate e comprovate, relative alle modalità della integrazione tra le attività di ricovero, residenziali, di day-hospital, di centro diurno, ambulatoriali, domiciliari, pubbliche e private

39

Vi comprovate sono protocolli, di collaborazione con l'Università per gli aspetti di formazione e ricerca

40

Poichè le strutture private convenzionate che siano attive in un definito bacino di utenza di équipe psichiatrica, non sono da sole in grado di dare una risposta globale alle necessità terapeutiche dei pazienti psichiatrici, esse dovranno allora inserirsi nel sistema di rete della équipe psichiatrica pubblica che ha in carico il paziente, ancorchè eventualmente trattato in area privato/accreditata. Pertanto andranno definiti protocolli di intesa operativa tra DSM e strutture private che prendano in cura pazienti psichiatrici, al fine di rendere il loro intervento integrato alla rete dei servizi dipartimentali pubblici.

41

I trattamenti terapeutico riabilitativi avvengono nel pieno rispetto della dignità della persona mirando all'esclusione di metodi di coercizione fisica.

42

Nei centri ospedalieri con numero di letti particolarmente elevato, va previsto uno psichiatra con il compito specifico di psichiatria di consultazione preferibilmente con un rapporto di 1 : 700 posti letto ospedalieri, ovvero una U.O. semplice di psichiatria di consultazione.

43

Annualmente il DSM elabora un progetto formativo rivolto a tutte le componenti professionali del DSM, compresi gli operatori del privato sociale, che preveda percorsi formativi possibilmente accreditati ECM su obiettivi aziendali e su specifici aspetti della professione e che venga finanziato in base a quanto definito contrattualmente ogni anno per le varie figure professionali.

4. REQUISITI GENERALI DELLE STRUTTURE SANITARIE

AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER01.AU.1.1	La Direzione aziendale provvede alla definizione della mission e delle politiche complessive dell'azienda, esplicitando gli obiettivi da raggiungere sia per la tipologia ed i volumi sia per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare	
GENER01.AU.1.1.1	La Direzione identifica le prestazioni/servizi erogati	
GENER01.AU.1.2.1	Gli obiettivi sono articolati nel tempo	
GENER01.AU.1.2.2	Gli obiettivi devono risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati	
GENER01.AU.1.3	La Direzione aziendale definisce l'organizzazione interna ed evidenzia i livelli di responsabilità delegati, i ruoli e le funzioni delle strutture sotto ordinate, nonché la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi/prestazioni/attività erogate.	
GENER01.AU.1.3.1	La Direzione aziendale ha designato un suo rappresentante (o un gruppo con responsabile designato) che, a prescindere da altre responsabilità, abbia autorità e responsabilità per garantire il conseguimento degli obiettivi per la qualità della struttura	
GENER01.AU.1.3.2	La Direzione aziendale esplicita alle strutture sotto ordinate (se esistenti) il piano dell' organizzazione.	
GENER01.AU.1.4	La Direzione aziendale definisce annualmente il piano di lavoro che comprende la tipologia ed il volume delle attività previste nonché il piano organizzativo	
GENER01.AU.2.1	La Direzione della Struttura organizzativa, qualora non coincida con l'azienda, stabilisce con la Direzione aziendale le politiche complessive della struttura, formalizzate in apposito documento	
GENER01.AU.2.1.1	La Direzione di struttura organizzativa definisce ed esplicita, l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane, economiche e relativi volumi per:	n.a. perché già richiesto nei requisiti specifici

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER01.AU.2.1.1.1	- le attività ambulatoriali	n.a.
GENER01.AU.2.1.1.2	- le attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post acuti)	n.a.
GENER01.AU.2.3	La Direzione della struttura organizzativa definisce e esplicita l'organizzazione della propria struttura con l'indicazione dei ruoli e delle funzioni delle unità sotto ordinate e definisce i livelli di responsabilità delegati	
GENER01.AU.2.8	La Direzione definisce annualmente il budget o un programma attività/risorse.	Anche per ogni altra categoria di personale e posizione funzionale esiste una descrizione scritta che chiarisca gli ambiti di attività, in modo da assicurare la complementarietà e la sinergia degli interventi
GENER02.AU.1.1	La Direzione della Struttura ha designato un suo rappresentante (o un gruppo riconosciuto con un Resp. individuato) che, a prescindere da altre responsabilità abbia autorità e responsabilità per attivare programmi di valutazione periodica delle attività	
GENER02.AU.1.2	Le attività di valutazione svolte sono documentate	
GENER02.AU.2.1	E' valutato sistematicamente il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici programmati	
GENER02.AU.2.6	Vengono svolte verifiche e valutazioni periodiche della validità del Sistema Informativo nel suo complesso.	
GENER03.AU.1.1	Esiste a livello aziendale un servizio di relazione con l'utente (informazioni, reclami, ecc.)	
GENER03.AU.2.1	La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari di apertura dei servizi e altre modalità di accesso.	
GENER03.AU.3.8	Vengono fornite informazioni riguardanti sicurezza e salute sul luogo del lavoro	
GENER03.AU.3.9	Il personale è informato sull'esistenza di regolamenti interni, linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti	
GENER04.AU.1.1	Il fabbisogno di personale è definito in rapporto ai volumi e alle tipologie delle attività, secondo criteri specificati dalla normativa regionale e secondo le seguenti specifiche:	
GENER04.AU.1.1.1	- in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale	
GENER04.AU.1.1.2	- per posizione funzionale	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER04.AU.1.3	Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso di titoli previsti dalla normativa vigente	Qualora il personale venga assunto senza pubblico concorso, occorre anche una documentata esperienza nel settore specifico, per un periodo non inferiore a un anno, svolta in un servizio accreditato.
GENER04.AU.2.1	Sono definite le modalità per agevolare l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione	
GENER04.AU.3.1	Le attività di formazione e di aggiornamento del personale sono programmate su base annuale, con individuazione del responsabile	
GENER05.AU.1.1	E' stato individuato un referente del sistema informativo responsabile, che oltre alle responsabilità specifiche previste dalla normativa nazionale, abbia la responsabilità delle procedure di raccolta, verifica della qualità e diffusione dei dati.	
GENER05.AU.1.2	Il sistema informativo deve perseguire i seguenti obiettivi:	
GENER05.AU.1.2.1	- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e dell'azienda	
GENER05.AU.1.2.3	- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza	
GENER05.AU.1.3	la Direzione assicura:	
GENER05.AU.1.3.1	- l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione	
GENER05.AU.1.3.2	- la struttura del sistema informativo	
GENER05.AU.1.3.3	- le modalità di raccolta	
GENER05.AU.1.3.4	- la diffusione ed utilizzo delle informazioni	
GENER05.AU.1.3.5	- la valutazione della qualità dei dati	
GENER05.AU.1.3.6	- l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, ecc.	
GENER05.AU.1.2.2	- rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra-ordinati	
GENER05.AU.2.1	E' stato predisposto un sistema interno di gestione della documentazione sanitaria.	
GENER05.AU.2.3	La raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida è facilmente accessibile al personale	
GENER05.AU.2.3.1	La raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida è aggiornata o confermata ogni tre anni	
GENER06.AU.1.1	E' predisposta una procedura per garantire la continuità dell'assistenza all'utente.	
GENER06.AU.1.3	Sono disposte istruzioni operative per prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER06.AU.1.4	Sono disposte istruzioni operative per pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori	
GENER06.AU.1.5	Sono disposte istruzioni operative per pulizia e sanificazione degli ambienti	
GENER06.AU.1.6	Sono disponibili procedure per l'acquisizione del consenso informato	
GENER06.AU.1.8	E' disponibile una procedura relativa alle modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti, comprovanti un attività sanitaria	
GENER06.AU.1.9	In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle linee guida predisposte dalle società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche	
GENER06.AU.1.10	Sono predisposte procedure per la definizione delle modalità di sostituzione dei responsabili in caso di assenza.	
GENER06.AU.2.1	È stato predisposto un piano di emergenza per i casi di calamità interne e/o naturali che possono interessare la struttura che prevede almeno gli elementi indicati nell'apposita colonna	
GENER06.AU.3.1	E' istituita una commissione per il controllo delle infezioni ospedaliere con i compiti previsti dalla normativa regionale più recente	solo per spdc
GENER07.AU.1.1	La Direzione ha designato un suo rappresentante (o un gruppo riconosciuto con un Responsabile individuato) che, a prescindere da altre responsabilità abbia autorità e responsabilità per attivare programmi di miglioramento delle attività	
GENER07.AU.1.3	La struttura e/o le sue articolazioni organizzative (se presenti) partecipano annualmente ad almeno un progetto di valutazione e miglioramento della qualità coinvolgendo il personale	
GENER08.AU.1.1	Protezione antisismica -Se la struttura é ubicata in zona sismica esiste dichiarazione che essa risponde ai requisiti per la protezione antisismica.	
GENER08.AU.1.2	Salubrità luoghi lavoro e uso esclusivo della struttura -Sono rispettati i requisiti di igiene dei luoghi di lavoro e quando il luogo è a destinazione sanitaria il suo uso è esclusivo.	
GENER08.AU.1.3	Anti infortunistica -Sono rispettati i requisiti sulla sicurezza anti-infortunistica	
GENER08.AU.1.3.1	In attesa della realizzazione degli adeguamenti dei luoghi di lavoro al dettato del D.Lgs 626/94 sono garantiti i livelli equivalenti di sicurezza	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER08.AU.1.4	Barriere architettoniche -Sono rispettati i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di barriere architettoniche	Non applicabile laddove la struttura richieda ambiente familiare e domestico quale quello di un'abitazione civile
GENER08.AU.1.5	Illuminazione e condizioni microclimatiche -Sono rispettati i requisiti previsti dalla normativa in materia di illuminazione e condizioni microclimatiche.	
GENER08.AU.1.6	Protezione acustica -La struttura è rispondente ai criteri di protezione acustica ai sensi della normativa vigente.	
GENER08.AU.1.7	Segnaletica -La struttura dispone di una adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna e di cartellonistica installata.	
GENER08.AU.1.8	Sicurezza elettrica e continuità elettrica -Gli impianti di produzione (gruppi elettrogeni), di trasformazione, di distribuzione dell'energia elettrica sono conformi alla normativa vigente	Non va intesa come impianti di produzione all'interno dei servizi ambulatoriali e residenziali
GENER08.AU.1.8.1	Sicurezza Impianti elettrici -Gli impianti a servizio dei locali ad uso medico sono verificati secondo la periodicità prevista dalle normative	
GENER08.AU.1.9	Impianti di climatizzazione e riscaldamento -Gli impianti di climatizzazione e di riscaldamento sono adeguati alle diverse esigenze di servizio	
GENER08.AU.1.10	Impianti idrosanitari -La struttura è dotata di un programma per fronteggiare le emergenze idriche	
GENER08.AU.1.11	Impianti di distribuzione dei gas -Gli impianti di distribuzione dei gas combustibili sono costruiti nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.12	Impianti di distribuzione dei gas-Gli impianti di distribuzione dei gas medicali sono costruiti nel rispetto della normativa vigente	solo per spdc
GENER08.AU.1.12.1	Impianti di distribuzione dei gas-L'impianto di distribuzione dei gas medicali è dotato di attacchi tali da evitare collegamenti accidentali	solo per spdc
GENER08.AU.1.12.2	Impianti di distribuzione dei gas -L'impianto di erogazione dei gas medicali è sottoposto a manutenzione e verifica periodica secondo protocolli prefissati	solo per spdc
GENER08.AU.1.13	Impianti elevatori -Gli ascensori e montacarichi sono realizzati secondo le norme vigenti	
GENER08.AU.1.13.1	Impianti elevatori-Il numero degli ascensori è adeguato al flusso delle persone e dei materiali	
GENER08.AU.1.13.2	Impianti elevatori -Esiste un servizio di pronto intervento in caso di arresto dell'impianto con presenza di persone all'interno della cabina	
GENER08.AU.1.14	Impianti ed apparecchi a pressione -Gli impianti e gli apparecchi a pressione sono realizzati e mantenuti nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.15	altri impianti -Gli impianti radiotelevisivi, elettronici, antenne sono realizzati e mantenuti nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.16	altri impianti - -Gli impianti di protezione dalle scariche atmosferiche sono realizzati nel rispetto della normativa vigente	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER08.AU.1.17	Protezione materiali esplosivi -Sono rispettati i requisiti previsti per la protezione da materiali esplosivi.	
GENER08.AU.1.18	Norme anti fumo -Sono rispettati i requisiti previsti per il rispetto del divieto di fumo in conformità alla normativa vigente.	
GENER08.AU.1.19	Protezione antincendio -Sono rispettati i requisiti di protezione antincendio secondo la normativa vigente	
GENER08.AU.1.19.1	Gestione della sicurezza antincendio -Sono adottate misure intese a ridurre la probabilità di insorgenza di incendi	
GENER08.AU.1.19.2	Gestione della sicurezza antincendio -Esistono contenuti minimi dei corsi di formazione per addetti alla prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze, in relazione al livello di rischio dell'attività	
GENER08.AU.1.20	Radiazioni ionizzanti -L'utilizzo delle apparecchiature e/o delle sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti, viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dalla normativa vigente a tutela e protezione dei lavoratori	solo per spdc
GENER08.AU.1.21	Radiazioni ionizzanti -L'utilizzo delle apparecchiature e/o delle sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti, viene effettuato nel rispetto della normativa vigente per la protezione della popolazione	solo per spdc
GENER08.AU.1.22	Smaltimento delle acque-Lo smaltimento delle acque viene effettuato nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.23	Smaltimento rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo (ex potenzialmente infetti) -Lo smaltimento dei rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo viene effettuato nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.24	Smaltimento rifiuti speciali pericolosi (ex tossico - nocivi) -Lo smaltimento dei rifiuti speciali pericolosi viene effettuato nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.25	Smaltimento rifiuti radioattivi -Se la struttura produce rifiuti radioattivi, il loro smaltimento viene effettuato nel rispetto della normativa vigente	
GENER08.AU.1.26	Smaltimento rifiuti -Esiste un piano per la raccolta differenziata dei rifiuti	
GENER08.AU.2.1	Esiste documentazione predisposta dai servizi tecnici incaricati relativa alle procedure per gli interventi di manutenzione correttiva e preventiva della struttura e degli impianti	
GENER08.AU.2.2	Sono stati individuati i responsabili degli interventi di manutenzione delle strutture e degli impianti	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER08.AU.2.3	Il personale è a conoscenza delle modalità di attivazione delle procedure per gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria della struttura e degli impianti	
GENER09.AU.1.1	Le apparecchiature biomediche disponibili sono conformi alle disposizione di legge	solo per strutture pubbliche
GENER09.AU.1.2	Esistono specifiche procedure per gli acquisti delle apparecchiature biomedicali e delle attrezzature mediche	solo per strutture pubbliche
GENER09.AU.1.2.1	Le procedure prevedono la consultazione dei servizi tecnici, di SPP e eventualmente di ingegneria clinica e di valutazione della tecnologia (Technology assessment)	solo per strutture pubbliche
GENER09.AU.2.1	Sono effettuati i collaudi di accettazione per le apparecchiature biomediche	
GENER09.AU.3.1	La Direzione dispone di un inventario delle attrezzature/ apparecchiature in dotazione	
GENER09.AU.3.2	L'inventario viene aggiornato in modo costante e continuativo	
GENER09.AU.3.3	Le attrezzature/ apparecchiature sono corredate della documentazione prevista dalla legge	
GENER09.AU.4.1	La Direzione ha disposto regole per l'uso sicuro e appropriato delle apparecchiature biomedicali	
GENER09.AU.4.2	La Direzione ha disposto regole per l'utilizzo economico delle apparecchiature biomedicali	n.a.
GENER09.AU.4.3	Esiste un piano per la manutenzione preventiva (o ordinaria) e correttiva (straordinaria) delle attrezzature / apparecchiature biomediche	
GENER09.AU.4.4	Il piano è reso noto agli operatori ai diversi livelli.	
GENER09.AU.4.5	Esiste una procedura che prevede per ogni apparecchiatura biomedica una cartella che riporta i dati significativi di ogni intervento manutentivo.	
GENER09.AU.4.6	Esiste una Organizzazione per la gestione del controllo di qualità delle apparecchiature biomedicali e sanitarie	

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER01.AC.1.5	La Direzione aziendale ha definito e documentato le politiche complessive dell'azienda per la qualità dell'assistenza	
GENER01.AC.1.5.1	Per lo sviluppo delle politiche per la qualità dell'assistenza sono stati consultati i responsabili di struttura organizzativa	
GENER01.AC.1.5.2	Le politiche per la qualità sono portate a conoscenza degli operatori	
GENER01.AC.1.6	La Direzione aziendale effettua periodicamente un'analisi dei bisogni della propria utenza.	
GENER01.AC.1.7	Fin dal primo contatto la struttura valuta se è in grado di soddisfare i bisogni dell'utente e si attiva per soddisfarli.	nota: Si consiglia di approfondirlo nel documento specificandolo ulteriormente
GENER01.AC.2.5	Il Documento delle politiche della struttura è stato elaborato, oltre che con la Direzione aziendale con il contributo del personale della struttura organizzativa	
GENER01.AC.2.6	Il Documento delle politiche della struttura è stato elaborato con il personale di altre Strutture o Servizi direttamente coinvolte.	
GENER01.AC.2.7	Il Documento è verificato e revisionato dalla Direzione ad opportuni intervalli	
GENER01.AC.2.8.1.	La Direzione definisce per le prestazioni/servizi erogati regolamenti interni e/o standard di prodotto intesi come linee guida , Protocolli o Profili di Cura Aziendali (PCA) aggiornati.	
GENER01.AC.2.8.2	I regolamenti interni e gli standard di prodotto sono tempestivamente o periodicamente aggiornati	
GENER01.AC.2.8.3	La Direzione definisce all'interno del budget o di rapporti attività/ risorse i progetti obiettivo	
GENER02.AC.1.1.1	La struttura effettua la valutazione periodica delle attività	
GENER02.AC.1.1.2	Le procedure prevedono l'assegnazione delle responsabilità per ogni specifica valutazione/controllo	
GENER02.AC.2.1.2	E' valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi di attività definiti in base bisogni	
GENER02.AC.2.1.4	E' valutato il grado di raggiungimento degli obiettivi in termini di costi sostenuti per prestazioni/servizi erogati e/o processi assistenziali	
GENER02.AC.2.2	Il paziente è rivalutato ad intervalli regolari per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi clinico-assistenziali	
GENER02.AC.2.3	E' valutato il raggiungimento dei risultati in merito alla soddisfazione degli operatori	
GENER02.AC.2.4	E' valutato il raggiungimento dei risultati in merito alla adeguatezza delle risorse	
GENER02.AC.2.5	Vengono effettuate verifiche e valutazioni sull'efficacia degli interventi formativi rispetto alla criticità iniziale (problema) che ha fatto nascere l'esigenza formativa	
GENER02.AC.2.7	I dati risultanti dalle attività di valutazione svolte vengono presentati e discussi con le parti interessate	
GENER02.AC.2.8	Le attività di valutazione svolte sono documentate	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER02.AC.3.1	Esistono indicazioni per l'attuazione del "governo clinico"	n.a.
GENER02.AC.3.2	Le linee guida favoriscono l'integrazione fra gli operatori ospedalieri e territoriali	n.a.
GENER02.AC.3.3	Esiste un comitato di direzione del governo clinico o un programma con un responsabile individuato per del governo clinico.	n.a.
GENER02.AC.3.4	Esiste un budget assegnato per intraprendere progetti/azioni per la gestione delle tematiche del governo clinico.	n.a.
GENER02.AC.3.5	Vengono implementate e aggiornate con azioni sistematiche le linee guida	
GENER02.AC.3.6	Vengono applicati in modo sistematico e costante strumenti di garanzia della qualità clinica (audit clinico, linee guida e/o percorsi diagnostico-assistenziali)	
GENER02.AC.3.7	Vengono effettuate valutazioni periodiche sull'outcome clinico	Si fa riferimento agli indicatori specificati nel PO regionale in atto
GENER02.AC.3.8	Sono presenti linee guida e percorsi diagnostico-assistenziali all'interno delle U.O. per patologie prevalenti	
GENER02.AC.4.1	E' valutato il grado di raggiungimento della soddisfazione del personale	
GENER02.AC.4.2	E' valutato il grado di raggiungimento della soddisfazione degli utenti	da considerare anche quella dei familiari
GENER03.AC.1.2	La struttura ha attivato iniziative per ridurre le barriere linguistiche e culturali e assicurare l'accessibilità alle prestazioni.	
GENER03.AC.2.2.1	La documentazione di informazione dell'utenza fornisce ulteriori elementi rispetto a quelli indicati per l' AU	
GENER03.AC.2.3	La documentazione per l'informazione dell'utenza è diffusa con sistematicità	
GENER03.AC.2.4	La documentazione per l'informazione dell'utenza è revisionata ad opportuni intervalli e comunque quando sono intervenute variazioni significative	
GENER03.AC.2.5	La documentazione per l'informazione dell'utenza è redatta con l'apporto delle associazioni rappresentative degli utenti	n.a.
GENER03.AC.2.6	Esistono modalità documentate per informare con sistematicità ed eguaglianza i pazienti (o i tutori) circa le condizioni cliniche e i trattamenti previsti, al di là del consenso informato.	
GENER03.AC.2.7	La Struttura predispone, ridiscute e aggiorna la documentazione per l'informazione dell'utenza con l'apporto dei responsabili di struttura e del personale	
GENER03.AC.3.1	La documentazione per l'informazione dell'utenza è diffusa all'interno della Struttura	
GENER03.AC.3.1.1	Sono disponibili appositi mezzi e modalità per la circolazione delle informazioni	
GENER03.AC.3.2	Il personale della struttura è informato sui budget o sui programmi attività/risorse	
GENER03.AC.3.3	Esiste un sito internet/intranet	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER03.AC.3.3.2	E' garantito l'accesso a testi, riviste, letteratura specialistica medica e amministrativa (almeno a livello aziendale)	
GENER03.AC.3.4	Sono garantiti sistematici momenti di coordinamento e di integrazione almeno tra i responsabili delle diverse articolazioni organizzative interne	
GENER03.AC.3.5	Esistono momenti sistematici di coordinamento ed integrazione della Struttura con altre strutture sanitarie, soggetti sanitari e/o soggetti non sanitari	n.a. perché presente nei requisiti specifici
GENER03.AC.3.6	È redatto un rapporto annuale consuntivo sulle attività svolte con informazioni sul raggiungimento degli obiettivi prefissati e sui problemi ancora aperti	
GENER03.AC.3.7	Il rapporto annuale sulle attività è portato a conoscenza ai vari livelli	
GENER04.AC.1.2	Viene svolta un'attività di valutazione per l'attribuzione del personale sulla base delle caratteristiche specifiche a svolgere un determinato tipo di lavoro	
GENER04.AC.2.1.1	Esiste una documentazione predisposta dal livello aziendale da distribuire al nuovo personale	
GENER04.AC.2.2	È predisposto un piano di affiancamento per l'addestramento del personale di nuova acquisizione o di quello assegnato a nuove funzioni (tutoring)	
GENER04.AC.3.3	La programmazione delle attività di formazione e aggiornamento è sviluppata coinvolgendo gli operatori	
GENER04.AC.3.4	Esiste registrazione delle attività di formazione e aggiornamento del personale	
GENER04.AC.3.5	Le conoscenze maturate all'esterno vengono documentate e condivise con tutto il personale interessato attraverso relazioni o meeting o pubblicazioni su strumenti a circolazione interna	
GENER05.AC.1.4	Sono predisposte specifiche procedure di accesso agli archivi nel rispetto della riservatezza richiesta	
GENER05.AC.1.5	Sono previsti collegamenti funzionali tra gli archivi	
GENER05.AC.2.1.2	E' resa possibile l'identificazione e la rintracciabilità dei documenti	
GENER05.AC.2.1.3	E' resa possibile l'individuazione dei destinatari della documentazione	
GENER05.AC.2.2	Per ogni tipologia principale di documento è regolamentata la gestione documentale	
GENER06.AC.1.2	Esistono linee guida per la definizione delle priorità di accesso alle prestazioni	
GENER06.AC.1.7	Sono disponibili protocolli, linee guida, regolamenti interni e profili di cura (PCA) per le prestazioni/servizi erogati	
GENER06.AC.1.11	Vi sono disposizioni che regolano l'organizzazione delle attività nel rispetto dei ritmi e delle abitudini di vita dei pazienti.	n.a. perché presente nei requisiti specifici
GENER06.AC.1.12	I piani clinico-assistenziali sono formulati nel rispetto dei valori e delle credenze dei pazienti	n.a. perché presente nei requisiti specifici
GENER06.AC.1.13	Esiste un regolamento che garantisca la privacy del paziente	

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER06.AC.1.14	Esistono procedure che regolano l'assistenza ai pazienti che si trovano in condizioni di fragilità, anche temporanea	n.a.
GENER06.AC.3.3	Nell'atto aziendale sono esplicitate le politiche per la gestione dei rischi	
GENER06.AC.3.4	E' favorito lo scambio di esperienze tra addetti ai lavori su problemi connessi alla gestione dei rischi clinici e non clinici	
GENER06.AC.3.5	E' stata fatta una valutazione del rischio clinico con un piano di azione per ridurre i rischi chiave identificati come meritevoli di urgente attenzione.	Vi è un monitoraggio nel tempo degli incidenti
GENER06.AC.3.6	I protocolli scritti e aggiornati per il controllo dei rischi biologici sono portati a conoscenza del personale	
GENER06.AC.3.7	Esistono procedure per la gestione dei pazienti ad alto rischio e dei servizi considerati ad alto rischio.	
GENER06.AC.3.8	E' disponibile un protocollo condiviso di profilassi antibiotica per pazienti sottoposti ad interventi chirurgici	n.a.
GENER06.AC.3.9	L'organizzazione effettua il monitoraggio dei rischi che derivano da eventuali difetti di alcune tipologie di presidi: protesi vascolari, protesi ortopediche, lenti intraoculari, pace maker.	n.a.
GENER06.AC.3.10	L'organizzazione adotta apposita scheda/reporting per segnalazione eventi avversi.	è da intendersi come generica procedura di segnalazione
GENER06.AC.3.11	Esiste un Clinical Incident Reporting System operativo nell'organizzazione	n.a.
GENER06.AC.3.12	La Direzione aziendale e di struttura organizzativa supportano attivamente le pratiche di gestione dei rischi da parte dell'organizzazione:	
GENER06.AC.3.12.1	- allocando risorse per la gestione del rischio	
GENER06.AC.3.12.2	- rendendo consapevoli clienti/utenti, personale dipendente, altri operatori e volontari dei propri ruoli e delle proprie responsabilità riguardo alla gestione dei rischi	
GENER07.AC.1.4	Il progetto di miglioramento della qualità, è utilizzato anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (RNM, TAC, Angioplastiche, etc.)	Da intendersi In relazione agli episodi di ricovero e ai percorsi complessi di cura

Codice Univoco	Requisito	Indicazioni del tavolo di lavoro
GENER07.AC.2.1	I progetti e/o attività di miglioramento sono prioritizzati in funzione di esigenze documentate sulla base di valutazioni e verifiche interne, privilegiando l'umanizzazione della cura e la centralità del paziente	Vi è un piano scritto strategico (a medio/lungo termine) per le attività di MCQ <i>Nel documento dovrebbero essere almeno specificati:</i> - l'organizzazione - con le relative responsabilità - dei programmi di MCQ, - le risorse in termini di tempo degli operatori, di sostegno segretariale e di altro tipo e per la formazione che la direzione intende mettere a disposizione delle attività di MCQ e di relazioni con il pubblico, - le modalità con cui mettere in atto i suggerimenti emersi dai progetti di MCQ
GENER07.AC.2.2	I progetti e/o attività di miglioramento sono formalizzati e contengono obiettivi chiaramente definiti	
GENER07.AC.2.3	Esiste documentazione dei progetti non terminati e/o in merito al loro fallimento	
GENER07.AC.2.4	Sono discussi e condivisi i casi e le condizioni di fallimento dei progetti	
GENER07.AC.2.4.1	Sono discussi e condivisi i casi e le condizioni di fallimento con i pazienti/ familiari singoli o loro organizzazioni	
GENER07.AC.2.5	Esiste traccia documentale dei cambiamenti apportati a fronte dell'implementazione di progetti e/o attività di miglioramento	Sono in corso documentati progetti MCQ che negli ultimi 24 mesi sono arrivati alla fase di identificazione degli interventi migliorativi nelle aree identificate come rilevanti nei Piani Socio Sanitari nazionali e Regionali e nei Progetti Obiettivo sulla Salute Mentale Nazionali e Regionali Il sistema qualità viene riesaminato in modo documentato ad intervalli regolari per valutare le sue capacità di produrre miglioramenti
GENER07.AC.2.6	Sono stati attivati progetti orientati al miglioramento dell'appropriatezza dei processi clinico-assistenziali	si specifica la necessità di evidenziare le ricadute effettive sull'operatività della struttura