

ALLEGATO 2

Criteri, requisiti ed evidenze generali

1. Premessa

Negli ultimi anni è diventata sempre più rilevante la spinta della richiesta ai Servizi sanitari e Sociosanitari di costruire un Sistema di garanzia che abbia la finalità primaria di offrire assistenza integrata, appropriata ed efficace per la presa in carico di persone con bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, spesso particolarmente complessi, articolati, e variabili.

È necessario costruire sistemi sensibili ai mutamenti epidemiologici e sociodemografici e alla conseguente trasformazione del bisogno e della domanda di salute e di assistenza, mantenendo adeguati livelli di qualità e sicurezza. Il perseguimento di tali obiettivi trova nell'Accreditamento Istituzionale uno strumento di garanzia, una leva per lo sviluppo delle diverse dimensioni della qualità e per il miglioramento continuo dei Servizi e delle Cure.

Il modello che caratterizza l'ambito sociosanitario deve necessariamente valorizzare il coinvolgimento della persona assistita, della famiglia e della comunità di riferimento, riconoscendone la parte attiva dei processi di cura, di assistenza e di tutela dello stato di salute e benessere.

Il DPCM 12 gennaio 2017, di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, al Capo IV ("Assistenza sociosanitaria") articola e descrive le differenti tipologie di assistenza sociosanitaria, distinguendo i livelli di complessità e di intensità assistenziale. Lo stesso provvedimento fissa le linee direttrici e i presupposti indispensabili per la definizione di politiche e interventi mirati ed efficaci, individuando in particolar modo nella valutazione multidimensionale del bisogno, nell'unitarietà dell'intervento e del percorso assistenziale, nel piano di assistenza individuale (PAI), i principali riferimenti.

L'obiettivo generale e prevalente nella progettazione, sviluppo, pianificazione, e programmazione del Sistema dei servizi è quello di garantire efficace e appropriata assistenza integrata per la presa in carico di persone con bisogni di salute complessi, variegati, e mutevoli.

Tale Sistema consente al tempo stesso di valutare le dinamiche della trasformazione dei bisogni al fine di migliorare il collegamento tra diverse forme e intensità di assistenza sanitaria e sociosanitaria, mantenendo adeguati livelli di qualità e sicurezza, incrementando l'efficacia, l'efficienza, l'accessibilità e la qualità dei servizi, assicurando un approccio globale e sistemico, per quanto possibile, in grado di favorire la continuità assistenziale, il coordinamento dei servizi, l'appropriatezza e l'integrazione degli interventi, anche di carattere sociale.

Il modello generale del sistema di accreditamento della Regione Emilia-Romagna è stato definito e sviluppato salvaguardando analogie e punti di contatto tra i Servizi Sanitari e i Servizi Sociosanitari per la salute, il benessere e la cura delle persone, nella loro interezza e complessità. Particolare attenzione è stata posta nella definizione dei criteri e nell'individuazione di metodologie adeguate e pertinenti con le specificità caratterizzanti l'ambito sociosanitario, anche al fine di individuare, esplicitare e valorizzare le coerenze e le connessioni del complessivo sistema di cura e servizi rivolto alle persone, alle loro famiglie e ai loro contesti di vita.

2. Metodologia

Con l'Intesa n. 259 del 20 dicembre 2012 (Rep. /CSR) Stato, Regioni e Province autonome hanno condiviso - nell'ambito del documento "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" delle strutture sanitarie - il primo set di criteri, requisiti ed evidenze per il Sistema di accreditamento istituzionale, condivise a livello nazionale. La stessa Intesa (Conferenza Stato-Regioni n. 259 del 20 dicembre 2012, paragrafo 5) ha previsto la successiva predisposizione di un documento relativo all'autorizzazione e all'accreditamento delle strutture sociosanitarie pubbliche e private.

A tal fine è stato istituito un Tavolo di lavoro a livello nazionale tra le cui finalità risulta esplicita la definizione di un documento per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sociosanitarie in merito al supporto, sviluppo e applicazione del Sistema di Accreditamento Nazionale e delle "buone pratiche" condivise e documentate.

Da dicembre 2020 a luglio 2021 la Regione Emilia-Romagna ha partecipato ai lavori di due sottogruppi di esperti sull'accreditamento sociosanitario attivati dal "Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale" (di cui all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012), costituito presso il Ministero della Salute e composto da rappresentanti dello stesso Ministero, dell'AGENAS, dell'ISS e delle Regioni e Province autonome, demandati a predisporre:

- "Disciplinare per l'accreditamento sociosanitario" delle strutture sociosanitarie pubbliche e private di cui al Capo IV «integrazione socio-sanitaria» del DPCM 12 gennaio 2017, con particolare riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali, per definire criteri di qualità peculiari dell'assistenza sociosanitaria;
- "Criteri essenziali di sicurezza e qualità del percorso assistenziale della persona non autosufficiente nelle residenze sanitarie assistenziali", applicabili alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) pubbliche e private e a tutte le strutture riconducibili alle tipologie di cui all'articolo 30 del DPCM 12 gennaio 2017 rivolte a persone non autosufficienti.

I due sottogruppi a conclusione dei lavori hanno elaborato due documenti tecnici da sottoporre al percorso politico-istituzionale per l'approvazione a livello nazionale.

A oltre un decennio dall'avvio dell'esperienza dell'accreditamento dei servizi sociosanitari in Emilia-Romagna si è reso necessario un aggiornamento del sistema dei criteri e requisiti di accreditamento, disciplinati dalla DGR 514/2009 e ss.mm.ii., che tenga conto dell'esperienza maturata e delle novità intervenute.

A tal fine è stato istituito e formalizzato con la Determinazione del Direttore Generale Cura della Persona Salute e Welfare n. 19534 del 14/10/2022 il "Gruppo Regionale per l'aggiornamento del sistema di accreditamento sociosanitario e per lo sviluppo e innovazione della rete dei servizi sociosanitari e socio-assistenziali".

Il Gruppo vede presenti rappresentanti dei soggetti gestori pubblici e privati, del terzo settore e delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, dei tecnici degli Enti Locali, delle Aziende USL, della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, a cui è stato assegnato l'obiettivo generale di formulare le proposte in merito alle modifiche e aggiornamento in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari e socioassistenziali.

Il modello di accreditamento proposto si fonda sui contenuti dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (rep. atti n. 259/CSR) con particolare riferimento all'Allegato A) "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento", sviluppato per le strutture eroganti prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale. L'opzione è stata quella di specificare i criteri, i requisiti e le evidenze del predetto Disciplinare adattandoli al settore sociosanitario, per renderli più aderenti ad una tipologia di assistenza che ha caratteristiche sue proprie di prossimità, di iniziativa e di continuità assistenziale e che comporta peculiari modalità di garanzia della centralità della persona e della corretta considerazione dei suoi bisogni secondo un approccio di presa in carico globale e la conseguente organizzazione coordinata e unitaria della risposta assistenziale.

Tenendo conto della peculiarità dell'esperienza che contraddistingue il sistema di accreditamento sociosanitario della Regione Emilia-Romagna, e ritenendo allo stesso tempo necessario anche per questo ambito, come già avvenuto per il settore sanitario, rendere omogenee sul territorio nazionale alcune garanzie di qualità delle cure e dell'assistenza, sono stati declinati nel presente documento una serie di criteri, requisiti ed evidenze considerati essenziali per l'accreditamento delle strutture sociosanitarie pubbliche e private.

Le indicazioni del presente documento si applicano ai seguenti servizi previsti nel sistema della Regione Emilia-Romagna, che costituiscono Livelli essenziali di assistenza ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 - Capo IV ("Assistenza sociosanitaria"):

- servizi a sostegno della domiciliarità
- casa-residenza per anziani non autosufficienti
- centro diurno assistenziale per anziani
- centro socio-riabilitativo residenziale per disabili
- centro socio-riabilitativo semiresidenziale per disabili.

3 Criteri, requisiti ed evidenze generali per l'accreditamento delle strutture sociosanitarie

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie;

2° Criterio - Prestazioni e servizi;

3° Criterio - Aspetti strutturali;

4° Criterio - Competenze del personale;

5° Criterio – Comunicazione;

6° Criterio - Appropriatezza clinica e sicurezza;

7° Criterio - Processi di miglioramento ed innovazione;

8° Criterio – Umanizzazione.

I criteri, i requisiti e le evidenze del presente allegato si applicano a tutti i servizi; negli allegati dei singoli servizi sono inoltre indicate ulteriori evidenze sulla base della specificità di ciascuno servizio.

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie <i>"Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
1.1 modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1 presenza di un documento di pianificazione strategica del servizio condivisa con il personale, coerente con le scelte della programmazione sociosanitaria dell'ambito territoriale di riferimento, aggiornata in accordo con i soggetti pubblici nel caso di modifica della programmazione per la durata dell'accreditamento
	1.1.2 presenza del piano annuale in cui vengono indicati: • obiettivi e attività; • definizione e allocazione delle relative risorse economiche, umane e tecnologiche; • verifica con indicatori e relativi standard; • modalità di integrazione tra le figure professionali e i volontari, i tirocinanti e gli operatori del servizio civile eventualmente presenti, che svolgono attività aggiuntiva e non sostitutiva.
	1.1.3 presenza di un piano organizzativo che deve dare evidenza della programmazione giornaliera e periodica delle attività, ivi compresi lo schema di distribuzione programmata degli orari di funzionamento del servizio, i turni degli operatori, i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie e i permessi del personale, la modalità e gli strumenti adottati per il passaggio delle consegne e la copertura delle presenze e delle assenze
	1.1.4 il piano organizzativo si basa sull'evidenza di un'organizzazione del lavoro centrata sulla progettazione e verifica del piano di assistenza individuale condiviso attraverso incontri sistematici e periodici di confronto, verifica e integrazione interprofessionale (lavoro di équipe) sui singoli casi e sulle attività, dai quali risultino le questioni affrontate e le decisioni prese.
	1.1.5 il soggetto gestore del servizio elabora strategie di fidelizzazione del personale: • contrasto all'instabilità del rapporto di lavoro e del turn over; • definizione di politiche incentivanti per il personale; • azioni per lo sviluppo dell'identità sociale e la condivisione della mission • riconoscimento delle specifiche responsabilità professionali e del ruolo identitario degli operatori come produttori di cura e benessere ad ogni livello e per ciascun ospite
	1.1.6 messa a disposizione ed evidenza di tutte le dotazioni e di tutti gli strumenti adeguati allo svolgimento delle varie attività e mansioni assegnate al personale (in aggiunta a quanto previsto dal Dlgs 81/2008 e ss.mm.ii.)

	1.1.7 pianificazione, organizzazione ed erogazione dei seguenti servizi di supporto in qualsiasi forma prodotti: • alberghieri, • di accompagnamento, • amministrativi, • pulizia dei locali, • degli arredi, • delle attrezzature e degli ausili, nel rispetto dei bisogni e dei ritmi di vita delle persone, assicurando l'integrazione degli stessi. I servizi sono garantiti in modo unitario dal gestore in qualità di unico responsabile, perseguendo il benessere completo della persona ospitata e del personale ivi impiegato
1.2 modalità per l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la continuità assistenziale con l'esterno	1.2.1 il servizio promuove e dà evidenza dell'attività di integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, con riferimento anche alle risorse informali (associazioni, enti del terzo settore, servizio civile, parrocchie, ecc..) del territorio, e partecipa a programmi di continuità assistenziale, identificando le interfacce, con i relativi punti di coordinamento e di controllo
	1.2.2 il servizio identifica una figura di collegamento e coordinamento con i servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio per garantire l'interazione e favorire la continuità assistenziale
	1.2.3 evidenza delle modalità per garantire la gestione del dolore e le cure palliative, anche attraverso il supporto dei servizi competenti del territorio e l'adesione ai protocolli operativi della rete locale di cure palliative (RLCP) di riferimento territoriale, quando previsti per la specifica tipologia di utenza
	1.2.4 evidenza di facilitazione alla partecipazione degli utenti ai Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) quando previsti e attivati dai servizi pubblici per la specifica tipologia di utenza (es: demenze; autismo; sclerosi multipla; gravi cerebrolesioni, ecc.)
1.3 definizione delle responsabilità	1.3.1 presenza di documentazione che descriva i processi e le relative responsabilità organizzative, assistenziali e professionali (es: organigramma e funzionigramma) con definizione di ruoli e livelli di responsabilità, compresa la responsabilità per la formazione, per il conseguimento degli obiettivi di qualità, per la verifica dei risultati e il miglioramento continuo
	1.3.2 presenza di una documentata attività di rivalutazione dell'organizzazione e delle responsabilità delegate da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura

1.4 modalità e strumenti di gestione dei sistemi informativi	1.4.1 il servizio individua i bisogni informativi, predispone le strumentazioni necessarie a garantire la qualità dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità e identifica nell'organigramma un referente del sistema. È richiesto di dare evidenza della presenza di sistemi informativi in grado di: • consentire la tracciatura dei dati • fornire il supporto alle attività di pianificazione, controllo e verifica • ottemperare ai debiti informativi verso le istituzioni (es. regionali e nazionali o territoriali, come AUSL e Comuni).
	1.4.2 presenza di una modalità concordata con i servizi territoriali competenti che garantisca la trasparenza e la tempestività delle informazioni e dei dati per il sistema di accesso, presa in carico e dimissioni
	1.4.3. È documentata la conoscenza da parte del personale del sistema informativo in uso e la partecipazione alla raccolta e all'analisi dei dati
	1.4.4. Sono garantiti un sistema di valutazione delle condizioni di bisogno della persona, sulla base delle indicazioni regionali (informatizzato ove previsto) l'assolvimento del debito informativo stabilito con gli interlocutori coinvolti nel processo di cura e assistenza
1.5 modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	1.5.1 Formalizzazione e messa in atto di un programma (strumenti, modalità e tempi secondo le modalità definite dall'organizzazione) che includa la definizione degli indicatori e dei relativi standard per la valutazione di qualità dei servizi erogati
	1.5.2 Evidenza di partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione della qualità, elaborazione dei relativi report delle azioni e verifica dei risultati
	1.5.3 Evidenza di modalità per la comunicazione dei risultati delle valutazioni della qualità del servizio alle parti interessate, interne ed esterne, (es: utenti, familiari/caregiver e loro rappresentanze, operatori e servizi territoriali)
1.6 modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.1 Evidenza delle modalità adottate per: • la raccolta e la tracciabilità dei reclami/disservizi • la predisposizione delle azioni e dei piani di miglioramento • le valutazioni e i monitoraggi per il miglioramento • la comunicazione esterna su esiti e analisi di reclami/disservizi
	1.6.2 Evidenza di analisi dei principali processi per individuare le fasi nelle quali si rilevino criticità (ad es. errori e disservizi, mancato passaggio di consegne, ritardi, incomprensioni tra operatore e persona interessata) al fine della loro prevenzione

2° Criterio - Prestazioni e servizi "L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"	
REQUISITI	EVIDENZE
2.1 tipologia di servizi erogati	2.1.1 presenza di una carta dei servizi, eventualmente anche pubblicata sul sito web della struttura, che espliciti gli impegni del gestore e tenga conto degli indicatori di benessere, revisionata/aggiornata periodicamente (almeno ogni anno), che assicuri informazioni semplici, aggiornate, complete e trasparenti sulle procedure di accesso e di erogazione del servizio, sulle attività offerte alle persone, sulle regole di vita comunitaria e sugli impegni assunti nei confronti di utenti e familiari/caregiver. Utilizzo dinamico della carta dei servizi con una modalità conforme alla normativa vigente
	2.1.2 indicazione, in una apposita sezione sul sito web denominata «Liste di attesa», dei criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per lo specifico servizio. In caso di contrattualizzazione le informazioni dovranno essere concordate con gli enti pubblici committenti
2.2 eleggibilità e presa in carico degli utenti	2.2.1 esplicitazione e formalizzazione dei criteri condivisi per l'eleggibilità e la presa in carico degli utenti con evidenza delle reciproche responsabilità (servizio inviante e servizio accogliente) sulla base delle procedure concordate con i servizi territoriali competenti

	2.2.2 presenza di modalità per la definizione, attuazione, valutazione e riformulazione periodica con eventuali azioni di miglioramento (di norma semestrale o in occasione di cambiamenti significativi) del piano di assistenza individuale o del piano educativo individuale (PAI - PEI) per ogni persona. Il Piano di Assistenza Individuale deve comprendere: • valutazione multidimensionale e multiprofessionale integrata con strumenti di valutazione comuni e riconosciuti in ambito scientifico e sulla base delle norme nazionali e regionali • individuazione degli obiettivi specifici d'intervento • individuazione dell'operatore referente del piano di assistenza individuale • informazione e coinvolgimento della persona e/o dei suoi familiari/caregiver nella definizione del piano di assistenza individuale dando evidenza della condivisione • modalità per garantire la presa visione dei piani di assistenza individuali da parte di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale • coinvolgimento attivo degli operatori sugli obiettivi del PAI e del PEI, agito sulle caratteristiche soggettive e sui bisogni delle persone • formalizzazione del piano di assistenza individuale, con la descrizione delle attività specifiche, dei tempi indicativi di realizzazione, della frequenza e della responsabilità degli interventi • realizzazione di attività di verifica sul piano di assistenza individuale (procedure, tempi e strumenti) • ridefinizione degli obiettivi sulla base dei risultati della valutazione e ritorno delle informazioni a tutti gli operatori che hanno partecipato al PAI/PEI Il Piano di Assistenza Individuale e la periodicità della sua revisione devono essere definiti in accordo e in continuità con il progetto di vita e di cura predisposto dai servizi sanitari e sociali
2.3 continuità assistenziale	2.3.1 formalizzazione e messa in atto di protocolli/procedure per garantire la continuità assistenziale delle persone (appropriatezza dei trasferimenti all'interno, tra nuclei della stessa struttura, delle dimissioni delle persone e delle riammissioni) e definizione delle responsabilità
	2.3.2 adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti (es: tra i servizi, nuclei) e i processi di dimissione
	2.3.3 adozione e diffusione di procedure per consentire che tutta la documentazione relativa alla persona sia a disposizione degli operatori in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni
2.4 monitoraggio e valutazione	2.4.1 le procedure e i protocolli assistenziali adottati sono aggiornati almeno con periodicità triennale e comunque ogni qualvolta si renda necessario, in aderenza a linee guida/raccomandazioni nazionali/regionali/territoriali, specifiche di settore

	2.4.2 evidenza di valutazione delle situazioni clinico/assistenziali a rischio per la sicurezza delle persone interessate e di adozione di strategie per la riduzione del rischio (es. cadute, lesioni da pressione) attraverso l'utilizzo di strumenti e metodologie specifiche rispetto alla tipologia del servizio
	2.4.3 facilitazione della partecipazione degli utenti del servizio, in particolare residenziali, ai programmi di screening/diagnosi precoce avviati a livello nazionale e regionale nel caso in cui gli stessi siano tra la popolazione target
	2.4.4 presenza e messa in atto di modalità per la collaborazione con i Medici di Medicina Generale, qualora previsto e secondo le indicazioni dei protocolli definiti dall'Azienda sanitaria
2.5 modalità di gestione della documentazione sociosanitaria	2.5.1 presenza di una cartella/fascicolo (secondo le indicazioni regionali) comprensiva del PAI/PEI per la raccolta delle informazioni sociosanitarie di ciascuna persona, preferibilmente in formato elettronico. Sono formalizzate e messe in atto modalità per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione, la valutazione della documentazione sociosanitaria e la definizione dei tempi e modalità di accesso alla stessa da parte delle persone e/o famigliari/caregiver previo consenso da parte dell'interessato/a
	2.5.2 adozione di una procedura di gestione della cartella/fascicolo sociosanitario garantendo la sicurezza nell'accesso, la tenuta della documentazione e la riservatezza delle informazioni
3° Criterio - Aspetti strutturali <i>"L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
3.1 idoneità all'uso delle strutture	3.1.1 devono essere assicurati i requisiti strutturali stabiliti per legge e il possesso della autorizzazione al funzionamento, per le tipologie di servizio per le quali è prevista
	3.1.2 devono essere assicurate adeguate condizioni di benessere microclimatico delle persone durante l'intero arco dell'anno, mediante il controllo della temperatura, dell'umidità e del ricambio dell'aria. Tale controllo deve garantire la regolazione differenziata dei parametri per area (es. zona giorno-zona notte) della struttura, tenendo conto delle condizioni fisiche delle persone e, dove possibile, delle loro preferenze
	3.1.3 deve essere predisposta un'autovalutazione descrittiva delle misure adottate per raggiungere le condizioni di benessere microclimatico, che tenga conto degli elementi strutturali, impiantistici, climatici e delle condizioni al contorno

	3.1.4 le autovalutazioni devono contenere un'analisi oggettiva delle condizioni della struttura rispetto al rischio di disagio termico. Elementi essenziali su cui basare l'autovalutazione sono: • Caratteristiche dell'edificio (trasmissione termica, caratteristiche architettoniche interne ed esterne, ecc.); • Dotazioni impiantistiche per il controllo del microclima, comprensive dei sistemi di regolazione; • Valutazione della zona dal punto di vista climatico (altitudine, zonizzazione, esposizione, ombreggiamento, ecc.); • Prossimità dell'edificio ad aree non edificate / aree verdi. Contestualmente deve essere definito un piano organizzativo che identifichi gli interventi, le soluzioni e le procedure correlate alle diverse situazioni per garantire il benessere microclimatico degli ospiti, comprese le indicazioni utili ad organizzare interventi di base nel periodo estivo e invernale ed indicazioni utili in caso di emergenze climatiche.
	3.1.5 evidenza della pianificazione di interventi necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione
	3.1.6 presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale per operatori ed utenti
	3.1.7 presenza e messa in atto di piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate, in particolare nelle strutture di dimensione più ampia, dai dati rilevati rispetto a incidenti, infortuni e altri eventi, quale miglioramento del programma di gestione e di riduzione dei rischi ambientali
	3.1.8 formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro (comprese le prove tecniche di evacuazione previste dalle normative vigenti)
3.2 gestione e manutenzione delle attrezzature	3.2.1 il soggetto gestore deve assicurare attrezzature e ausili previsti dal PAI/PEI per il mantenimento del più alto livello di abilità residue, autonomia e benessere personale, mediante: • l'attivazione tempestiva dei percorsi per l'acquisizione dall'AUSL dei dispositivi medico sanitari, delle apparecchiature elettromedicali, delle attrezzature e degli ausili tecnologici e per la comunicazione previsti nel nomenclatore, nel rispetto delle normative e disposizioni regionali; • la disponibilità, dei dispositivi medico sanitari, delle apparecchiature elettromedicali, delle attrezzature e degli ausili tecnologici e per la comunicazione di base, non personalizzati o non previsti nel nomenclatore.
	3.2.2 le caratteristiche e la collocazione degli arredi, degli ausili e delle attrezzature devono essere adeguati alle condizioni delle persone, riproponendo un ambiente familiare che garantisca l'autonomia e la sicurezza

	3.2.3 presenza di un inventario di tutte le attrezzature utilizzate, che prevede la modalità per la loro identificazione (esclusa l'assistenza domiciliare)
	3.2.4 presenza di un piano per la gestione (compresa la dismissione, la sostituzione e la programmazione degli acquisti) e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature con documentazione degli interventi effettuati. La documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature è disponibile per gli addetti alla manutenzione. Il personale attiva le procedure per la manutenzione correttiva (esclusa l'assistenza domiciliare)
	3.2.5 evidenza di addestramento e verifica per il personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione, pulizia, e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, attrezzature, ecc. e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore (esclusa l'assistenza domiciliare)
4° Criterio - Competenze del personale <i>"L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
4.1 programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	4.1.1 il personale deve possedere i titoli professionali prescritti e le qualifiche individuate dalla normativa vigente

	4.1.2 presenza di un piano di formazione, anche pluriennale, comprensivo della formazione all'uso delle nuove tecnologie, ove necessario, e della formazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente in tema di sicurezza che, al fine di favorire l'approccio all'integrazione sociosanitaria e interprofessionale, che preveda: • il monitoraggio delle competenze professionali presenti nella struttura • la rilevazione dei fabbisogni formativi e per il mantenimento delle competenze anche attraverso il coinvolgimento degli operatori • la programmazione delle attività formative • la valutazione della soddisfazione e dell'efficacia della formazione • la condivisione delle conoscenze acquisite • per gli operatori sanitari deve essere previsto un percorso formativo specifico per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio • lo sviluppo di tematiche relative al miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale, al risk management, nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure • apposita formazione per gli operatori sugli aspetti relazionali per assicurare la qualità della comunicazione tra operatori, utenti e loro familiari/caregiver • opportunità di aggiornamento e formazione dei volontari, anche in collaborazione con i Centri servizio volontariato • Programmazione di formazione mirata in riferimento alla tipologia di utenza come previsto nei requisiti specifici. La formazione deve essere documentata in modo tale da rendere riconoscibili i percorsi e i risultati, e per i profili previsti, i crediti formativi. Deve essere assicurato un programma annuale di formazione che interessa tutti gli operatori, che tenga conto anche delle proposte formulate dalla Committenza pubblica (AUSL e Comuni) per le quali deve essere garantita la partecipazione. Per quelli coinvolti nel processo assistenziale almeno per 16 ore annuali, non comprensive della formazione obbligatoria
4.2 selezione, inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.1 presenza e messa in atto di un percorso di inserimento, affiancamento e valutazione per il nuovo personale – neoassunto/trasferito – compreso il personale volontario e in tirocinio/stage, che tenga conto della complessità organizzativa (servizi offerti, organizzazione della struttura e bisogni delle persone), della sicurezza e prevenzione del rischio, della umanizzazione
	4.2.2 sono documentati la specifica formazione ed i curricula professionali degli operatori, tali da assicurare l'espletamento dei contenuti del ruolo lavorativo e delle competenze tecnico-professionali previste all'allegato 3.
	4.2.3 è documentata la partecipazione del personale alla definizione del bisogno formativo e la disponibilità di accesso alle fonti di informazione tecnico-scientifiche.

	4.2.4 il soggetto gestore del servizio attiva azioni di attrazione del personale anche attraverso: • azioni di comunicazione esterna e marketing sociale • contatti e azioni con enti di formazione, scuole, università, agenzie per l'impiego • tirocini all'interno dell'organizzazione.
5° Criterio - Comunicazione <i>“Una buona comunicazione e relazione fra operatori e utenti garantisce allineamento ai comportamenti attesi, aumento della sicurezza nella cura e assistenza, partecipazione di utenti e familiari/caregiver alle scelte di cura”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
5.1 modalità di comunicazione interna alla struttura, che favorisca la partecipazione degli operatori	5.1.1 adozione di modalità di diffusione al personale delle informazioni per la condivisione di mission, politiche, obiettivi di servizio e azioni conseguenti, strumenti e indicazioni, contenuti formativi, dati e informazioni relativi alla valutazione e verifica dei risultati e ai programmi di miglioramento per la qualità e sicurezza delle persone
	5.1.2 valutazione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura ed eventuale miglioramento, se necessario
5.2 analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori	5.2.1 periodica attività di monitoraggio e valutazione finalizzata a migliorare il livello di motivazione e benessere del personale e del clima organizzativo, favorire l'adesione ai cambiamenti organizzativi, la flessibilità e prevenire fenomeni di burn out del personale, anche attraverso l'uso di strumenti volti a: • monitorare le assenze • misurare la soddisfazione • raccogliere le segnalazioni/ i suggerimenti degli operatori • facilitare momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità rilevate • promuovere attività di sostegno per gli operatori ai fini del mantenimento della motivazione e delle attitudini personali, delle conoscenze e capacità relazionali • garantire forme di supervisione e supporto per gli operatori I risultati dei monitoraggi e delle valutazioni sono diffusi al personale
5.3 modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone e ai familiari/caregiver	5.3.1 presenza di una modalità strutturata di informazione con persone, familiari/caregiver (incluse precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza condivise con l'AUSL), anche attraverso l'uso di strumenti informativi sintetici
	5.3.2 evidenza di appropriata modalità di comunicazione con parenti e caregiver
	5.3.3 modalità concordata con la persona o con i familiari o l'amministratore di sostegno/tutore in caso di incapacità della persona, di gestione degli oggetti personali e del denaro a disposizione della persona per le piccole necessità individuali, tali da garantire la trasparenza
	5.3.4 rilascio della dichiarazione annua relativa alle spese per l'assistenza specifica e medica generica in tempi utili per la fruizione delle agevolazioni fiscali in sede di dichiarazione dei redditi
	5.3.5 garanzia di informazioni sui costi e sulla compartecipazione in modo da definire in maniera chiara i rapporti e i reciproci diritti/doveri tra la struttura, l'ente inviante, le persone interessate, i loro familiari e/o chi li rappresenta

5.4 coinvolgimento delle persone e dei familiari/caregiver nel processo di assistenza	5.4.1 presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità di informazione alla persona e ai suoi familiari/caregiver sui diritti e le responsabilità, e coinvolgimento della stessa al processo di cura in base al piano di assistenza individuale
	5.4.2 presenza di adeguate modalità di informazione, ascolto e partecipazione attiva delle persone, familiari/caregiver nella gestione delle attività quotidiane del servizio e di socializzazione interna ed esterna.
	5.4.3 presenza di procedure per la garanzia dei diritti delle persone (informazioni, consenso informato, tutela della privacy, protezione da negligenze, discriminazioni, sfruttamento di qualsiasi natura, trattamenti non rispettosi della dignità personale)
	5.4.4 sensibilizzazione del personale all'ascolto e al coinvolgimento proattivo della persona nelle attività previste nel piano individuale (PAI/PEI) o di quelle espresse come preferenza
	5.4.5 modalità di valutazione del coinvolgimento e della partecipazione/soddisfazione delle persone interessate e dei loro caregiver
5.5 modalità di ascolto delle persone	5.5.1 presenza, formalizzazione e diffusione delle modalità di presentazione e gestione di reclami, elogi, osservazioni e suggerimenti
	5.5.2 modalità di valutazione della soddisfazione e dell'esperienza delle persone interessate e famigliari/caregiver
	5.5.3 utilizzo e diffusione dei dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza delle persone per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate
6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza <i>"Efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità dell'assistenza e devono essere monitorati"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
6.1 approccio alla cura e all'assistenza secondo evidenze scientifiche e linee guida	6.1.1 Presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza in relazione alla tipologia di utenza ed in considerazione delle indicazioni nazionali, regionali e della AUSL di riferimento
	6.1.2 coinvolgimento del personale nell'applicazione dei protocolli, raccomandazioni ministeriali/regionali, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza, anche attraverso l'accessibilità alla formazione specifica
	6.1.3 sono presenti attività di valutazione/autovalutazione degli esiti relativi all'applicazione degli strumenti sopracitati con l'utilizzo di indicatori definiti o strumenti metodologici che permettano di valutare i risultati attesi. Sono utilizzati i dati di valutazione per le decisioni successive e il miglioramento continuo.
6.2 promozione della sicurezza e gestione dei rischi	6.2.1 definizione e attuazione di buone pratiche, procedure e raccomandazioni riferibili al contesto specifico e secondo quanto previsto da linee di indirizzo e indicazioni ministeriali, regionali e della AUSL di riferimento per la gestione del rischio e sicurezza di operatori, utenti e ambiente con relativi indicatori di monitoraggio che comprendano anche la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Messa in atto di strategie per prevenire abusi e maltrattamenti, anche in attuazione di indicazioni ministeriali/regionali

6.3 programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.1 esistenza di un sistema di segnalazione di incidenti e accadimenti di interesse per la sicurezza, riferibili al contesto specifico, almeno per quanto riguarda cadute, lesioni da pressione, utilizzo di farmaci, infezioni, violenze.
	6.3.2 esistenza di un sistema per l'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei mancati incidenti/quasi eventi più significativi attraverso metodologie di analisi degli incidenti e di azioni sistematiche di verifica della sicurezza
	6.3.3 implementazione di azioni correttive e di miglioramento della sicurezza risultanti dall'analisi degli eventi segnalati
	6.3.4 presenza, per gli operatori sanitari, di un percorso formativo specifico per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio, all'interno del piano di formazione generale di struttura/servizio
	6.3.5 deve essere garantita l'attuazione del progetto terapeutico. Sono assicurate le procedure relative a: • l'appropriatezza prescrittiva della terapia farmacologica, e di eventuali indicazioni per l'utilizzo di mezzi di contenzione; • le attività di ricognizione e riconciliazione farmacologica, riferibili al contesto specifico; • un'adeguata individuazione del fabbisogno di farmaci e presidi medico chirurgici • le modalità di gestione, conservazione, distribuzione e somministrazione di farmaci, differenziate in base alla tipologia del servizio, e tali da garantire la sicurezza, con particolare attenzione alla manipolazione delle forme farmaceutiche orali. Il soggetto gestore è tenuto a collaborare con le AUSL per assicurare tutti gli elementi e le informazioni necessarie al monitoraggio ed alla verifica dell'appropriatezza prescrittiva.
	6.3.6 presenza di piani per la gestione delle emergenze che definiscano le specifiche responsabilità, gli appropriati comportamenti degli operatori del servizio e le modalità di relazione con i servizi competenti, in caso di: • emergenza organizzativa, • tecnologica (ad es. improvviso mancato approvvigionamento di gas, acqua, energia elettrica) • ambientale (ad es. fumi provenienti da incendio di attività produttive o depositi industriali, aree limitrofe in stato di degrado e abbandono e/o con accumulo di rifiuti e/o presenza di infestanti, ecc.) • sanitaria (emergenze cliniche, infettive, ecc....) • emergenze correlate ad eventi naturali (terremoti, alluvioni, incendi, ecc.). Devono essere previste azioni da attuare nel breve e medio termine e finalizzate a garantire rapidità e sicurezza nel caso di necessità di trasferimento delle persone; la prosecuzione delle attività sanitarie e assistenziali proprie dei servizi, anche qualora non fosse possibile la permanenza delle persone all'interno del servizio/struttura
6.4 strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di azioni per la gestione del rischio	6.4.1 presenza e messa in atto di modalità per la partecipazione e il coinvolgimento di utenti e familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio, anche attraverso la promozione di buone pratiche per la sicurezza delle cure

7° Criterio - Processi di miglioramento ed innovazione <i>"Il governo delle azioni di miglioramento e l'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
7.1 progetti di miglioramento e iniziative di innovazione	7.1.1 messa in atto di modalità per lo sviluppo di proposte, progetti e azioni con il coinvolgimento del personale ai fini del miglioramento della qualità del servizio, in autonomia e/o nell'ambito di progetti proposti dall'Azienda sanitaria di riferimento (es. rischio cadute, limitazione della contenzione fisica e farmacologica, infezioni, sorveglianza e protezione degli utenti, demenze). Valutazione della loro efficacia e gradimento.
7.2 valutazione delle attrezzature/tecnologie già in uso o da acquisirsi	7.2.1 messa in atto di modalità per la valutazione, acquisizione e allocazione delle attrezzature e strumenti tecnologici ai fini del miglioramento in relazione ai bisogni delle persone direttamente interessate, del personale e dell'organizzazione
8° Criterio - Umanizzazione <i>"I luoghi di cura e i percorsi di assistenza sono orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
8.1 programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8.1.1 Definizione di modalità adottate e documentazione che evidenzia: • attenzione alla specificità della singola persona favorendone un percorso di cura che tenga conto delle esigenze personali, familiari e culturali. I familiari possono partecipare al percorso di cura, nel quale sono previsti momenti dedicati e personalizzati di incontro • valorizzazione delle progettualità soggettive delle persone, accoglienza nell'espressione delle emozioni, attenzione alla cura del presente e alla prospettiva di una buona vita, anche con la collaborazione attiva dei familiari, della comunità, delle istituzioni • rispetto dell'autonomia e della libera scelta delle persone come espressione di identità e libertà personale (es: scelte di alimentazione, vestiario, uscite, animali di affezione etc.)
	8.1.2 adozione di modalità organizzative orientate al riconoscimento e al rispetto dei bisogni e delle differenze di ciascuna persona, considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e alle particolari condizioni di salute, di fragilità fisica e psicologica, delle condizioni/esigenze familiari, riferibili allo specifico contesto. Tali modalità devono assicurare la libertà di visita, il contatto e la continuità di relazione tra utenti e familiari tenendo anche conto delle specificità religiose, etniche, culturali e linguistiche, come l'ampliamento degli orari di visita e permanenza dei familiari, l'adeguamento quanto più possibile degli orari dell'organizzazione dell'assistenza ai ritmi fisiologici e l'attenzione ai desideri e bisogni della persona, con particolare riferimento all'orario di somministrazione dei pasti, dei riposi pomeridiani e delle alzate.
	8.1.3 l'alimentazione e le diete delle persone sono definite in collaborazione con esperti nutrizionisti, garantendo la variabilità in relazione alla disponibilità stagionale degli alimenti privilegiando l'uso di alimenti freschi e garantendo la possibilità di somministrare diete personalizzate in relazione alle specifiche esigenze dietetiche, di gusto e specificità culturali delle persone interessate