

ALLEGATO 8**Criteri, requisiti ed evidenze specifiche della Casa Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)**

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 Deve operare nella struttura, con specifica programmazione, l'operatore sociosanitario (OSS) secondo le modalità previste nell'allegato 3. Il soggetto gestore assicura una adeguata presenza di personale qualificato in relazione ai bisogni assistenziali e di cura degli utenti come individuati nei piani personalizzati, assicurando la necessaria flessibilità nella fruizione del servizio, e comunque nella misura minima di:
	1.1.2 Operatori sociosanitari nel rapporto definito in funzione dei bisogni assistenziali degli ospiti, prevedendo il rapporto minimo di 1 operatore ogni 2,1 anziani, per assistenza diurna e notturna, con esclusione delle funzioni connesse alla pulizia degli spazi. Il rapporto minimo può essere incrementato in accordo con la committenza in relazione alle condizioni e/o all'aumento del bisogno assistenziale espresso dagli ospiti, anche attraverso lo sviluppo di progettualità condivise con l'ente gestore ed il committente. Nel turno notturno: • nelle strutture fino a 60 ospiti è garantita la presenza di almeno 2 operatori; • nelle strutture superiori ai 60 ospiti è garantita la presenza di 1 operatore ogni 30 ospiti; • la presenza degli operatori è adeguata anche in relazione alle caratteristiche strutturali della CRA (per esempio, strutture articolate su più piani) garantendo di norma almeno 1 operatore per ogni piano. • in base a quanto previsto nei PAI con riferimento alle esigenze cliniche e a quelle assistenziali, è garantita la presenza di due operatori, considerando sia gli operatori sociosanitari che il personale infermieristico.
	1.1.2 bis Nell'ottica di un'ulteriore qualificazione dei servizi in funzione della crescente complessità clinico assistenziale degli ospiti delle CRA legata alle prospettive demografiche, dopo cinque anni dalla pubblicazione sul BUR della deliberazione che approva il presente allegato, il parametro di personale assistenziale previsto al primo capoverso del precedente punto 1.1.2 è sostituito dal seguente: "Operatori sociosanitari nel rapporto definito in funzione dei bisogni assistenziali degli ospiti, prevedendo il rapporto minimo di 1 operatore ogni 2 anziani, per assistenza diurna e notturna, con esclusione delle funzioni connesse alla pulizia degli spazi."

	1.1.3 In ogni caso deve essere assicurata, se prevista dal piano personalizzato, la presenza contemporanea di due OSS durante l'effettuazione di prestazioni quali: alzate e messe a letto, mobilitazione per fini posturali a letto e/o in carrozzina, igiene quotidiana, bagno, vestizione, aiuto nell'alimentazione; Vengono valutate ed esplicitate le modalità e i tempi appropriati per ciascun ospite, privilegiando l'igiene personale completa (bagno, doccia) quando non sono presenti controindicazioni esplicitate dal medico curante. La pianificazione delle attività tiene conto dell'impegno richiesto per queste prestazioni.
	1.1.4 Un referente di nucleo per le attività assistenziali con rapporto minimo non inferiore a 1 ogni 30 ospiti: referente delle attività assistenziali (RAA) o infermiere per i nuclei che ospitano persone a più alta complessità sanitaria che richiedono maggiore integrazione socio-sanitaria. Nelle strutture con un solo nucleo ed una capacità ricettiva complessiva (posti accreditati e autorizzati non accreditati) sino a 30 posti letto, il coordinatore responsabile a tempo pieno può svolgere anche le funzioni di referente di nucleo. Nelle strutture con una capacità ricettiva complessiva (posti accreditati e autorizzati non accreditati) tra i 31 e 40 posti, il coordinatore responsabile a tempo pieno può svolgere le funzioni di referente di nucleo a condizione di essere affiancato da un RAA.
	1.1.5 Infermieri nel rapporto minimo di 1 ogni 9 anziani da aumentare in relazione ai bisogni di salute degli ospiti con riferimento a quanto previsto nei piani personalizzati e in relazione ai nuclei a più elevata intensità assistenziale (es. nuclei ex RSA, nuclei ad alta intensità assistenziale), comunque assicurando, la presenza infermieristica 24 ore su 24.
	1.1.6 fisioterapista nel rapporto minimo di 1 ogni 60 ospiti, da aumentare sino ad 1 ogni 30 in relazione ai bisogni riabilitativi e di mantenimento degli ospiti secondo quanto previsto nei piani operativi.
	1.1.7 un medico con presenza programmata da un minimo di 5 ore settimanali a un massimo di 15 ogni 25 anziani in relazione alle condizioni e necessità sanitarie degli ospiti. È garantita inoltre la collaborazione con gli specialisti dell'Ausl (es. geriatra).
	1.1.8 Un responsabile delle attività sanitarie e assistenziali (RASA): operatore sanitario, (infermiere o medico), con presenza programmata diurna e aggiuntiva al turno infermieristico di 12 ore settimanali diurne ogni 30 posti letto.

	1.1.9 Nelle strutture con capacità ricettiva complessiva (posti accreditati e autorizzati non accreditati) da 35 a 75 posti letto il soggetto gestore assicura l'attività di un coordinatore responsabile di servizio/struttura a tempo pieno. Per le strutture già esistenti (ai sensi del punto 3.1.1) con capacità ricettiva complessiva (come sopra indicata) tra i 76 e i 120 posti letto, l'attività del coordinatore responsabile di servizio/struttura deve essere potenziata secondo le modalità più consone in relazione alla propria organizzazione, in alternativa: • adeguando proporzionalmente le ore di attività del coordinatore responsabile con una seconda unità che assicuri almeno 1/3 del debito orario • individuando un solo coordinatore a condizione che il numero dei RAA sia aumentato di una unità rispetto al numero dei nuclei, unità che deve assicurare 1/2 del debito orario se la capacità ricettiva complessiva (come sopra indicata) è compresa tra 76 e 99 posti e l'intero debito orario se compresa tra 100 e 120 posti. • avvalendosi, nell'esercizio dei compiti che la normativa attribuisce al ruolo del coordinatore responsabile, del supporto/affiancamento documentato puntualmente nei contratti di servizio e stabile di altre figure professionali, con livello di inquadramento pari o superiore e con specifiche competenze organizzative e gestionali. Nelle strutture di capacità ricettiva complessiva (posti accreditati e autorizzati non accreditati) inferiore ai 35 ospiti il coordinatore deve assicurare almeno 2/3 del debito orario. Nelle strutture con meno di 40 posti letto autorizzati e accreditati il coordinatore responsabile del servizio può svolgere anche il ruolo di responsabile delle attività sanitarie e assistenziali (se in possesso dei requisiti previsti per lo svolgimento del ruolo) prevedendo una presenza oraria aggiuntiva di 12 ore ogni 30 ospiti
	1.1.10 Il soggetto gestore deve assicurare la presenza di un animatore per attività programmate ogni 40 ospiti e può avvalersi, per attività specifiche, anche delle figure del terapeuta occupazionale e dell'educatore.
	1.1.11 In caso di accoglienza di persone con gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04), il soggetto gestore deve assicurare una gestione integrata degli inserimenti individuali o dei nuclei residenziali dedicati, garantendo gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/funzionali e strutturali indicati nell'allegato 6 e nell'allegato 7.
	1.1.12 In caso di attivazione, sulla base delle esigenze della programmazione territoriale, di nuclei residenziali dedicati a ospiti con demenza nella fase con disturbi comportamentali che hanno bisogno di accoglienza temporanea, il soggetto gestore ne assicura la gestione integrata garantendo gli ulteriori e specifici requisiti di personale, organizzativi/funzionali e strutturali indicati nell'allegato 9.

	1.1.13 È garantita e documentata la consulenza dello psicologo per gli interventi di supervisione, supporto e prevenzione del burn out degli operatori, e secondo quanto previsto da specifico programma di struttura, con definizione della presenza oraria necessaria. È inoltre garantito il supporto emotivo, psicologico e relazionale degli utenti e familiari in relazione a quanto previsto dai piani personalizzati, anche in raccordo con l'Ausl, e favorendo la partecipazione a eventuali gruppi di supporto e auto-mutuo aiuto. Il soggetto gestore, in accordo con l'Ausl, può avvalersi anche di altre figure professionali (es. terapeuta occupazionale, logopedista, ecc.) in funzione dei bisogni evidenziati nel progetto personalizzato, in particolare per le persone con demenza e altre patologie specifiche (es. Parkinson, ecc.)
	1.1.14 Il soggetto gestore garantisce l'adesione agli accordi con l'Ausl riguardo alla consulenza medico-specialistica e riabilitativa (es. geriatria, fisioterapia, palliativista, logopedista, pneumologo, infettivologo, oculista, cardiologo, diabetologo, ecc.) rivolta alla struttura, ai trasporti sanitari, accertamenti diagnostici ed alle modalità di ricovero e dimissione ospedaliera. Tali consulenze, laddove possibile, possono essere svolte anche attraverso funzionalità di telemedicina. Il soggetto gestore partecipa a e promuove incontri di verifica periodica.
	1.1.15 Il Soggetto gestore assicura la disponibilità, per gli ospiti, dei servizi di cura della persona (pedicure/ manicure, barbiere/ parrucchiere, podologo).
	1.1.16 È assicurata l'elaborazione, la verifica e l'aggiornamento di uno specifico Programma (settimanale) di attività motoria e di riattivazione funzionale, individuale e/o per piccoli gruppi, per il miglioramento del tono muscolare, dell'equilibrio, della funzionalità motoria e del benessere generale, definito e aggiornato in collegamento ai piani operativi, cui partecipano anche gli Operatori sociosanitari.
	1.1.17 È documentata la consulenza del fisioterapista agli OSS per l'esecuzione di semplici attività di mantenimento delle attività residue e di riattivazione strettamente connesse alle attività quotidiane (vestirsi, svestirsi, deambulare, sedersi, alzarsi) al fine di assicurare con continuità un programma di attività motoria personalizzata.
	1.1.18 Viene elaborato e attuato uno specifico programma di animazione di struttura, sia per gruppi di interesse che per attività individuali, con attività ricreative e occupazionali, socioriabilitative e di partecipazione alla vita sociale e di comunità, rispettando e valorizzando ove possibile le storie personali, le preferenze e gli orientamenti culturali. Tale programma deve tenere conto delle condizioni individuali della persona, delle possibilità soggettive di partecipazione attiva e della scelta della persona stessa.
	1.1.19 Alle persone con demenza deve essere garantito uno specifico piano personalizzato, nell'ambito del "Programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza", che la struttura deve adottare, secondo le indicazioni contenute nell'allegato 15. Il programma di miglioramento è condiviso con il Centro disturbi cognitivi e demenze (CDCD) competente territorialmente, anche su iniziativa del soggetto gestore.

	1.1.20 Il soggetto gestore assicura la possibilità di fruire di un servizio di accompagnamento, con mezzi e modalità adeguate alle condizioni dell'utente, con esclusione dei trasporti sanitari a carico del Servizio Sanitario, nel rispetto delle normative vigenti: • direttamente; • mediante accordi di collaborazione con soggetti del Terzo settore che assicurano l'accompagnamento di soggetti fragili; • tramite altre modalità concordate con la committenza.
	1.1.21 I piani personalizzati, formulati all'interno del servizio, garantiscono la continuità assistenziale e sono parte del Progetto personalizzato definito dai servizi territoriali invianti, nel rispetto delle scelte della persona e/o della sua famiglia. Il soggetto gestore garantisce per ogni utente una funzione di tutor, referente del piano personalizzato, che viene svolta da un operatore del servizio, al fine di assicurare in particolare la tempestività e flessibilità della risposta in relazione al mutare di aspetti quotidiani del bisogno, attivando anche interventi nell'ambito dei servizi complementari, previo accordo con modalità semplificate e tempestive con il Responsabile del caso di Comune o Azienda USL e/o l'UVM.
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 soggetto gestore promuove l'apertura della CRA al territorio e favorisce una maggiore integrazione territoriale di prossimità attivando i supporti disponibili (volontariato, terzo settore, reti formali e informali, ecc.), ad esempio organizzando momenti dedicati al tema delle demenze a sostegno dei caregiver. In accordo con la committenza, la CRA può fornire servizi complementari (servizi informativi, consulenza a cura di propri professionisti, supporto ai caregiver di persone accudite al domicilio, ecc.) e sviluppare eventuali progettualità di rilievo per l'ambito territoriale.
	1.2.2 Sono definite, formalizzate, messe in atto e diffuse procedure per la sistematica valutazione e gestione del dolore di qualsiasi origine, che tengano in considerazione anche strumenti di valutazione del dolore negli ospiti con deficit cognitivi o non in grado di verbalizzare, rivalutazione periodica del dolore e dell'efficacia del trattamento.
1.4 modalità e strumenti di gestione dei sistemi informativi	1.4.1 La struttura è dotata di strumentazione informatica (es. connessione internet stabile, wifi in tutti gli spazi, PC, tablet) idonea sia allo scambio dei dati relativi all'esecuzione di prestazioni sanitarie (es.: Telemedicina nelle varie forme: teleconsulto, teleconsulenza, teleassistenza, telemonitoraggio, ecc.), che all'eventuale interazione degli ospiti con i propri familiari.
2° Criterio - Prestazioni e servizi <i>"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"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
2.3 continuità assistenziale	2.3.1 Deve essere garantita l'attuazione del progetto terapeutico. Il soggetto gestore individua le modalità di approvvigionamento, conservazione e somministrazione dei farmaci, alimenti a fini speciali e del materiale per medicazione, dei presidi medico chirurgici e dei dispositivi medici, attenendosi alle indicazioni regionali specifiche.

	2.3.2 Il soggetto gestore garantisce l'adesione alle modalità di contatto e raccordo con la centrale operativa territoriale (COT), definite in accordo con l'Asl. 2.3.3 Il soggetto gestore garantisce l'adesione ai protocolli condivisi con le strutture sanitarie di riferimento per il trasferimento di ospiti con condizioni di acuzie o che richiedano ricovero ospedaliero, al fine di garantire una corretta presa in carico ed evitare tempi di attesa prolungati. 2.3.4 Il soggetto gestore garantisce l'adozione di una procedura per la ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica e della nutrizione clinica ai fini della rivalutazione degli obiettivi terapeutici e della sicurezza delle cure prescritte, in particolare nelle fasi di trasferimento di setting assistenziale e nei trattamenti protratti.
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 Le strutture devono rispettare i requisiti strutturali di autorizzazione ai sensi della Deliberazione Giunta Regionale n. 564/2000 e ss.mm.ii., fatte salve le strutture già autorizzate in precedenza ai sensi della Deliberazione Consiglio Regionale n. 560/1991. Nel caso di ristrutturazioni o ampliamenti /trasformazioni (che comportino il rilascio di concessione edilizia o che modifichino la capacità ricettiva autorizzata) si applicano le norme vigenti previste dalla DGR 564/2000 e ss.mm.ii. in materia di autorizzazione al funzionamento.
	3.1.2 Le nuove strutture che al momento dell'approvazione del presente documento sono ancora prive dell'autorizzazione a costruire, in caso di richiesta di accreditamento debbono rispettare i parametri previsti dai requisiti strutturali che seguono (da requisito 3.1.3 a 3.1.8).
	3.1.3 Nelle strutture articolate su più piani, deve essere assicurata la movimentazione verticale con almeno un montalettighe ed un ascensore sino a 40 posti residenziali, un montalettighe e due ascensori per strutture da 41 a 60 posti, due montalettighe e due ascensori per strutture da 61 a 75 posti.
	3.1.4 Deve essere individuato un locale adibito a camera ardente ovvero, in alternativa, un locale per la sosta e la preparazione delle salme laddove, nel servizio in oggetto si ricorra alla camera ardente di strutture limitrofe, previo accordo documentato con le stesse, senza oneri ulteriori a carico dei familiari.
	3.1.5 Nei servizi di nucleo devono essere presenti, oltre a quelli previsti dalla DGR 564/2000 e ss.mm.ii., i seguenti spazi: • angolo scaldavivande e per bevande calde o dispensatore di snacks e bevande; • locale deposito carrozzine specifico; • un bagno assistito che deve essere idoneo a garantire la privacy della persona assistita.
	3.1.6 Per le strutture fino a 60 posti collocati sullo stesso piano, possono essere previsti servizi di nucleo comuni, purché dimensionati in relazione al numero degli anziani, nonché articolati e attrezzati in modo da garantire il comfort degli spazi per gli ospiti (ad esempio: contenimento rumore, spazi separati per i familiari).

	3.1.7 Devono essere altresì previsti locali che consentano attività di piccolo gruppo e/o gli incontri tra utenti e conoscenti/familiari. Sono identificate camere o nuclei di isolamento, attivabili al bisogno, nella collocazione più idonea per garantire percorsi differenziabili. 3.1.8 La struttura è dotata di aree verdi e/o spazi esterni fruibili e accessibili, di dimensioni adeguate al numero di ospiti e attrezzate in modo da garantire la permanenza all'aperto, anche assicurando eventuali disinfestazioni quando necessarie (es. zanzara tigre, topi, ecc.). 3.1.9 Per le strutture esistenti, qualora non sia possibile garantire un'area verde e/o spazi esterni fruibili con le caratteristiche di cui al punto precedente, vanno individuate modalità per garantire la possibilità di permanenza all'aperto degli ospiti, in condizioni di sicurezza, previa apposita programmazione. In ogni caso, per una gestione adeguata degli ospiti nelle aree esterne, devono essere presenti procedure che stabiliscano puntualmente criteri di sorveglianza e di allarme. 3.1.10 Al fine di promuovere il miglioramento delle condizioni abitative ed alberghiere delle strutture accreditate di cui sopra, il soggetto gestore, in sede di prima richiesta e dei rinnovi dell'accreditamento, presenta al soggetto istituzionalmente competente un programma complessivo di miglioramento delle condizioni abitative ed alberghiere in particolare per quanto riguarda: • la dotazione di camere singole per migliorare il comfort abitativo e rispondere a particolari condizioni ed esigenze assistenziali, quali ad esempio le esigenze delle persone con gravi disturbi comportamentali; • la realizzazione del progressivo superamento delle camere con più di due posti letto. Il programma dovrà indicare le azioni ritenute possibili e, in modo graduale e progressivo, i tempi di realizzazione nel periodo di validità dell'accreditamento, tenendo conto: • di eventuali vincoli e condizionamenti urbanistici e strutturali; • della effettiva possibilità di finanziamento di eventuali interventi di ristrutturazione; • della necessità di mantenere la sostenibilità economica della gestione. Sulla base dei singoli programmi presentati dai soggetti gestori, e tenendo conto delle scelte urbanistiche di ogni territorio e delle possibilità di valorizzare il ruolo delle strutture autorizzate in possesso dei requisiti previsti per l'accreditamento, il soggetto istituzionalmente competente predispone un piano distrettuale di tendenziale e progressivo miglioramento delle strutture accreditate di cui sopra, da realizzare complessivamente a livello di ambito distrettuale, da sottoporre al Comitato di Distretto ai fini delle decisioni inerenti la programmazione. Il piano è sottoposto a verifica periodica almeno ogni cinque anni, in modo da garantire una adeguata valutazione nella determinazione del fabbisogno ed un progressivo miglioramento delle condizioni abitative ed alberghiere.
--	---

3.2 gestione e manutenzione delle attrezzature	3.2.1 Il soggetto gestore garantisce la presenza di arredi ed attrezzature idonei alla tipologia degli utenti e ne assicura la disponibilità a tutti gli utenti che ne presentano la necessità: - letti articolati (preferibilmente a due snodi), regolabili in altezza; - materassi e cuscini antidecubito; - apparecchiature, anche mobili con relativi accessori, per la somministrazione dell'ossigeno, a norma con le disposizioni vigenti in materia.
	3.2.2 L'ente gestore assicura le attrezzature e gli ausili di base necessari al soddisfacimento dei bisogni individuali, in particolare per il riposo, l'igiene, l'alimentazione e l'idratazione, la mobilitazione, la sicurezza e la eliminazione e di quanto è necessario con riferimento al piano personalizzato.
	3.2.3 Devono comunque essere presenti: • Corrimani a parete nei percorsi principali • Dotazione di ausili (non personalizzati) per la mobilità ed il mantenimento delle autonomie funzionali residue • Ausili posturali • Poltrone relax • Dotazione adeguata di sollevatori in numero proporzionato alla tipologia di utenti
	3.2.4 Attrezzature sanitarie: • sfigmomanometro; • termometri per la rilevazione della temperatura; • elettrocardiografo; • defibrillatore semiautomatico; • sistema di aspirazione per le secrezioni bronchiali; • saturimetro (almeno uno per nucleo, più secondo necessità degli ospiti); • dispositivi per il controllo glicemico (glucometro); • pallone ambu con dotazione completa di maschere e raccordi; • apparecchiature per la somministrazione di ossigeno, a norma con le disposizioni vigenti in materia; • un carrello/zaino per l'emergenza; • adeguata disponibilità, in accordo con la committenza, di pompe per l'alimentazione enterale e parenterale in relazione alle particolari necessità degli ospiti ed alla presenza degli operatori. Può essere prevista anche altra strumentazione diagnostica in funzione delle necessità rilevate dalla committenza, previo accordo relativamente alla fornitura e alla relativa formazione degli operatori.
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 È documentata l'adesione ai piani formativi della rete locale di cure palliative (RLCP) di riferimento territoriale.

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
5.3 modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone e ai familiari/caregiver	5.3.1 Deve essere definito dal soggetto gestore come si assicurano le funzioni di accoglienza e informazioni ai visitatori secondo modalità codificate.
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 Sono definite, formalizzate, messe in atto e diffuse procedure e istruzioni operative per la gestione dei rifiuti sanitari secondo le norme vigenti. Sono messe in atto le indicazioni previste dal piano pandemico regionale
	6.1.2 Sono assicurate, con strumenti e metodologie specifiche: la valutazione del rischio e della stadiazione delle lesioni da decubito, la valutazione del rischio e della stadiazione di malnutrizione e la gestione di condizioni di alimentazione non corretta. Sono applicate le linee di indirizzo regionali in tema di alimentazione dell'anziano e di ristorazione in struttura residenziale, in collaborazione con gli specifici servizi delle Ausl, in particolare in caso di diete personalizzate.
6.2 promozione della sicurezza e gestione dei rischi	6.2.1 È previsto un sistema di monitoraggio e valutazione dell'uso dei farmaci, in particolare psicofarmaci, definito in accordo con l'Ausl e concorrendo all'aggiornamento del prontuario farmaceutico di riferimento.
	6.2.2 Sono messe in atto misure per prevenire, ridurre e monitorare il burn-out degli operatori, incluse strategie di rotazione del personale, con particolare riferimento ai nuclei con persone con disturbi del comportamento.
6.3 programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.1 Presenza di un piano annuale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario che comprenda un piano per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)
	6.3.2 Presenza di una funzione formalizzata con responsabilità per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario (rischio clinico, rischio infettivo, ecc.) che dovrà partecipare a percorsi formativi proposti dal livello regionale e dalle AUSL di riferimento.
	6.3.3 Definizione di modalità per la gestione degli eventi avversi di maggiore criticità “eventi sentinella” (riferimento: “Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità” del Ministero della salute) che prevedano anche: • comunicazione agli utenti e/o familiari/caregiver • impatto sugli operatori • comunicazione esterna • gestione dei contenziosi

8° Criterio - Umanizzazione

"I luoghi di cura e i percorsi di assistenza sono orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica"

REQUISITI	EVIDENZE
8.1 programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8.1.1 Devono essere definiti e documentati procedure/istruzioni operative in relazione a: • procedure assistenziali-sanitarie più diffuse o più complesse, quali ad esempio: cateterismo vescicale, medicazioni, catetere venoso eparinato, etc.; • riduzione dell'uso terapeutico di presidi di restrizione fisica, mediante un protocollo che garantisca il loro uso corretto, il controllo e il monitoraggio e la possibilità di verifiche sulla prevalenza d'uso in ogni struttura; • miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza attuando quanto previsto nell'allegato 15. Deve essere data evidenza dell'attuazione di modalità per garantire l'accompagnamento al fine vita con dignità e gestione delle fasi successive al decesso (gestione del lutto). Deve essere favorita, in collaborazione con l'Ausl, una Pianificazione Condivisa delle Cure di fine vita (legge 219/2017) con il coinvolgimento dell'ospite, quando possibile per competenza, o in presenza di un fiduciario/tutore. Anche relativamente agli ospiti con deficit cognitivo, deve essere favorito il rispetto delle capacità decisionali residue.