



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

PROFILI ASSISTENZIALI:

CURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

Allegato n. 6 alla Delib.G.R. n. 64/22 del 28.12.2018

Il processo di accreditamento istituzionale di strutture autorizzate all'esercizio per l'erogazione di specifici percorsi assistenziali delle cure residenziali e semiresidenziali terapeutico riabilitative per patologie psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza fornisce garanzie di omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale ed organizzativa e un accesso unitario ai servizi socio-sanitari, con la presa in carico dei pazienti da parte di strutture che devono descrivere la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti e i cittadini.

PRESTAZIONI E SERVIZI PER PERSONE CON NECESSITA' DI CURE TERAPEUTICO RIABILITATIVE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA		SI	NO
A) TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI E DI SERVIZI EROGATI			
1.	L'organizzazione ha predisposto un documento (Carta dei Servizi) in cui vengono descritti:		
	a. la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati.		
	b. le metodologie di lavoro da adottarsi come pratica del governo clinico-assistenziale.		
	c. i sistemi adottati per la valutazione delle specifiche performance.		
2.	d. le metodologie di comunicazione con l'ospite e il nucleo familiare.		
	L'organizzazione ha definito e approvato linee-guida per la redazione della Carta dei Servizi che assicuri:		
	a. completa e corretta informazione circa le modalità erogative dei servizi/prestazioni.		
	b. contenuti e capacità delle prestazioni di servizio.		
3.	c. impegni assunti nei confronti degli ospiti, delle famiglie e dei cittadini.		
	d. ulteriore materiale informativo multilingue a disposizione dell'utenza.		
4.	È presente e viene diffusa la "Carta dei Servizi" e il materiale informativo a disposizione dell'utenza.		
	Vi è evidenza della periodica rivalutazione da parte dell'organizzazione della:		
	a. struttura e della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi.		
5.	b. qualità del materiale informativo a disposizione dell'utenza.		
	c. modalità di diffusione e distribuzione con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti, dei familiari e del volontariato degli strumenti informativi.		
	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione dell'organizzazione:		
6.	a. effettua una valutazione delle priorità di intervento assistenziale.		
	b. individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella "Carta dei Servizi" e nel materiale informativo a disposizione degli utenti.		
	c. controlla che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.		
B) VALUTAZIONE – PRESA IN CARICO – GESTIONE DEI PAZIENTI			
6.	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:		
	a. le procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle liste di attesa ed i criteri per la gestione dei tempi di attesa dei pazienti dichiarati eleggibili		
	b. le responsabilità per la presa in carico e gestione dei pazienti.		
	c. protocolli, linee guida e procedure per la gestione delle attività previste per la gestione delle condizioni cliniche più frequenti e la gestione delle prestazioni più importanti.		



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

PROFILI ASSISTENZIALI:

CURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

VALUTAZIONE – PRESA IN CARICO – GESTIONE DEI PAZIENTI (segue)		SI	NO
7.	La gestione del Programma di Trattamento Individuale (PTI) definito per ciascun paziente dalla Struttura Complessa Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SCNPIA) di riferimento consiste in:		
	a) attività clinica di tipo valutativo		
	b) attuazione e controllo del percorso di cura definito dal Progetto Terapeutico riabilitativo Personalizzato (PTRP)		
	c) attività educativo/relazionali/ambientali		
	d) attività clinica di tipo terapeutico		
	e) somministrazione dei medicinali		
8.	Esiste un documento in cui sono identificati le modalità e gli strumenti per l'attuazione di una politica per la promozione della salute ed educazione da parte del <i>case manager</i> con il coinvolgimento dei pazienti, i loro familiari e il personale		
9.	Sono presenti procedure per la gestione del trasferimento delle informazioni relative all'attuazione PTRP attraverso un confronto con l'équipe, (riunioni periodiche, passaggio di informazioni e di consegne)		
10.	Vi è evidenza della tracciabilità nella documentazione clinico-assistenziale dell'applicazione dei criteri, dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale e la gestione del paziente		
11.	Vi è evidenza dell'attuazione del Programma di Trattamento Individuale (PTI) per ciascun paziente, compresi i programmi educativi e riabilitativi finalizzati al mantenimento e al miglioramento delle abilità, in relazione agli specifici bisogni		
12.	Esiste evidenza che Progetto Terapeutico riabilitativo Personalizzato (PTRP) di assistenza contempli la promozione dell'autonomia e della socializzazione		
13.	Vi è evidenza della rivalutazione dei bisogni assistenziali degli ospiti a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento. I riscontri effettuati sono annotati nel fascicolo individuale integrato multiprofessionale clinico-assistenziale		
14.	Le attività di valutazione, di presa in carico multidisciplinare dei pazienti e le prestazioni erogate sono documentate e verificabili all'interno della documentazione clinico-assistenziale		
15.	Vi è evidenza del trasferimento delle informazioni relative all'attuazione del Progetto Terapeutico riabilitativo Personalizzato (PTRP) attraverso un confronto con l'équipe multiprofessionale, il <i>case manager</i> (riunioni periodiche, passaggio di informazioni e di consegne)		
16.	Vengono attuate attività di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari nel percorso di cura		
17.	Esiste evidenza che i turni del personale siano organizzati in modo tale da assicurare la gestione degli ospiti.		
18.	Vi è evidenza della verifica da parte dell'organizzazione della corretta applicazione di:		
	a. protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale degli ospiti		
	b. progetto terapeutico riabilitativo personalizzato		
	c. protocolli, linee guida e procedure per la gestione delle condizioni cliniche più frequenti		



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

PROFILI ASSISTENZIALI:

CURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

(segue) VALUTAZIONE – PRESA IN CARICO – GESTIONE DEI PAZIENTI (segue)		SI	NO
	d. procedure per la gestione e la somministrazione dei medicinali e dei relativi effetti collaterali		
19.	Vi è evidenza del monitoraggio da parte dell'organizzazione dei tempi di attesa di presa in carico		
20.	Vi è evidenza del controllo della tracciabilità delle attività di presa in carico dei pazienti, oltre quelle di registrazione di servizi/prestazioni erogati all'interno della documentazione clinico-assistenziale		
21.	Vi è evidenza della rivalutazione dei bisogni e delle condizioni dei pazienti a intervalli basati sulle necessità del paziente, al fine di aggiornare il Progetto Terapeutico riabilitativo Personalizzato e determinare il risultato		
22.	Vengono effettuate e verbalizzate le riunioni dell'équipe multidisciplinare per discutere gli obiettivi, la prognosi e lo stato di avanzamento del PTRP		
23.	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, l'organizzazione esegue una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità assistenziale in termini di:		
	a. criteri, protocolli, linee guida e procedure per la presa in carico e gestione dei pazienti		
	b. processi per la gestione del PTRP, ivi compresa la qualità della tracciabilità delle attività all'interno della documentazione clinico-assistenziale		
	c. trasferimento delle informazioni all'interno dei processi assistenziali		
	d. procedure operative definite e tenute sotto controllo		
	e. politica per la promozione della salute		
24.	Vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati		
C) PERCORSI ASSISTENZIALI: PASSAGGIO IN CURA (continuità delle cure)			
25.	L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso:		
	a. protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale dei pazienti		
	b. protocolli, linee guida e procedure operative per il collegamento con le funzioni assistenziali e sociali e i professionisti coinvolti nella gestione e nel percorso assistenziale del paziente		
	c. programmi per l'organizzazione della dimissione di concerto con la SCNPIA e con i Servizi Ospedalieri, i Servizi consultoriali, i Dipartimenti di salute mentale, i Servizi Sociali comunali, i Servizi Educativi e Giudiziari		
26.	Esiste evidenza che il paziente e i familiari siano informati adeguatamente sul proseguimento delle cure assistenziali		
27.	Vi è evidenza dell'adozione da parte dell'organizzazione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione		
28.	Vi è evidenza che tutta la documentazione sanitaria del paziente sia costantemente a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e dei servizi sociali		



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

PROFILI ASSISTENZIALI:

CURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

D) PERCORSI ASSISTENZIALI: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE		
29.	L'organizzazione ha definito degli obiettivi per la qualità della gestione del percorso di cura del paziente	
30.	L'organizzazione ha selezionato appropriati indicatori per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore e standard	
31.	Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione del grado di conformità delle attività ai protocolli e alle linee guida basati sulla "Evidence Based Medicine" secondo quanto previsto dalle procedure (ad es. monitoraggio dei tempi, delle modalità e dei contenuti della presa in carico, della valutazione iniziale, della continuità assistenziale e dimissione, in accordo con gli obiettivi stabiliti in sede di pianificazione con il PTI)	
32.	Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio degli indicatori per la valutazione della performance clinico-assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo criterio e standard	
33.	Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione della qualità e dell'efficacia del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, dalla presa in carico alla dimissione del paziente	
34.	Vi è evidenza delle attività di "audit" sui percorsi di cura (dalla presa in carico alla dimissione) e della diffusione dei risultati a tutti gli operatori che hanno partecipato alla gestione ed implementazione dei percorsi di cura.	
35.	Vi è evidenza dello svolgimento di indagini sulla soddisfazione degli ospiti e dei familiari riguardo il percorso assistenziale erogato	
36.	Vi è evidenza dell'utilizzo di strumenti validati di misurazione della qualità di vita e dell'esperienza degli ospiti assistiti e dei familiari	
37.	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, l'organizzazione effettua una valutazione delle priorità assistenziali, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità in termini di:	
	a. sistemi di monitoraggio e di valutazione della qualità del percorso assistenziale e del programma terapeutico-riabilitativo	
	b. esperienze di cura	
38.	Vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.	
E) MODALITA' DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIO ASSISTENZIALE		
39.	L'organizzazione ha formalizzato e diffuso:	
	a. i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le relative modalità di controllo e tracciabilità	
	b. uno specifico campo nel fascicolo individuale integrato dedicato alla gestione dei farmaci e delle tecnologie ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali	
	c. gli aspetti legati al tema della privacy e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia	

MODALITA' DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIO ASSISTENZIALE (segue)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____ VIA _____ N. _____



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

PROFILI ASSISTENZIALI:

CURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

	d. i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio-assistenziale		
	e. le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione sanitaria e l'implementazione di azioni correttive se necessario		
	Per ciascun paziente è compilato un fascicolo individuale integrato, periodicamente aggiornato che prevede:		
40.	a. la tracciabilità degli elementi che caratterizzano la presa in carico del paziente, il processo assistenziale e la continuità assistenziale		
	b. gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati		
	c. i risultati delle valutazioni		
	d. le prestazioni/servizi erogati e i trattamenti farmacologici effettuati		
	e. le registrazioni di eventuali assenze del paziente (semiresidenziale)		
	f. gli elementi di valutazione sociale		
	g. tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo		
	h. eventuali elementi di rischio per il paziente		
41.	La comunicazione e l'invio della documentazione sanitaria ai professionisti all'interno della struttura e ai colleghi di strutture esterne è garantita in tempo utile		
	Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione da parte dell'organizzazione in termini di:		
42.	a. qualità della documentazione sanitaria		
	b. tracciabilità delle attività di valutazione e delle attività di presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria		
	c. soddisfazione delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione		
	d. rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale		
	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione dell'organizzazione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della:		
43.	a. qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale		
	b. politica relativa alla privacy e alla riservatezza delle informazioni contenute nella documentazione socio-assistenziale		
	c. sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati contenuti nella documentazione sanitaria socio-assistenziale, ivi compresa la loro integrità		
	d. tempi di accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale		
44.	Vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.		
F) APPROCCIO ALLA PRATICA CLINICA SECONDO EVIDENZE SCIENTIFICHE			
45.	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la gestione del Programma e relativo Progetto Terapeutico riabilitativo Personalizzato (PTRP) formulato secondo i principi della <i>Evidence Based Medicine</i>		
46.	Vi è evidenza della messa in atto di protocolli, linee guida e/o procedure per la corretta gestione dell'ospite in linea con i principi della <i>Evidence Based Medicine</i>		

APPROCCIO ALLA PRATICA CLINICA SECONDO EVIDENZE SCIENTIFICHE (segue)

SI NO

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

PROFILI ASSISTENZIALI:

CURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

47.	Vi è evidenza dell'accessibilità al personale dei regolamenti interni di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura		
48.	Vi è evidenza dell'implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza		
49.	Vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida, procedure dei Progetti terapeutico riabilitativi personalizzati, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati		
50.	Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica in termini di:		
	a. appropriatezza delle prestazioni da parte dei professionisti sanitari, degli operatori socio sanitari e sociali e della Direzione dell'organizzazione		
	b. applicazione dei protocolli, linee guida e/o dei Programmi Terapeutici Individualizzati (PTI)		
	c. applicazione delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali.		
51.	Vi è evidenza dello svolgimento di audit multidisciplinari e/o multiprofessionali e sistematici per confrontare la pratica corrente con le linee guida basate sulle evidenze, i protocolli e i percorsi di cura/ assistenza definiti dall'organizzazione. I risultati dell'audit vengono comunicati al personale		
52.	Vi è evidenza della rivalutazione e dell'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili		
53.	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, l'organizzazione:		
	a. effettua una valutazione dei dati e definisce le priorità		
	b. individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'approccio alla pratica clinico assistenziale secondo evidenze scientifiche e appropriatezza delle prestazioni/servizi		
	c. controlla l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese		

G) PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI

54.	È presente ed è stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che preveda la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati, le modalità di comunicazione con le parti interessate e la gestione dei relativi contenziosi.		
55.	Tale piano contempla ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione e è approvato dalla Direzione dell'organizzazione.		
56.	Il piano annuale prevede la definizione di obiettivi specifici e misurabili e di risorse .		
57.	Sono stati formalizzati e diffusi protocolli operativi relativi alla prevenzione dei rischi per gli ospiti legati a specifici fattori ambientali		
58.	Vi è evidenza di un Piano di formazione e aggiornamento degli operatori sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi.		
59.	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la prima gestione in loco delle complicanze e delle emergenze		

PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI (segue)

SI NO

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

PROFILI ASSISTENZIALI:

CURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

60.	Sono presenti protocolli relativi al collegamento tempestivo, in caso di necessità, con il Responsabile NPIA della Struttura, con il NPIA della SCNPIA di riferimento e con l'U.O Ospedaliera		
61.	Vi è evidenza della messa in atto del piano annuale aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e del controllo e monitoraggio dei rischi		
62.	Vi è evidenza della completezza e della tracciabilità nella documentazione sanitaria dell'applicazione delle procedure per la corretta somministrazione dei medicinali		
63.	Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti		
64.	Vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione incluse quelle individuate dall'OMS, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio		
65.	Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, l'organizzazione:		
	a. effettua una valutazione delle attività svolte e definisce le priorità		
	b. individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi associati		
	c. controlla che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.		
H) PROGRAMMA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E MODALITA' DI GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI			
66.	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:		
	a. un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di eventi avversi ed eventi sentinella		
	b. modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi		
67.	Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale		
68.	Vi è evidenza dell'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi segnalati attraverso le metodologie di analisi e azioni sistematiche di verifica della sicurezza che prevedano il coinvolgimento multidisciplinare e/o multiprofessionale degli operatori e la predisposizione, in seguito all'indagine condotta, di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio		
69.	Vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza		
70.	Il personale implementa le azioni previste e codificate dalle procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi segnalati, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi		

PROGRAMMA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E MODALITA' DI GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI	SI	NO
---	-----------	-----------

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

PROFILI ASSISTENZIALI:

CURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

71.	Vi è evidenza del monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) e della valutazione dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione di eventi avversi ed eventi sentinella		
72.	Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi		
73.	L'organizzazione divulga agli operatori almeno una volta l'anno i risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate		
74.	Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza		
75.	I dati del monitoraggio sono utilizzati per studiare le aree <i>target</i> per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi		
76.	Vi è evidenza della valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive implementate		
I) STRATEGIE SISTEMATICHE DI COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E SVILUPPO DI COMPETENZE			
77.	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari ai processi di gestione del rischio clinico		
78.	Vi è evidenza dell'identificazione e dell'applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività		
79.	Vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche		
80.	Vi è evidenza dell'implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi		
81.	Vi è evidenza della messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico		
82.	Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica da parte della Direzione dell'implementazione delle buone pratiche e delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività		
83.	L'organizzazione effettua il monitoraggio periodico dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari e valuta il grado di partecipazione dei pazienti e dei familiari ai processi di gestione del rischio clinico		
84.	Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni correttive e preventive; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati		
L) PROGRAMMI PER L'UMANIZZAZIONE E LA PERSONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA			
85.	La Direzione ha definito e formalizzato		
	a) un piano per lo sviluppo di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare l'accessibilità al servizio nel rispetto della dignità dei pazienti		
	b) un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari		

PROGRAMMI PER L'UMANIZZAZIONE E LA PERSONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA (segue)		SI	NO
86.	Vi è evidenza dell'implementazione da parte dell'organizzazione e del personale di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare:		

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____



**REGIONE AUTÒNOMA DE SÀRDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

PROFILI ASSISTENZIALI:

CURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

	a) l'accessibilità degli utenti		
	b) la qualità delle prestazioni tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche, nel rispetto della dignità del paziente, in particolare vi è evidenza della: i. possibilità di usufruire dell'assistenza di un interprete ii. possibilità di usufruire dell'assistenza di un mediatore culturale iii. presenza di progetti/attività per favorire le esigenze didattiche e la continuità scolastica del bambino/adolescente		
	La Direzione ha implementato un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari/socio-sanitari e sociali, pazienti e loro familiari e per agevolare il supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti che preveda almeno la:		
87.	a) formazione degli operatori socio sanitari/assistenziali e sociali alle abilità procedurali alle attività di <i>counselling</i> (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di cattive notizie)		
	b) partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione		
	c) adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare che comprende anche operatori sociali		
	d) presenza di supporto psicologico per i pazienti fragili (il servizio può essere realizzato anche in partnership con associazioni cooperative ecc. nell'ambito di specifici accordi scritti)		
	Vi è evidenza dell'implementazione di interventi:		
88.	a. per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali per la semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento alle modalità di accesso, all'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale entro tempi predefiniti		
	b. per lo sviluppo di servizi di sollievo per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia		
89.	Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accessibilità, e la qualità delle prestazioni		
90.	Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione del programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, socio-sanitari/assistenziali e sociali, pazienti e loro familiari		
91.	Vi è evidenza del coinvolgimento di pazienti/organizzazione dei cittadini per valutare la centralità del paziente nel processo di cura e la personalizzazione dell'assistenza		
92.	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione e i singoli dirigenti effettuano una valutazione delle priorità, individuano e implementano specifiche azioni per il miglioramento della personalizzazione dell'assistenza; controllano, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati		



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

PROFILI ASSISTENZIALI:

**CURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI TERAPEUTICO RIABILITATIVE
PER PATOLOGIE PSICHIATRICHE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA**

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA
altresì l'inapplicabilità alla struttura dei seguenti criteri non soddisfatti**

Nr. Requisito	Giustificazione mancato possesso

**Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di false dichiarazioni, certifica che la struttura di cui è responsabile alla data odierna sia in possesso dei requisiti sopra elencati.
In fede**

(firma del dichiarante)

STRUTTURA _____ COMUNE: _____, VIA _____ N. _____