

# MANUALE DI ACCREDITAMENTO



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

**PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale**



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**ASL  
LATINA**



**REGIONE  
LAZIO**

**Il presente documento è stato approvato da Consiglio di Amministrazione in data 16/05/2019  
E' composto da n. 55 pagine inclusa la presente**

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

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



 <p><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p>REV 01 16/05/2019</p>	
<p align="center"><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

IMPLEMENTAZIONE DISPOSIZIONI REGIONALI DI CUI AL DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA 7 NOVEMBRE 2017 N UOO469 – (Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D.Lgs. 502/92. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica e integrazione del DCA 8/2011. **ADOZIONE DEL MANUALE DI ACCREDITAMENTO IN ATTUAZIONE DEL PATTO PER LA SALUTE 2010-2012)**

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

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

## CONTENUTI



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

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

REV 01  
 16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

### SOMMARIO

Premessa, metodologia e principi	PAG	4
Struttura del Manuale	"	7
Sez. 1 -1° criterio – ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLE STRUTTURE .....	"	7
1.1 – Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione .....	"	8
1.2 – Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	"	9
1.3 – Definizioni delle responsabilità	"	11
1.4 – Modalità e strumenti di gestione delle informazioni .....	"	12
1.5 – Modalità e strumenti di gestione valutazione della qualità .....	"	13
1.6 – Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi	"	14
Sez. 1 -2° criterio – ASPETTI STRUTTURALI	"	15
2.1 – L' idoneità all'uso delle strutture	"	15
2.2 – La gestione e manutenzione delle attrezzature	"	17
Sez. 1 -3° criterio – COMPETENZE DEL PERSONALE	"	19
1.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria .....	"	19
1.2 – L'inserimento e addestramento di nuovo personale	"	21
Sez. 1 -4° criterio – COMUNICAZIONE	"	22
4.1 – Le modalità di comunicazione interna alla struttura ....	"	22
4.2 – Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione .....	"	23
4.3 –Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire .....	"	24
4.4 – le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico- assistenziali .....	"	25
4.5 – Le modalità di ascolto dei pazienti	"	27
Sez. 1 -5° criterio – Processi di miglioramento ed innovazione	"	29
5.1 – PROGETTI DI MIGLIORAMENTO	"	29
5.2 - Modalità di valutazione delle tecnologie	"	30
Sez. 2 C – 1° Criterio - PRESTAZIONI E SERVIZI	"	32
1.1 –La tipologia delle prestazioni e dei .....	"	32
1.2 – La presenza di percorsi assistenziali .....	"	34
1.3 – Le modalità di gestione della documentazione sanitaria socio-assistenziale che deve .....	"	43
Sez. 2C – 2° Criterio – APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA	"	45
2.1 –Approccio alla pratica clinica .....	"	46
2.2 – Promozione della sicurezza .....	"	47
2.3 – Programma per la gestione del rischio .....	"	49
2.4 – Strategie sistematiche di comunicazione .....	"	50
Sez. 2C – 3° Criterio – UMANIZZAZIONE	"	51
3.1 –programmi per l'umanizzazione e la .....	"	52
DISPOSIZIONI GENERALI PER L'ACCREDITAMENTO PER TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE	"	54
MODULISTICA/ALLEGATI	"	55

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p><i>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</i></p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

## PREMESSA METODOLOGIA E PRINCIPI

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

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

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

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

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i></p> <p style="text-align: center;">PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

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

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

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

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

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

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

## I requisiti per l'accreditamento

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

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

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p><i>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</i></p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Migliorare gli outcome per i cittadini/pazienti.

**La finalità è quella di:**

Migliorare la qualità dei percorsi dei pazienti;

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

Rendere visibile la qualità del sistema sanitario regionale.

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

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

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

## STRUTTURA DEL MANUALE

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

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

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

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

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

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



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

REV 01  
 16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

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

Fattore/ criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria/assistenziale, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 1</b>	<b>Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione</b>	a) L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso: o un documento in cui sono chiaramente identificati la visione, la missione e i valori dell'organizzazione; o una politica di riferimento per una gestione secondo criteri di eticità, a garanzia dell'erogazione di assistenza sanitaria nel rispetto di norme legali, etiche, finanziarie e commerciali e a tutela del paziente e dei suoi diritti; o un piano annuale delle attività e della qualità dell'organizzazione in cui sono definiti gli obiettivi di attività e di qualità che si basano sull'analisi della domanda di servizi/prestazioni del territorio e prevedono per la loro formulazione il coinvolgimento del personale, dei rappresentanti della comunità di riferimento e le associazioni di tutela del malato	Carta della qualità dell'ente Dove sono declinati -Vision e Mission ecc.. -Codice Etico ente -Sintesi linee guida principi ispiratori CDT -Relazione dettagliata funzionamento gestionale (progetto complessivo e linee guida operatività) -Piano annuale delle attività .....
<b>Fase 2: Implementazione</b>	a) Vi è evidenza della applicazione di una politica di riferimento per una gestione della struttura sanitaria secondo criteri di eticità e che tale politica supporta il processo decisionale; b) esiste evidenza dell'esplicitazione da parte della Direzione degli obiettivi e delle funzioni ad esse assegnate; c) l'organizzazione sviluppa relazioni con altre organizzazioni e servizi territoriali per il raggiungimento degli obiettivi strategici e organizzativi ed esiste evidenza delle relazioni implementate (es. verbali degli incontri effettuati).	Modulo <u>Lettera Comunicazione</u> ai responsabili e tutti gli Operatori delle linee guida di cui sopra, carta dei servizi con organigramma <u>Compiti e Ruoli</u> comunicati con apposita lettera; -Lettere di Collaborazione e adesione diversi servizi ;registri riunioni
<b>Fase 3: Monitoraggio</b>	a) L'organizzazione monitora e verifica l'attuazione del piano annuale delle attività e della qualità e monitora il raggiungimento degli obiettivi di budget, attività, qualità e costi; b) vi è evidenza della revisione periodica del piano annuale delle attività e della qualità sulla base degli indirizzi regionali e sulle indicazioni provenienti dal personale operante nella struttura, dai rappresentanti	Modulo specifico di <u>Monitoraggio e Valutazione</u>  Modulo <u>Revisione Periodica</u>

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

	<p>della comunità di riferimento e dalle associazioni di tutela dei pazienti ; c) i risultati del monitoraggio delle attività vengono condivisi attraverso modalità definite all'interno e all'esterno dell'organizzazione (direzione, personale, territorio, organizzazione di cittadini).</p>	
<p><b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b></p>	<p>a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione individua e implementa specifiche azioni per migliorare l'efficacia dei piani annuali di attività e di qualità; sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle attività di assistenza e supporto; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p>	<p>Valutazione Qualità con apposito modulo che comprende anche il piano di miglioramento a seguito di <u>Valutazione degli indicatori di Msura</u> e delle risultanze ottenute</p>

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

<p><b>Fattore/ criterio 1</b></p>	<p><b>Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria/assistenziale, una gestione dell'organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</b></p>	<p><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<p><b>Requisito 1.2</b></p>	<p><b>Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali</b></p>	
<p><b>Campo d'applicazione</b></p>	<p>Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera</p>	
<p><b>Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione</b></p>	<p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso documenti di indirizzo (protocolli, linee-guida, procedure, programmi di ricerca e formazione)che descrivono: i collegamenti funzionali ed il funzionamento delle reti assistenziali che vedono l'integrazione tra struttura socio sanitaria/assistenziale e sociale e territorio e promuove modelli di continuità garantendo costante e reciproca comunicazione attraverso lo sviluppo di specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti anche in collegamento con le strutture sanitarie, territoriali e ambulatoriali; o il funzionamento di reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico in attuazione della legge 15 marzo 2010 n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". b) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso: o accordi con servizi esterni per la gestione dei</p>	<p>Carta della qualità dell'ente Dove sono declinati vision mission ecc.. Codice Etico ente Sintesi linee guida principi ispiratori CDT Relazione dettagliata funzionamento gestionale (progetto complessivo e linee guida operatività) Piano annuale delle attività Servizi di laboratorio non pertinenti al nostro centro diurno così le cure palliative e altro per la continuità assistenziale che far riferimento ad altre strutture extraospedaliere particolari</p>

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

	<p>servizi di laboratorio qualora non siano disponibili all'interno dell'organizzazione; o accordi e protocolli con servizi esterni per la gestione dei servizi di diagnostica per immagini, qualora non siano disponibili all'interno dell'organizzazione; o un protocollo formalizzato per il raccordo della struttura con la struttura ospedaliera di riferimento.</p>	
<p><b>Fase 2: Implementazione</b></p>	<p>a) Sono attuati specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti all'interno delle reti assistenziali integrate, delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico e delle reti tra centri regionali, anche in collegamento con le strutture sanitarie, con altre strutture socio-sanitarie e sociali e con le strutture ambulatoriali.</p>	<p>Sono riferimenti ed evidenze per altre strutture</p>
<p><b>Fase 3: Monitoraggio</b></p>	<p>La direzione effettua una raccolta dati sulla realizzazione e il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione all'interno delle reti assistenziali e valuta la corrispondenza tra quanto pianificato e attuato; b) vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte dell'organizzazione dell'applicazione delle procedure di gestione della richiesta di esami, dei campioni e dei servizi esterni di laboratorio e sono presenti i report di valutazione della qualità dei servizi di laboratorio; c) vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte dell'organizzazione dell'applicazione delle procedure per la gestione dei servizi esterni di diagnostica per immagini e anestesia e sono presenti i report di valutazione della qualità dei servizi di diagnostica per immagini</p>	<p>Sono riferimenti ed evidenze per altre strutture</p>
<p><b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b></p>	<p>a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema delle reti assistenziali, delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, nonché delle reti tra centri regionali; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1)</p>	<p>Sono riferimenti ed evidenze per altre strutture</p>

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

### 1.3 Definizione delle responsabilità;

Fattore/ criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria/assistenziale, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo	EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI
Requisito 1.3	Definizioni delle responsabilità	
Campo d'applicazione	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
Fase1: Documento di indirizzo e pianificazione	a) Sono presenti, sono stati formalizzati, approvati e diffusi documenti che la descrivono la struttura di governo dell'organizzazione, gli strumenti e documenti di delega delle responsabilità, i processi e le relative responsabilità clinico/assistenziali/organizzative, le modalità di valutazione delle performance dei vari responsabili e dirigenti, insieme ai relativi criteri di valutazione	Modulistica
Fase 2: implementazione	a) Vi è evidenza della comunicazione della struttura di governo, da parte della Direzione, all'intera organizzazione b) sono definiti membri, periodicità degli incontri e modalità di lavoro degli organi di governo/commissioni e vi è evidenza dei verbali, delle decisioni, delle azioni individuate dagli stessi e della loro implementazione	Lettere formali di consegna carta dei servizi con organigramma, ruoli e funzioni con apposita lettera, registri riunioni assembleari e di equipe
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza di una valutazione dell'efficacia dell'organizzazione, delle responsabilità e degli strumenti di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura.	Il CDA approva eventuali delega al bisogno come da norma cooperativa
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati annuali raggiunti, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi, dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).	Modulo specifico per la rilevazione delle criticità e piano di miglioramento incluso

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i></p> <p style="text-align: center;">PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

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

Fattore/ criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
Requisito 1.4	Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)	Sistema di governo
Campo d'applicazione	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	) L'organizzazione ha definito e approvato procedure e linee guida per la gestione della sicurezza nell'accesso tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia di privacy, riservatezza e sicurezza delle informazioni.	GDPR nuove direttive sulla privacy regolarmente approvate
Fase 2: Implementazione	) Vi è evidenza della integrazione dei sistemi informativi al fine di: o documentare la tracciatura dei dati sanitari e la gestione e la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario; o raccogliere i dati per il supporto alle attività di pianificazione e controllo; o collaborare al debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS); o garantire la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa; o garantire informazioni tempestive e trasparenti nella erogazione delle prestazioni sanitarie. b) Il personale è stato formato e applica le procedure e le linee guida per la gestione della sicurezza e riservatezza di informazioni e dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia e lavora in accordo con quanto previsto dalle stesse.	Nella cartella clinica dell'ospite e nel sistema di registrazione di tutte le attività svolte sono rintracciabili tutti i dati richiesti da qualsiasi ente  Modulo di gestione liste di attesa Modulo di gestione della documentazione per la riservatezza
Fase 3: Monitoraggio	a) L'organizzazione monitora la qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.	Revisione periodica delle informazioni contenute nei registri affidate alle riunioni del gruppo di lavoro equipe a cura Supervisore
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei sistemi informativi, della sicurezza nell'accesso ai dati e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, affidabilità, accuratezza e validità (sia per quelli provenienti da fonti	Normativa sulla privacy Procedura specifica

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

	<p>interne che per quelli provenienti da fonti esterne); ne valuta la corretta applicazione nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia.</p>	
--	---	--

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

Fattore/ criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
Requisito 1.5	Le modalità e gli strumenti di valutazione della qualità dei servizi	
Campo d'applicazione	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	) Vi è evidenza della formalizzazione e diffusione: o di un programma e di procedure (strumenti, modalità e tempi) per la valutazione degli esiti, della qualità delle prestazioni e dei servizi che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (volumi, appropriatezza, esiti, ecc.). Il monitoraggio deve includere almeno: i) qualità clinico/assistenziale, ii) qualità organizzativa, iii) qualità percepita; o delle responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi.	Procedura per la misura esiti trattamento monitoraggio e verifica risultati
Fase 2: Implementazione	) Le attività di valutazione degli esiti e della qualità delle prestazioni e dei servizi sono documentate (es.:la presenza di report quantitativi o qualitativi sulla qualità dei servizi) con periodicità almeno annuale e vi è evidenza della partecipazione del personale a tali attività; b) vi è evidenza che l'organizzazione ha comunicato i risultati delle valutazioni ai livelli adeguati ed ha attivato il confronto con le parti interessate (es.: diffusione di report sulla qualità dei servizi erogati, sia all'interno della struttura sia all'esterno e in particolare all'utenza); c) vi è evidenza nelle strutture socio sanitarie/assistenziali e sociali dell'impiego di strumenti di valutazione scientificamente riconosciuti per la misurazione della aderenza alle linee guida; d) i pazienti e le organizzazione di cittadini sono incoraggiati a fornire giudizi sulle cure ricevute e vi è evidenza della loro partecipazione alla	Modulo valutazione qualità con standard e indicatori definiti  Relazioni periodiche inviate TSMREE su esiti  Nel sito dell'ente sono diffusi gli interventi che si effettuano nel centro per la particolare utenza  Test scientifici per le valutazioni

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

REV 01  
 16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	valutazione della qualità dei servizi.	
<b>Fase 3: Monitoraggio</b>	) Vi è evidenza del controllo e dell'adeguamento periodico del sistema di valutazione della qualità del servizio in maniera tale da garantire la validità e l'affidabilità di tutte le misure nel tempo e delle strategie di comunicazione dei dati.	<u>Monitoraggio qualità</u>
<b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b>	a) Sulla base dei dati derivanti dalla valutazione delle prestazioni e dei servizi, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, ed individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento delle performance (vedi requisito 5.1 – Sezione 1). Vi è evidenza dell'efficacia delle azioni correttive eventualmente messe in atto.	La verifica periodica della qualità prevede azioni correttive



### 1.6 Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi

<b>Fattore/ criterio 1</b>	<b>Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 1.6</b>	<b>Le modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione</b>	a) L'organizzazione ha definito e approvato procedure/attività per la raccolta, la tracciabilità, l'analisi dei disservizi, la comunicazione verso l'esterno e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento.	<u>Allegato 11</u> - carta della qualità reclami e disservizi
<b>Fase 2: Implementazione</b>	) Vi è evidenza della messa in atto di un processo di comunicazione esterna alimentato anche dalle informazioni provenienti dai cittadini attraverso la gestione delle segnalazioni e dei reclami; b) vi è evidenza delle attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (es.: errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente).	Il sito dell'ente aggiornato periodicamente informa inoltre la carta dei servizi viene continuamente diffusa ovunque ma soprattutto nei servizi dedicati scuola centri sociali servizi territoriali ecc.
<b>Fase 3: Monitoraggio</b>	a) Vi è l'evidenza di un'attività di monitoraggio: o per verificare la frequenza delle diverse tipologie di disservizi all'interno dell'organizzazione; o per valutare l'efficacia della strategia di comunicazione esterna	Modello unico monitoraggio e verifica della qualità
<b>Fase 4: Miglioramento</b>	a) Vi è l'evidenza di un processo documentato per l'individuazione, lo sviluppo e il monitoraggio di azioni	Modello unico monitoraggio e verifica della qualità

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

<p><b>della qualità</b></p>	<p>correttive, preventive e di miglioramento finalizzate all'eliminazione o alla riduzione della ricorrenza del disservizio; b) è presente l'evidenza di modifiche apportate all'organizzazione derivate dalla valutazione dei disservizi e della valutazione della loro efficacia</p>	
-----------------------------	--	--

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

**“L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse”**

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

- 2.1 L'idoneità all'uso delle strutture
- 2.2 La gestione e manutenzione delle attrezzature

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

<p><b>Fattore/ criterio 2</b></p>	<p><b>L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse</b></p>	<p><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<p><b>Requisito 2.1</b></p>	<p><b>L'idoneità all'uso delle strutture</b></p>	
<p><b>Campo d'applicazione</b></p>	<p>Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera</p>	
<p><b>Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione</b></p>	<p>a) Vi è evidenza della pianificazione e l'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione; b) l'organizzazione ha formalizzato e diffuso il programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture che consente di individuare le situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e di gestire le aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature</p>	<p>Verifiche di idoneità stabilite dalla asl competente</p>



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

REV 01  
 16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti); c) l'organizzazione ha approvato i piani per la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.	
<b>Fase 2: Implementazione</b>	a) Vi è evidenza della messa in atto: o del piano per il potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione; o del programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture, dell'individuazione delle situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e della gestione delle aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti). b) Vi è evidenza delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.	Verifiche asl competente
<b>Fase 3: Monitoraggio</b>	a) Vi è evidenza del periodico monitoraggio: o dell'implementazione e dell'efficacia del programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture; o del livello di sicurezza della struttura ed è presente la documentazione delle attività di monitoraggio dell'idoneità della struttura e della valutazione dei dati raccolti in relazione a incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi della struttura (ad es. report, audit ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza della struttura). b) Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro, anche attraverso dimostrazioni, simulazioni e altri metodi idonei opportunamente documentate.	Essendo nuova struttura appena autorizzata si procederà in seguito a programmare sistemi di monitoraggio come la normativa prevede
<b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b>	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità ed efficacia: o del programma di gestione del rischio ambientale; o delle attività di pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o	

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

	<p>componenti necessari a garantire l' idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura; o delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro; Controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p>	<p>In merito alla sicurezza è stato svolta azione formativa specifica per i dipendenti e collaboratori</p>
--	--	--

## 2.2 La gestione e manutenzione delle attrezzature

<b>Fattore/ criterio 2</b>	<p>L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse</p>	<p><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<b>Requisito 2.2</b>	<p><b>Gestione e manutenzione delle attrezzature</b></p>	
<b>Campo d'applicazione</b>	<p>Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera</p>	
<b>Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione</b>	<p>a) L'organizzazione ha definito e formalizzato un piano in cui siano esplicitate e programmate le azioni per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature in particolare delle attrezzature biomedicali e lo stesso è stato comunicato ai diversi livelli operativi; b) l'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso una procedura per l'identificazione di tutte le attrezzature utilizzate.</p>	<p>Non disponiamo di attrezzature e apparecchiature biomedicali</p> <p>Agli atti inventario di tutte le attrezzature utilizzate nel Centro</p>
<b>Fase 2: Implementazione</b>	<p>a) E' presente un inventario aggiornato di tutte le attrezzature utilizzate; b) vi è evidenza che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, risulta a corredo delle stesse e resa disponibile alla funzione preposta per la manutenzione; c) in relazione alle singole attrezzature vi è evidenza della presenza della documentazione delle ispezioni, collaudi e interventi di manutenzione; d) vi è evidenza dell'implementazione del programma di formazione sull'utilizzo delle attrezzature che prevede periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.</p>	<p>Sono riferimenti ed evidenze per altre strutture nel suo complesso</p> <p>Unica attrezzatura che prevede addestramento è il montascale e per il quale abbiamo svolto regolare corso per l'operatrice impegnata all'uso</p>
<b>Fase 3: Monitoraggio</b>	<p>a) Vi è evidenza del monitoraggio periodico da parte della Direzione della corretta gestione delle attrezzature in particolare delle attrezzature biomedicali; b) il piano di</p>	<p>Manutenzione estintori periodica Le apparecchiature</p>

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

REV 01  
16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	manutenzione (straordinaria e preventiva) è valutato, rivisto e aggiornato con una periodicità annuale; c) l'organizzazione verifica periodicamente le conoscenze del personale utilizzatore delle modalità di utilizzo dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali per mezzo di dimostrazioni, simulazioni e altri metodi idonei. Tale verifica è documentata	elettromedicali fanno riferimento ad altre strutture
<b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b>	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità e dell'efficacia: o del programma di gestione e manutenzione delle attrezzature; o dei programmi di formazione e addestramento per l'utilizzo, la manutenzione e la dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali. Le organizzazioni controllano che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).	Formazione/istruzione montascale

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

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

**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”**

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

1.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica

1.2 L’inserimento e l’addestramento di nuovo personale

#### **1.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica**

Fattore/ criterio 3	L’organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 3.1</b>	<b>La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica</b>	
<b>Campo d’applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione</b>	<p>a) L’organizzazione ha formalizzato e diffuso: o un documento in cui è individuato un responsabile per la formazione del personale; o un Piano di formazione, aggiornamento e addestramento annuale, formulato con il coinvolgimento degli operatori, che prevede: definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi attraverso varie fonti informative, programmazione delle attività formative; o le strategie per la gestione e lo sviluppo delle risorse umane che comprenda, oltre alla formazione e l’aggiornamento del personale su competenze professionali specifiche, anche la formazione e l’addestramento su tematiche che riguardano l’introduzione di innovazioni tecnologiche ed organizzative, le competenze relazionali (lavoro in team, comunicazione, relazione) e tematiche per la promozione della salute rivolta ai pazienti, ai loro familiari e al personale. b) L’organizzazione ha definito e formalizzato un programma per il mantenimento delle competenze e un processo per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, studi, formazione, tirocinio, pratica,</p>	<p>Con il CdA n 37/16 è stato confermato incarico esperto per la supervisione e formazione del personale</p> <p>Programmazione annuale delle attività formative dove sono incluse le competenze necessarie per operare al meglio nel centro diurno oltre al lavoro di equipe con supervisione che rappresenta l’attività formativa per eccellenza in condizioni di contestualizzazione sul campo delle esperienze</p> <p>Dossier formativo agli atti per ogni collaboratore/dipendente</p>

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

REV 01  
 16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	<p>competenze ed esperienze) del personale medico, infermieristico e degli altri professionisti sanitari prevedendo un dossier formativo per singolo operatore; c) l'organizzazione ha definito e formalizzato una procedura standardizzata, oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche.</p>	
<p><b>Fase 2: Implementazione</b></p>	<p>a) Vi è evidenza della condivisione delle conoscenze acquisite all'esterno della struttura; b) vi è evidenza che le direzioni delle unità organizzative e il personale partecipano alla programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento ed è documentato il coinvolgimento degli operatori, in accordo con quanto previsto dai documenti di indirizzo; c) vi è evidenza dell'implementazione del programma per il mantenimento delle competenze. Tutto il personale ha un proprio dossier formativo con l'evidenza dei corsi svolti; d) le informazioni sul personale e la formazione conseguita sono documentate per ciascun operatore e vi è evidenza della verifica da parte della direzione delle credenziali (abilitazione, formazione, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico, infermieristico e degli altri professionisti sanitari</p>	<p>Sono contenuti nel dossier tutti i livelli professionali e formativi riferiti ad ognuno.</p> <p>Procedura specifica per la gestione risorse umane</p> <p>Nel dossier sono contenute tutte le evidenze.</p>
<p><b>Fase 3: Monitoraggio</b></p>	<p>a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'implementazione e della valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento e della soddisfazione da parte del personale</p>	<p>Questionario apposito di gradimento per gli operatori</p>
<p><b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b></p>	<p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della programmazione e della verifica della formazione necessaria e specifica; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p>	<p>Modulo specifico verifica formazione e competenze</p>

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	<p style="text-align: center;"></p>
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

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

Fattore/ criterio 3	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	EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI
Requisito 3.2	L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale	
Campo d'applicazione	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un piano che definisce le modalità per l'accoglienza e l'affiancamento/addestramento del nuovo personale – neo assunto/trasferito compreso il personale volontario; b) l'organizzazione ha approvato e formalizzato: o il processo per la valutazione delle qualifiche dei neo assunti e dell'idoneità al ruolo; o un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale verso i neo assunti, entro il 1° anno.	Procedura specifica Nuovi assunti unificata Comunicazione Asl per verificato inserimento
Fase 2: Implementazione	) Vi è evidenza della messa in atto del piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per i nuovi addetti del personale – neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario, in maniera da consentire l'esercizio delle proprie funzioni; b) vi è evidenza della valutazione dell'idoneità al ruolo dei neoassunti e della valutazione delle capacità, delle conoscenze necessarie e dei comportamenti richiesti nel momento in cui il neo assunto comincia ad adempiere alle sue responsabilità lavorative; c) vi è evidenza dell'implementazione del piano di formazione strutturata sul rischio clinico verso i neo assunti entro il 1° anno.	Procedura specifica
Fase 3: Monitoraggio	a) Vi è evidenza del monitoraggio periodico da parte della Direzione dell'efficacia dei programmi di orientamento/ inserimento del nuovo personale - neo assunto/trasferito - compreso il personale volontario.	Procedura specifica
Fase 4: Miglioramento della qualità	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei programmi di orientamento e dei piani per l'inserimento dei nuovi addetti; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1)	Procedura specifica

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i></p> <p style="text-align: center;">PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

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

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

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

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

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

Fattore/ criterio 4	Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
Requisito 4.1	Le modalità di comunicazione interna alla struttura che favoriscono la partecipazione degli operatori	
Campo d’applicazione	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a) La direzione ha definito e formalizzato: o i flussi informativi e la reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente; o le modalità di condivisione sistematica delle informazioni all’interno dell’organizzazione	Ogni comunicazione sulle attività avviene tramite apposito “Registro consegne” obiettivi comunicati formalmente agli operatori e diffusi con la carta dei servizi all’esterno, con le linee guida interne, con il progetto complessivo
Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza di documentazione attestante la circolazione e la diffusione delle informazioni compresa la comunicazione e la diffusione a tutto il personale della missione, politiche,	Sul sito dell’ente è visionabile tutta la documentazione relativa e

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i></p> <p style="text-align: center;">PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	<p style="text-align: center;"></p>
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

	<p>piani, obiettivi, budget, programmi di attività/risorse (vedi requisito 1.1); b) vi è evidenza della reportistica in merito agli obiettivi, dati e informazioni relative alla performance, agli esiti e ai programmi di miglioramento della qualità e sicurezza del paziente e della relativa diffusione (vedi requisito 2.2.3); c) vi è evidenza della messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione utilizzando modalità multiple di comunicazione; d) vi è evidenza di momenti sistematici di coordinamento e di integrazione interni all'organizzazione</p>	<p>specifica Modulistica consenso informato, diritti e doveri degli ospiti regolamento interno All'interno oltre alla bacheca ci sono le riunioni quindicinali e al bisogno settimanali o giornaliere che informano sui processi in atto</p>
<p><b>Fase 3: Monitoraggio</b></p>	<p>a) Vi è evidenza della valutazione da parte della Direzione dell'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura almeno una volta ogni due anni.</p>	<p>Modulo specifico per valutazione biennale</p>
<p><b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b></p>	<p>a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori; controlla, inoltre, che le eventuali azioni correttive intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p>	<p>Modulo qualità standard Modulo valutazione performance degli operatori</p>

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

<p><b>Fattore/ criterio 4</b></p>	<p><b>Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<p><b>Requisito 4.2</b></p>	<p><b>Le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori</b></p>	
<p><b>Campo d'applicazione</b></p>	<p>Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera</p>	
<p><b>Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione</b></p>	<p>a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso le modalità che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale.</p>	<p>Modulo reclami per tutti operatori familiari ospiti ecc</p>
<p><b>Fase 2:</b></p>	<p>a) Vengono implementati e facilitati momenti strutturati di</p>	<p>Registri specifici per</p>



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

REV 01  
16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<b>Implementazione</b>	analisi e confronto sulle criticità; b) vi è evidenza dell'effettuazione di una indagine sulla valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale nell'ultimo triennio e i risultati sono stati presentati alla Direzione e diffusi al personale.	ascoltare suggerimenti e proposte aperte nel libro delle consegne quotidiane
<b>Fase 3: Monitoraggio</b>	a) Vi è evidenza della diffusione e condivisione dei risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale, e della discussione ed analisi dei risultati anche in apposite riunioni con la Direzione.	Modulo di soddisfazione attività operatori
<b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b>	) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).	Modulo specifico

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

<b>Fattore/ criterio 4</b>	<b>Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 4.3</b>	<b>Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai caregiver</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione</b>	a) La Direzione ha definito e formalizzato una procedura: o per l'appropriata modalità di comunicazione con i pazienti e i caregiver; o per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia.	Registro visite e colloqui con familiari care giver altri dove possono esprimere ogni perplessità o richiesta modulo dei medici e pediatri
<b>Fase 2: Implementazione</b>	a) E' presente una Carta dei Servizi aggiornata e redatta con l'apporto di categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative del collettivo dell'utenza; b) vi è evidenza della presenza di strumenti informativi sintetici (multilingua) da mettere a disposizione dei cittadini; c) vi è evidenza della messa in atto di una procedura per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia; d) vi è evidenza dell'informazione ricevuta dal paziente e dai	Carta dei servizi diffusa costantemente  Modulo specifico Modulo specifico di informazione familiari in

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>		
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

	<p>familiari sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza; e) l'organizzazione fornisce le informazioni sulla qualità dei suoi servizi; f) ai pazienti con accessi programmati vengono rilasciate informazioni in forma scritta su come accedere al servizio del successivo appuntamento; g) vi è evidenza che la comunicazione delle informazioni rivolte ai pazienti e ai familiari/caregiver avviene utilizzando una lingua, metodologia e linguaggio appropriati.</p>	<p>cartella clinica</p>
<p><b>Fase 3: Monitoraggio</b></p>	<p>a) Vi è evidenza che la documentazione per l'informazione dell'utente è revisionata dall'organizzazione ad opportuni intervalli e comunque quando sono intervenute variazioni significative; b) viene effettuato il monitoraggio e la valutazione: o della soddisfazione del paziente in relazione alle informazioni fornite dalla organizzazione; o dell'efficacia dei processi di comunicazione delle informazioni ai pazienti e ai familiari-caregiver e dell'accesso ai servizi, anche per mezzo dell'analisi dei reclami/disservizi a queste correlate.</p>	<p>Modulo soddisfazione dell'ospite e dei familiari</p>
<p><b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b></p>	<p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate e sulla base delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p>	<p>Modulo standard qualità</p>

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

<p><b>Fattore/ criterio 4</b></p>	<p><b>Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<p><b>Requisito 4.4</b></p>	<p><b>Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver</b></p>	
<p><b>Campo</b></p>	<p>Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera</p>	



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



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

REV 01  
16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

d'applicazione		
<b>Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione</b>	<p>a) la Direzione ha definito, formalizzato e diffuso: o una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari al processo di cura; o una procedura per l'informazione partecipata del paziente e dei familiari (rischi e benefici del trattamento o indagine proposta, alternative disponibili, prima dell'apposizione della firma sul modulo di consenso) e per l'acquisizione del consenso informato; o una politica per la promozione della salute da parte dell'organizzazione in relazione alle maggiori patologie trattate; o un documento ufficiale, condiviso all'interno dell'organizzazione, in cui vengono definite le linee guida sui contenuti del consenso informato.</p> <p>b) Sono state esplicitate, in apposito documento aziendale, metodologie di coinvolgimento attivo dei pazienti e dei familiari, in materia di gestione del rischio clinico.</p>	<p>In cartella clinica e nel progetto terapeutico riabilitativo accettato dalla famiglia sono contenute le evidenze della corretta informazione e del coinvolgimento dei familiari</p> <p>Procedura specifica per il rischio clinico</p>
<b>Fase 2: Implementazione</b>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza della messa in atto di: o una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto e l'educazione ed è documentato il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura; o procedure per l'informazione del paziente (anche minori) e l'acquisizione del consenso informato prevedendo l'informazione partecipata; o delle metodologie di coinvolgimento attivo dei pazienti e dei familiari, in materia di gestione del rischio clinico; o che i consensi soddisfano i contenuti specificati dalle linee guida definite dall'organizzazione in merito alle modalità di redazione dei consensi. <b>b)</b> Vi è evidenza dell'informazione ricevuta dal paziente e dai familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche e dell'acquisizione del consenso informato prima della partecipazione del paziente ad attività di ricerca clinica, studi clinici e sperimentazioni cliniche <b>c)</b> vi è evidenza dell'addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari; <b>d)</b> vi è evidenza della presenza all'interno dell'organizzazione di un elenco delle prestazioni a rischio per le quali è prevista l'acquisizione di un formale consenso informato (es. anestesia/sedazione, diagnostica invasiva, terapie trasfusionali, ecc.); <b>e)</b> è presente un modulo ufficiale standardizzato e condiviso di consenso informato recante</p>	<p>Diritti e doveri degli utenti e della famiglia diffusi con tutti gli strumenti a disposizione in bacheca nel sito e nei servizi e nella consegna ai familiari con apposito modulo di accoglienza contenuto in cartella clinica.</p> <p>Presente modulo standardizzato di consenso informato per il trattamento terapeutico riabilitativo</p> <p>Rispetto normativa sulla Privacy (GDPR)</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	tutti gli specifici contenuti sopra descritti; <b>f)</b> vi è evidenza che l'organizzazione fornisce ai pazienti e ai familiari informazioni su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute.	
<b>Fase 3: Monitoraggio</b>	a) Vi è evidenza della valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/caregiver; b) vi è evidenza della periodica valutazione della qualità delle informazioni ricevute dai pazienti su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute.	Valutazione dei reclami quando ci sono
<b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b>	a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento: o delle modalità di partecipazione e coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver; o della qualità delle informazioni ricevute dai pazienti su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute. Vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).	Modulo Qualità standard

### 4.5 Le modalità di ascolto dei pazienti

<b>Fattore/ criterio 4</b>	<b>Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 4.5</b>	<b>Modalità di ascolto dei pazienti</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione</b>	a) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso: una politica e delle procedure per la presentazione e gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti; modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti e dei familiari/caregiver; procedure per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti e dei familiari (indagini di customer satisfaction).	Modulo reclami Modulo soddisfazione familiari e utenti
<b>Fase 2:</b>	a) Vi è evidenza della valutazione della soddisfazione e	

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

REV 01  
 16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<b>Implementazione</b>	dell'esperienza de pazienti e dei familiari (indagini di customer satisfaction) su almeno il 10% dei pazienti trattati; b) vi è evidenza della diffusione dei risultati delle indagini di customer satisfaction (e delle eventuali misure di miglioramento adottate o da adottare) sul sito web aziendale; c) vi è evidenza della pubblicazione e diffusione di un report annuale relativo alla gestione dei reclami.	Relazioni semestrali
<b>Fase 3: Monitoraggio</b>	a) Vi è evidenza del monitoraggio dei tempi di risposta ai reclami e del confronto con lo standard definito all'interno della Carta dei Servizi; ) vi è evidenza della valutazione dell'efficacia da parte della Direzione delle modalità di ascolto dei pazienti e dei familiari/caregiver; c) vi è evidenza che i dati derivanti dall'analisi dei reclami e dai risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza utenti dei pazienti e dei familiari vengono discussi anche con le organizzazioni per i diritti dei pazienti.	Sono definiti nella carta dei servizi  Carta dei diritti degli utenti e famiglie
<b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b>	a) Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza utenti dei pazienti e dei familiari, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua specifiche aree target e implementano azioni di miglioramento; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).	Modulo standard qualità

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

## 5° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – PROCESSI DI MIGLIORAMENTI ED INNOVAZIONE

Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili"

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

5.1 Progetti di miglioramento

5.2 Modalità di valutazione delle tecnologie

5.3 Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa

### 5.1 Progetti di miglioramento

Fattore/ criterio 5	Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
Requisito 5.1	<b>Progetti di miglioramento</b>	
Campo d'applicazione	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	) La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso a tutto il personale il programma per il miglioramento della qualità che includa le specifiche risorse, ruoli e le responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati conseguiti e degli esiti attraverso l'utilizzo di indicatori, la comunicazione periodica delle informazioni, la formazione; b) la Direzione ha formalizzato i piani di azione che sono caratterizzati almeno dai seguenti elementi: o obiettivi specifici per ciascun intervento; o cronoprogramma delle attività; o responsabilità; o risorse; o responsabilità e modalità per il monitoraggio degli obiettivi.	Piano annuale con modulo standard da utilizzare per le verifiche sulla qualità e il monitoraggio delle attività, linee guida e metodologie da seguire in base la progetto terapeutico riabilitativo del centro diffuso tra tutti gli operatori e discusso in tutte le sedi del lavoro di equipe e assembleare
Fase 2: Implementazione	a) Vi è evidenza che il programma di miglioramento della qualità è integrato al piano di gestione del rischio, alla formazione e alla pianificazione strategica; b) vi è evidenza della messa in atto del: o programma per il miglioramento	Quanto esplicitato nella organizzazione complessiva dell'ente garantisce il controllo dei processi e dei prodotti, nelle

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

REV 01  
16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	della qualità e della implementazione dei piani di azione relativi agli interventi individuati, relativi alle aree prioritarie dove la qualità misurata non raggiunge gli obiettivi prefissati; o programma per l'educazione e la formazione di tutto il personale sui temi legati alla qualità e al miglioramento continuo delle prestazioni.	cartelle cliniche degli ospiti sono evidenziati obiettivi relativi ai percorsi e il piano annuale di formazione operatori garantisce aggiornammo costante
<b>Fase 3: Monitoraggio</b>	a) Vi è evidenza che l'efficacia del programma per il miglioramento della qualità viene rivalutata sulla base di una periodicità definita e sulla base dei risultati ottenuti e degli esiti monitorati attraverso l'utilizzo di indicatori; b) i risultati legati alla qualità delle prestazioni e agli esiti sono comunicati al personale e ai cittadini e vengono messi a disposizione degli utenti; c) vi è evidenza della valutazione dell'efficacia dei programmi di educazione e formazione sui temi legati alla qualità e al miglioramento.	Modulo standard misura qualità e miglioramento della qualità contiene gli indicatori di misura necessari per governare i processi
<b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b>	a) Sulla base del programma aziendale e dei dati di monitoraggio sono stati individuati specifici piani di azione per il miglioramento della qualità nell'organizzazione. I piani di azione riflettono le priorità dell'organizzazione in base ai risultati conseguiti. Viene verificata l'efficacia dell'applicazione di detti piani di miglioramento.	Modulo standard



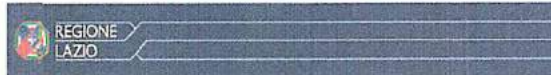
### 5.2 Modalità di valutazione delle tecnologie

<b>Fattore/ criterio 5</b>	<b>Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 5.2</b>	<b>Esistenza e applicazione di modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi</b>	
<b>Campo d'applicazione</b>	Ogni struttura di assistenza territoriale extraospedaliera	
<b>Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione</b>	a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso procedure per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie attraverso la metodologia propria del HTA.	Disponiamo solo di attrezzature informatiche e gestiamo con apposita procedura agli atti
<b>Fase 2: Implementazione</b>	a) Vi è evidenza della messa in atto di procedure per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle	



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

PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale



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

REV 01  
16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	tecnologie finalizzate all'adeguamento alle norme tecniche e all'eventuale disponibilità di nuove apparecchiature.	
<b>Fase 3: Monitoraggio</b>	a) Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione dei processi di valutazione delle tecnologie.	
<b>Fase 4: Miglioramento della qualità</b>	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità ed individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento delle modalità di selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi. Controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedere requisito 5.1 – Sezione 1).	



 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

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

**1° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - PRESTAZIONI E SERVIZI**

"E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini"

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

1.1 La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati

1.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

1.2.1 Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti

1.2.2 Passaggio in cura (continuità assistenziale)

1.2.3 Monitoraggio e valutazione

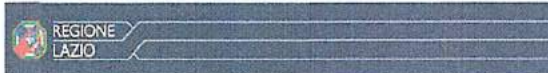
1.3 La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (GDPR).

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

Fattore/criterio 1-2C	<b>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
Requisito 1.1 – 2C	Tipologia di prestazioni e di servizi erogati	
Campo di applicazione	Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche (Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo per Adolescenti 12-17anni)	
FASE 1 Documenti di indirizzo e	a) L'organizzazione ha definito e approvato le linee guida per la redazione, la diffusione e le modalità di distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri la piena informazione circa le	Linee guida per la redazione e diffusione della <u>Carta dei Servizi, approvata dal CdA.</u>



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



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

REV 01  
16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

<b>pianificazione</b>	proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, la dotazione organica con le figure prof.li e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/trattamento/dimissione, le modalità di relazione con altre strutture.	
<b>FASE 2 Implementazione</b>	a) E' presente e viene diffusa la Carta dei Servizi e il materiale informativo a disposizione dell'utenza.	La Carta dei Servizi, è affissa in bacheca e consegnata agli utenti con apposito modulo sottoscritto.  Pubblicata su sito dell'Ente;  Diffusa nei servizi territoriali
<b>FASE 3 Monitoraggio</b>	a) Vi è evidenza della periodica rivalutazione da parte dell'organizzazione della struttura della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi, della qualità del materiale informativo a disposizione dell'utenza e dell'efficacia delle modalità di diffusione e distribuzione con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti e del volontariato.	Revisione annuale e/o periodica in funzione di eventuali cambiamenti avvenuti con apposito modulo che verifichi: - Livelli di diffusione - Contributo del volontariato locale - Modifiche ed eventuali cambiamenti di variazioni avvenute
<b>FASE 4 Miglioramento della qualità</b>	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti; controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.	Modulo soddisfazione degli utenti sulle informazioni ricevute dalla Carta dei Servizi in funzione anche delle eventuali revisioni periodiche

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

## 1.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:

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

<p><b>Fattore/ criterio 1 – 2C</b></p>	<p><b>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico - assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</b></p>	<p><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<p><b>Requisito 1.2.1 – 2C</b></p>	<p><b>Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti</b></p>	
<p><b>Campo d'applicazione</b></p>	<p>Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)</p>	
<p><b>Fase 1  Documenti di indirizzo e pianificazione</b></p>	<p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e ----- diffuso: o procedure che definiscono la modalità di accesso, accoglienza e registrazione dell'utente; - procedure e regolamenti per la gestione ----- trasparente delle liste di attesa; - protocolli, linee guida e procedure per la definizione e l'elaborazione di un progetto Terapeutico-Riabilitativo coerente e funzionale con l'indicazione del Centro di Salute Mentale (CSM) inviante; - linee guida e procedure per la valutazione iniziale----- multidisciplinare e multi professionale delle condizioni, dei bisogni di ciascun paziente, delle abilità e disabilità specifiche, e degli aspetti legati alla vita di relazione per la determinazione della gravità e della complessità del quadro clinico e per la valutazione della compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, ad es. HoNOS, BPRS, FPS, VADO), validati e adottati dalla ----- normativa nazionale e regionale, finalizzati a determinare: • il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto correlato al livello della compromissione di funzioni e di abilità del paziente (e alla sua trattabilità): intensità riabilitativa • il livello assistenziale necessario correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente: intensità assistenziale. o protocolli, linee guida e procedure per la definizione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), elaborato dalla équipe multidisciplinare e multi professionale della struttura in accordo con il Centro di Salute Mentale e in coerenza con il Piano di Trattamento individuale (PTI). È prevista la diversificazione del</p>	<p>-Modulo specifico contenuto nella cartella clinica -registro protocollo lettere di invio TSMREE con evidenza del rispetto cronologico degli accessi</p> <p>Schema di progetto terapeutico di ingresso contenuto in cartella clinica discusso con l'equipe multidisciplinare</p> <p>Tali test di carattere generale segnalati per tutte le strutture sono per adulti nel nostro centro disponiamo di scale specifiche adatte ai minori quali la WISC, TINV, SPM, TAT, e anche VADO , test dell'albero, test del disegno della famiglia, altre scale standardizzate utilizzate a livello nazionale Agli atti linee guida per tutte le patologie citate dalla</p>



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

REV 01  
16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	<p>Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) per condizioni specifiche quali: • trattamenti all'esordio; • ---- trattamenti della fascia di età di transizione tra adolescenza e prima età adulta; • trattamenti dei disturbi di personalità; • trattamenti per i disturbi del comportamento alimentare; • programmi per i soggetti affetti da disturbo psichiatrico afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione; • trattamenti dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e degli interventi in età evolutiva. o una "Scheda di progetto terapeutico riabilitativo ----- personalizzato PTRP" in cui sono presenti informazioni e criteri comuni quali: • dati anagrafici, diagnosi clinica e funzionale, con informazioni sul contesto familiare e sociale; • motivo dell'invio da parte del Centro di Salute Mentale, TSMREE tratto dal Piano di trattamento Individuale (PTI) presentato in allegato alla Scheda di PTRP; • osservazione delle problematiche relative a: i. area psicopatologica; ii. area della cura di sé/ambiente; iii. area della competenza relazionale; iv. area della gestione economica; v. area delle abilità sociali. • obiettivi dell'intervento; • aree di intervento: presenza della descrizione della tipologia e del mix di interventi previsti, con riferimento alle seguenti categorie:</p> <p>I. terapia farmacologica; II. psicoterapia; interventi psico educativi; IV. interventi abilitativi e riabilitativi; V. interventi di risocializzazione e di rete per l'inclusione socio-lavorativa. • Indicazione degli operatori coinvolti negli interventi ivi compresi, quando presenti, gli operatori di rete informali e del volontariato; • Indicazioni della durata del programma e delle verifiche periodiche:</p> <p>II. aggiornamento dell'andamento del PTRP, ----con indicazione delle date di verifica. o procedure relative all'inserimento del paziente che prevedono il confronto professionale tra gli operatori del TSMREE inviante e gli operatori della struttura, in relazione a criteri di appropriatezza e alle condizioni del paziente; o è identificato per ogni paziente un case-manager responsabile del piano individuale di trattamento e dei rapporti con i familiari. Il paziente e i familiari/caregiver sono informati delle responsabilità individuate in relazione alla presa in carico e gestione; un documento in cui sono identificati le modalità e gli strumenti per l'attuazione di una politica per la promozione della salute. Tale politica coinvolge i pazienti, i loro familiari e il personale.</p>	<p>direttiva regionale</p> <p>Presente in cartella clinica il PTRP discusso con equipe multidisciplinare che si concretizza nel progetto terapeutico complessivo in funzione del PTI (PAI-PEI)) formalizzato con l'equipe multidisciplinare dei vari servizi territoriali. PTRP è parte integrante della cartella clinica nella quale sono tracciabili tutti gli interventi posti in essere: terapia farmacologica, psicoterapia, attività riabilitative, operatori coinvolti ecc.</p> <p>Registri verbali riunioni di equipe periodiche con il coinvolgimento anche degli operatori dell'equipe inviante e dei servizi sociali quando necessario</p> <p>La presenza continua dello psicologo garantisce il case manager l'assistente sociale cura i rapporti con i familiari. Registro incontri con familiari, opuscolo inf. diritti e doveri utenti e familiari diffusione cultura della salute con incontri formativi continui personale e famiglie.</p>
--	--	---

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

REV 01  
 16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

### Fase 2 Implementazione

**a)** E' stipulato un contratto di ospitalità fra la struttura, il paziente e il CSM TSMREE inserente contenente: i servizi resi, gli impegni del paziente, gli obiettivi del trattamento e i tempi; il regolamento interno della struttura; o le modalità economiche, o le norme relative al consenso informato e alla tutela dei dati personali. La Carta dei Servizi è allegata, quale parte integrante, al contratto di ospitalità che si stabilisce con l'utente;

**b)** vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, progetti di intervento e percorsi di cura specifici validati dalla letteratura internazionale e già inseriti con specifiche Linee Guida nel Sistema Nazionale Linee Guida, in relazione alle seguenti aree di bisogni prioritari e di interesse:

area esordi - intervento precoce; o area disturbi comuni, ad alta incidenza e prevalenza (depressione, disturbi d'ansia); o area disturbi gravi persistenti e complessi; o disturbi dell'umore; o prevenzione del suicidio; o disturbi della personalità; o disturbi del comportamento alimentare; o disturbi dello spettro autistico.

**c)** Vi è evidenza che il percorso di presa in carico si basa operativamente ----- sull'integrazione di attività specifiche cliniche e riabilitative, di assistenza, di intermediazione e di coordinamento ; **d)** vi è evidenza dell'attuazione del progetto terapeutico riabilitativo individuale, basato sulla valutazione iniziale dei pazienti ed articolato in programmi differenziati per intensità riabilitativa e per intensità assistenziale.

Il progetto terapeutico riabilitativo individuale è contenuto in cartella clinica e riporta: o la valutazione del funzionamento personale e sociale, con strumenti standardizzati; la resistenza al cambiamento; la stabilità clinica; gli obiettivi in ordine agli ambiti della cura, della socializzazione, delle soluzioni abitative e lavorative; o la descrizione delle prestazioni e degli interventi riabilitativi individuali e di gruppo con la descrizione dell'attività; o la descrizione delle risorse disponibili e dello stile relazionale presente nel contesto di vita del paziente, con particolare attenzione alle relazioni con la famiglia; la durata del trattamento e le modalità di monitoraggio del trattamento; o data presunta di dimissione con indicazione del medico responsabile del progetto globale del CSM TSMREE territorialmente competente. TSMREE

**e)** E' attuato un sistema integrato e completo di servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza e vi è evidenza

-Contratto di convenzione Asl—  
 Regolamento interno  
 -Moduli consenso informato  
 -autorizzazione trattamento dati personali-carta dei servizi sempre consegnata ai genitori che sottoscrivono progetto terapeutico inserimento  
 Linee guida validate servizio neuropsichiatria per tutte le patologie menzionate dalla direttiva


In cartella clinica sono contenute tutte le evidenze documentali di cui alle indicazioni nel progetto terapeutico riabilitativo individualizzato e, sia nel piano assistenziale che nel piano educativo PAI PEI tradotto in PTRP dal progetto terapeutico riabilitativo complessivo, sono formalizzate tutte le evidenze richieste dalla normativa.



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

	<p>della messa in atto di interventi complessi e coordinati di diagnosi, trattamento e riabilitazione con il coinvolgimento della famiglia e di altri contesti di vita, attraverso l' integrazione in rete con altre istituzioni e con il territorio;</p> <p><b>f)</b> le attività di valutazione e di presa in carico multidisciplinare dei pazienti sono documentate e verificabili all'interno della documentazione sanitaria e della cartella clinica;</p> <p><b>g)</b> vi è evidenza della costante verifica delle potenzialità evolutive del paziente e del conseguente adattamento delle linee di intervento. I riscontri sono annotati nella documentazione sanitaria;</p> <p><b>h)</b> vi è evidenza che il personale coinvolto nella cura/assistenza e riabilitazione del paziente conosce e applica le procedure per la gestione e la somministrazione del trattamento farmacologico;</p> <p><b>i)</b> la presa in carico prevede il riconoscimento del soggetto come parte attiva di una relazione di cura e si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita. Vengono attuate attività di promozione della salute ed educazione sanitaria in relazione alle patologie trattate con il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari;</p> <p><b>j)</b> vi è evidenza che la struttura organizza attività ricreative e di socializzazione per gli ospiti.</p>	<p>Interrelazione costante e continua TSMREE con incontri periodici, neuropsichiatra interna per valutare e concordare diagnosi e trattamento come da cartella clinica</p> <p>La registrazione costante delle attività attraverso registri specifici quali registro riunioni assembleare, registri riunioni equipe interna ed equipe allargata, registro consegne operatori, registro assemblee operatori utenti, schede in cartella clinica per ogni attività visionabile da ogni operatore che ne cura l'aggiornamento per propria competenza, registro uscite ospiti, testimonia attività ricreative all'esterno .</p>
<p><b>Fase 3</b> <b>Monitoraggio</b></p>	<p><b>a)</b> Vi è evidenza della verifica da parte dell'organizzazione, dell'applicazione: o delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale di ciascun paziente e dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multi professionale; o del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP); o dei programmi per l'individuazione e l'intervento precoce delle psicosi; o dei protocolli, delle linee guida e delle procedure relative ai percorsi di assistenza e cura specifici; o dei percorsi di assistenza differenziati connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e degli interventi in età evolutiva. <b>b)</b> Nella cartella clinica sono monitorate periodicamente le diverse aree dell'intervento riabilitativo attraverso strumenti standardizzati, che registrano le modifiche nelle condizioni cliniche, nei bisogni e dinamiche relazionali al fine di determinare il risultato delle cure e la pianificazione del proseguimento della cura o della dimissione; <b>c)</b> vi è evidenza della rivalutazione e della revisione del Progetto terapeutico</p>	<p>In cartella clinica sono documentati tutte le procedure richieste</p>

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i></p> <p style="text-align: center;">PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

	<p>riabilitativo personalizzato (PTRP), con il coinvolgimento del paziente e dei familiari, quando è rilevato un cambiamento delle condizioni o della diagnosi del paziente (i riscontri sono registrati all'interno della cartella clinica); <b>d</b>) vi è evidenza del controllo e del monitoraggio del trattamento farmacologico e degli effetti collaterali derivanti dall'uso di psicofarmaci</p>	
<p><b>Fase 4 Miglioramento della qualità</b></p>	<p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità: o dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale dei pazienti ; o dei processi per la gestione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP) e dei percorsi di cura, ivi compresa la qualità della tracciabilità delle attività all'interno della documentazione sanitaria; o del trasferimento delle informazioni all'interno del processo di cura; o delle procedure operative definite; o della politica per la promozione della salute. Inoltre vi è evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p>	<p>La carta della qualità dell'ente prevede procedure di rilevazione delle criticità attraverso moduli e questionari diretti ad operatori ed utenti per migliorare il servizio offerto moduli allegati e parte integrante della carta della qualità generale dell'ente</p>

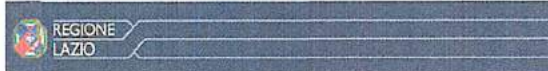
## 1.2. La presenza di percorsi assistenziali che comprendono

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

<p><b>Fattore/ criterio 1 – 2C</b></p>	<p><b>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</b></p>	<p><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<p><b>Requisito 1.2.2 – 2C</b></p>	<p>Passaggio in cura (continuità assistenziale)</p>	
<p><b>Campo d'applicazione</b></p>	<p>Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)</p>	
<p><b>Fase 1 Documenti di indirizzo e pianificazione</b></p>	<p>a) L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso: programmi di coordinamento che regolino i rapporti con gli altri servizi (servizi sociali, servizi di accompagnamento al lavoro, programma di inserimento/mantenimento lavoro) le cui attività sono utili alla realizzazione del piano riabilitativo; o protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del follow up); o procedure per</p>	<p>Ente quale ente accreditato anche per la formazione dispone di personale esperto in percorsi di orientamento alle scelte e al lavoro come diffuso e pubblicato nel sito specifico dell'ente <a href="http://www.ecostudiroma lazio.it">www.ecostudiroma lazio.it</a></p>



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



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

REV 01  
16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	<p>la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up; o procedure per l'adozione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione.</p> <p>b) protocolli che assicurino un collegamento con i medici di medicina generale ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli utenti; protocolli linee guida e procedure per l'integrazione progettuale con i servizi territoriali di riferimento di salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta, specie riguardo ai disturbi psichici adolescenziali e giovanili (fascia d'età 15 – 21 anni); protocolli che regolino i contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti terapeutico riabilitativi individuali, in integrazione con le azioni del CSM TSMREE</p>	<p>Dispone di modulo specifico in cartella clinica per dimissioni protette e per la continuità assistenziale</p> <p>Dispone di Procedure per passaggi di consegne attraverso registri specifici- In cartella clinica evidenziato su apposito modulo nominativo medico di base e reperibilità all'occorrenza Procedure in cartella per l'integrazione delle attività con i servizi territoriali e le agenzie educative coinvolte .</p>
<p><b>Fase 2</b> <b>Implementazione</b></p>	<p>a) esiste evidenza che il paziente sia informato sul proseguimento delle cure; b) vi è evidenza dell'attuazione di un protocollo per il trasporto sicuro dei pazienti e dell'adozione da parte dell'organizzazione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione; c) sono pianificati rivalutazioni/controlli dei pazienti sottoposti a follow up secondo tipologie e periodicità definite; d) vi è evidenza che tutta la documentazione clinica, e la cartella clinica del paziente è a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento; e) sono attivati protocolli che assicurino un collegamento con i medici di medicina generale ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli utenti; f) sono attivati protocolli che regolino i rapporti con gli altri servizi (servizi sociali, servizi di accompagnamento al lavoro) le cui attività sono utili alla realizzazione del programma riabilitativo; g) sono applicate le procedure per l'integrazione progettuale con i servizi di salute mentale territoriali di riferimento; h) vi è evidenza che sia fornita al paziente specifica relazione clinica finale per il medico curante; i) nel caso di complicanze non gestibili in loco, l'organizzazione garantisce, utilizzando una specifica procedura condivisa, il trasporto del paziente ad una struttura ospedaliera di riferimento, con possibilità di ricovero, situato ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze vi è evidenza dell'applicazioni dei protocolli che regolino i contatti con le istituzioni</p>	<p>Autorizzazione sottoscritta dal genitore minore al progetto terapeutico riabilitativo svolto presso il centro</p> <p>In cartella clinica evidenze sulle dimissioni protette</p> <p>Sui registri specifici passaggi di consegne e informazioni per gli operatori</p> <p>Collegamento con i servizi distrettuali obbligatori per norma quale unica equipe inviante e responsabile del trattamento</p> <p>Riunioni periodiche sono strutturate con i servizi socio sanitari TSMREE territoriale</p> <p>Trasporto a carico dei familiari, emergenze mediche attivazione del 118 come di norma essendo una struttura diurna di mantenimento.</p>



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti terapeutico riabilitativi individuali, in integrazione con le azioni del CSM; TSMREE)	Incontri periodici con le agenzie formative e piano educativo individualizzato sottoscritto dalle istituzioni scolastiche formative
<b>Fase 3 Monitoraggio</b>	a) Vi è evidenza del monitoraggio periodico dell'applicazione: dei processi, dei protocolli e delle linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti e il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti e del follow up); o dei collegamenti funzionali tra il CSM,TSMREE le altre strutture per la tutela della salute mentale, le strutture sociosanitarie/ assistenziali, sociali, i servizi territoriali, i medici curanti, le strutture sanitarie, coinvolte nella cura, assistenza e riabilitazione del paziente; o delle procedure per la determinazione dei pazienti da sottoporre a follow-up e vi è evidenza dello svolgimento delle rivalutazioni e dei controlli dei pazienti secondo le periodicità pianificate; b) Vi è evidenza dell'attivazione di un sistema di documentazione dei casi gravi presi in carico (ammessi e dimessi) volto a rilevare e recuperare eventuali "drop out" (i cosiddetti "persi di vista"); c) vi è evidenza del periodico monitoraggio e controllo da parte della Direzione delle modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna e i trasferimenti delle cure presso altre tipologie di strutture.	In cartella clinica sono presenti tutti gli strumenti per il monitoraggio e controllo delle attività tra cui la valutazione periodica degli interventi , presenti procedure nella carta della qualità per monitorare i processi e procedure in cartella clinica per controllo periodo andamento progetto terapeutico- In merito ai "persi di vista" non rientra nelle competenze del centro visto possiamo accogliere solo invii disposti dal TSMREE
<b>Fase 4 Miglioramento della qualità</b>	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale, passaggio in cura, dimissioni e follow-up. Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).	La carta della qualità prevede procedure per la valutazione e verifica dei risultati raggiunti .

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

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

### 1.2.3. Monitoraggio e valutazione

<p><b>Fattore/ criterio 1 – 2C</b></p>	<p><i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</i></p>	<p><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<p><b>Requisito 1.2.3 – 2C</b></p>	<p><b>Monitoraggio e valutazione</b></p>	
<p><b>Campo d'applicazione</b></p>	<p><i>Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)</i></p>	
<p><b>Fase 1:  Documenti di indirizzo e pianificazione</b></p>	<p>a) L'organizzazione ha definito gli obiettivi per la qualità del programma terapeutico - riabilitativo; b) l'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico - assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore</p>	<p>Modulistica rinvenibile in cartella clinica, nella carta dei servizi e nel conoscenza di tutti gli servizio reso indicatori contenuti nei questionari di gradimento e soddisfazione sia degli operatori che degli utenti</p>
<p><b>Fase 2  Implementazione</b></p>	<p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione del grado di conformità delle attività ai protocolli e alle linee guida EBM/EBN secondo quanto previsto dalle procedure (ad es. monitoraggio dei tempi, delle modalità e dei contenuti della presa in carico, della valutazione iniziale e del piano di trattamento, della continuità assistenziale e dimissione, in accordo con gli obiettivi stabiliti); b) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio degli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico assistenziale/riabilitativa tenendo conto della "scienza" o della "evidenza" a supporto di ogni singolo indicatore; c) vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione della qualità del programma terapeutico - riabilitativo, dalla presa in carico alla dimissione; d) vi è evidenza dello svolgimento di indagini sulla soddisfazione e l'esperienza di cura degli ospiti e dei familiari riguardo il programma terapeutico - riabilitativo;</p>	<p>In cartella clinica sono disponibili tutte le modalità di presa in carico e trattamento con evidenze scientifiche verificabili e standard di valutazione della diagnosi polifunzionali operata dal TSMREE, indicatori valutativi delle capacità e delle competenze nel PAI/PEI, delle dimissioni protette e indagini con questionari specifici in base alla carta della qualità sulla soddisfazione di utenti ed operatori..</p>
<p><b>Fase 3  Monitoraggio</b></p>	<p>a) Vi è evidenza dell'aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti, della performance clinica, della qualità dei programmi terapeutico - riabilitativo</p>	<p>La carta della qualità e la modulistica presente in cartella clinica nonché i</p>

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i></p> <p style="text-align: center;">PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

		<p>diversi registri utilizzati per la trascrizione giornaliera e periodica delle attività consentono di monitorare i percorsi di riabilitazione e trattamento, attraverso osservazioni e inferenze scientifico deduttive in grado di rilevare criticità e porre in essere azioni correttive immediate.</p> <p>Per i "persi di vista" non compete al centro in quanto ospitiamo solo invii sotto la tutela e osservazione medico scientifica del TSMREE</p>
<p><b>Fase 4</b> <b>Miglioramento della qualità</b></p>	<p>a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi a continuità assistenziale, passaggio in cura, dimissioni e follow-up. Vi è, inoltre, evidenza del controllo che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p>	<p>Modulistica carta della qualità per misurare risultati conseguiti.</p>

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>		
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

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

<p>Fattore/criterio 1 - 2C</p>	<p><b>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico-assistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini</b></p>	<p><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<p>Requisito 1.3 – 2C</p>	<p><b>La modalità di gestione della documentazione sanitaria e socio assistenziale</b></p>	
<p><b>Campo d'applicazione</b></p>	<p>Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)</p>	
<p><b>Fase 1 Documenti di indirizzo e pianificazione</b></p>	<p>a) L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce: i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socio-assistenziale nonché le modalità di controllo; o gli aspetti legati al tema della privacy e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia; i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio assistenziale; le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione socio-assistenziale e l'implementazione di azioni correttive se necessario.</p>	<p>Presente agli atti documentazione sulla privacy in base alle normative attuali</p>
<p><b>Fase 2 Implementazione</b></p>	<p>a) Per ciascun ospite è compilata la documentazione sanitaria/socio-assistenziale, periodicamente aggiornata che prevede: o la tracciabilità degli elementi che caratterizzano la presa in carico dell'utente, il programma terapeutico - riabilitativo e la continuità assistenziale; o gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati; o i b) risultati delle valutazioni compresi gli eventi avversi; o prestazioni erogate e trattamenti farmacologici; registrazione di eventuali assenze dell'utente; elementi di valutazione</p>	<p>La cartella clinica contiene la documentazione necessaria per la tracciabilità di tutti gli elementi riportati in indirizzo</p>



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



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

REV 01  
16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

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

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>		
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

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

**“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”**

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

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

### 2.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze

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

## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

		raccomandate
<b>Fase 2</b>  <b>Implementazione</b>	a) Vi è evidenza della messa in atto di protocolli, linee guida e/o procedure per la corretta gestione dell'utente in linea con i principi della Evidence Based Medicine e della Evidence Based Nursing; b) vi è evidenza dell'accessibilità al personale dei regolamenti interni di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza; c) vi è evidenza dell'implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza; d) vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida, procedure e/o del programma terapeutico - riabilitativo, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati.	Si solo per alcune patologie specifiche Il personale può accedere ai regolamenti ed alla documentazione tutta in quanto affissa in bacheca quella di ordine pubblico e disponibile su armadio chiuso quella privata dei dati sensibili delle cartelle cliniche alle quali sotto il controllo della direzione tutti gli operatori possono accedere, così tutte le buone pratiche regionali sono a disposizione di tutti.
<b>Fase 3</b>  <b>Monitoraggio</b>	a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione: dell'appropriatezza delle prestazioni da parte dei professionisti sanitari, degli operatori socio sanitari e sociali e della Direzione; dell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o dei programmi terapeutico - riabilitativo; o dell'applicazione delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali. b) Vi è evidenza dello svolgimento di audit multidisciplinari e/o multi professionali e sistematici per confrontare la pratica corrente con le linee guida basate sulle evidenze, i protocolli e i percorsi di cura/assistenza definiti dall'organizzazione. I risultati dell'audit vengono comunicati al personale; c) vi è evidenza della rivalutazione e dell'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili.	Modulistica per il monitoraggio in base alla carta della qualità, supervisione e audit periodico delle attività con registro attività di supervisione delle attività multidisciplinari per i diversi operatori sia in riunioni congiunte alla presenza del supervisore sia in forma individuale per migliorare gli interventi e per prevenire eventuali burnout degli operatori
<b>Fase 4</b>  <b>Miglioramento della qualità</b>	a) Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche e dell'appropriatezza delle prestazioni, controllando l'efficacia delle azioni di miglioramento intraprese (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).	La cartella clinica comprende sistemi di valutazione dell'andamento dei percorsi


 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i></p> <p style="text-align: center;">PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

## 2.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

Fattore/ criterio 2 – 2C	L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati	EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI
Requisito 2.2 – 2C	L'organizzazione assicura la promozione della sicurezza e la gestione dei rischi	
Campo d'applicazione	Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)	
Fase 1  Documenti di indirizzo e pianificazione	<p>a) E' presente ed è stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che preveda la definizione delle politiche per la sicurezza del paziente, le modalità per l'identificazione e la valutazione dei rischi, una lista dei processi, delle aree e dei rischi maggiori identificati, le modalità di comunicazione con gli stakeholder e la gestione dei relativi contenziosi. Il piano comprende la prevenzione ed il controllo almeno di: infezioni correlate all'assistenza; sindrome da immobilizzazione; . cadute dei pazienti; intossicazione da farmaci; . atti aggressivi; . rischio di autolesioni; . rischio suicidio; . rischio fughe. Tale piano deve contemplare ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione e deve essere approvato dalla Direzione. Il piano prevede la definizione di obiettivi specifici e misurabili; b) l'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti; b) vi è evidenza di un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi; d) l'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, procedure per la prima gestione in loco delle complicanze.</p>	<p>Presente piano di valutazione e gestione del rischio complessivo di struttura e organizzazione Procedura in base alla carta della qualità di gestione del rischio clinico e delle altre indicazioni regionali</p> <p>Presente il piano di formazione degli operatori annuale sulle tematiche specifiche e aggiornamento costante</p>
Fase 2  implementazione	L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio. In particolare sono individuati e gestiti i processi relativi a: la corretta identificazione del paziente; l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste; la corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività; la gestione e cura dei pazienti ad alto rischio; o la gestione di situazioni d'emergenza-urgenza psichiatrica e il trasferimento del	Procedura per la gestione del rischio clinico scheda specifica in cartella clinica del medico neuropsichiatra infantile per la tracciabilità della somministrazione dei



 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i></p> <p style="text-align: center;">PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

	<p>paziente in idonea struttura. Vi è evidenza della messa in atto: del piano annuale aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e del controllo e monitoraggio dei seguenti rischi: i. infezioni correlate all'assistenza; sindrome da immobilizzazione; cadute dei pazienti; intossicazione da farmaci; v. atti aggressivi; rischio di autolesioni; rischio suicidio; rischio fughe. Vi è evidenza della completezza e della tracciabilità nella documentazione sanitaria dell'applicazione delle procedure per la corretta somministrazione dei medicinali.</p>	<p>farmaci</p> 
<p><b>Fase 3 Monitoraggio</b></p>	<p>Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti; 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.</p>	<p>Sistema di qualità e procedure relative le procedure ad alto rischio OMS non si contemplano nel Centro Diurno essendo il manuale regionale generico per tutte le strutture</p>
<p><b>Fase 4 miglioramento della qualità</b></p>	<p>Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1)</p>	<p>Annualmente modulo di verifica delle criticità riscontrate</p>

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

<p><b>Fattore/ criterio 2 – 2C</b></p>	<p><b>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<p><b>Requisito 2.3 – 2c</b></p>	<p><b>Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</b></p>	
<p><b>Campo d'applicazione</b></p>	<p>Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)</p>	
<p><b>Fase 1 Documenti di</b></p>	<p>La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso: o un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: near miss, eventi avversi ed eventi sentinella; o modalità e procedure per</p>	<p>Registrazione su registro dedicato comunicazione in consegna ogni evento</p>

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

<p><b>indirizzo e pianificazione</b></p>	<p>la comunicazione agli utenti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell’impatto di un evento avverso sugli operatori.</p>	<p>avverso che possa richiedere azione correttiva e riunione immediata operatori equipe per stabilire azioni correttive e corretta informazione a utenti familiari altri.</p>
<p><b>Fase 2 implementazione</b></p>	<p>a) Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale; b) è presente evidenza dei risultati di un’analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, near miss manifestati durante l’episodio di trattamento e riabilitazione; c) vi è evidenza dell’identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi segnalati attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safetywalkround) che prevedano il coinvolgimento multidisciplinare e/o multi professionale degli operatori e la predisposizione, in seguito all’indagine condotta, di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio; d) vi è evidenza dell’applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza; e) il personale implementa le azioni previste e codificate dalle procedure per la comunicazione agli utenti e/o familiari degli eventi avversi e per offrire l’opportuno supporto/ sostegno agli utenti/familiari, la gestione dell’impatto di un evento avverso sugli operatori; f) gli utenti/familiari/caregiver possono segnalare incidenti o situazioni rischiose di cui sono stati testimoni.</p>	<p>Riunione equipe multidisciplinare per valutazione e implementazione sistemi correttivi Registro di segnalazioni anche da parte dei familiari di eventuali eventi acvversi osservati in altri contesti che possono essere messi a conoscenza dell’equipe multidisciplinare.</p>
<p><b>Fase 3 monitoraggio</b></p>	<p>Vi è evidenza del monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) e della valutazione dell’applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei near miss, eventi avversi ed eventi sentinella; b) vi è evidenza del monitoraggio dell’applicazione degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi; c) vi è evidenza della valutazione dell’applicazione delle modalità di comunicazione verso gli utenti/ familiari e verso l’esterno di un evento avverso; d) l’organizzazione divulga agli operatori almeno una volta l’anno i risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate; e) vi è evidenza del monitoraggio dell’applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza.</p>	<p>La registrazione rilevata e monitorata consente in una piccola struttura come la nostra di valutare il numero di eventi avversi agevolmente anche in funzione dei soli 12 ospiti del centro dispone di procedure dalla carta della qualità e raccomandazioni per la prevenzione rischio</p>

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i></p> <p style="text-align: center;">PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

<p><b>Fase 4</b> <b>miglioramento della qualità</b></p>	<p>) I dati del monitoraggio sono utilizzati per studiare le aree target per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi; b) vi è evidenza della valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive implementate</p>	<p>sicurezza. procedura per la gestione del rischio</p>
---	--	---

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

<p><b>Fattore/ criterio 2 – 2C</b></p>	<p><b>L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati</b></p>	<p><b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b></p>
<p><b>Requisito 2.4 – 2c</b></p>	<p><b>Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze</b></p>	
<p><b>Campo d'applicazione</b></p>	<p>Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)</p>	
<p><b>Fase 1 Documenti di indirizzo e pianificazione</b></p>	<p>a) L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico. Vi è evidenza dell'identificazione e dell'applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche; c) vi è evidenza dell'implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi; d) vi è evidenza della messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico.</p>	<p>Riunioni periodiche con i familiari informati costantemente sul progetto terapeutico individualizzato garantiscono la comunicazione efficace oltre agli avvisi affissi costantemente in bacheca</p>
<p><b>Fase 2 implementazione</b></p>	<p>Vi è evidenza dell'identificazione e dell'applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) vi è evidenza della produzione e diffusione di buone pratiche; c) vi è evidenza dell'implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi; d) vi è evidenza della messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico</p>	
<p><b>Fase 3</b></p>	<p>a) Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica</p>	<p>Questionari di</p>

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>		
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

<b>monitoraggio</b>	da parte della Direzione dell'implementazione delle buone pratiche e delle soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività; b) l'organizzazione effettua il monitoraggio dell'applicazione delle procedure per il coinvolgimento degli utenti e dei familiari/caregiver e valuta il grado di partecipazione degli utenti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico.	soddisfazione degli utenti e comunicazioni su apposito box anonimo rilevazione di eventuali criticità come prevede la carta dei servizi e la carta della qualità
<b>Fase 4 miglioramento della qualità</b>	Sulla base delle analisi effettuate, delle criticità riscontrate e delle informazioni, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni correttive e preventive; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).	Azioni correttive di eventuali criticità

### 3° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – UMANIZZAZIONE

**“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture”**

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

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

<b>Fattore/ criterio 3 – 2C</b>	<b>L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, è un impegno comune a tutte le strutture</b>	<b>EVIDENZE OPERATIVE DOCUMENTALI</b>
<b>Requisito 3.1 – 2C</b>	<b>Programmi per l’umanizzazione e la personalizzazione dell’assistenza</b>	
<b>Campo d’applicazione</b>	Struttura semiresidenziale per persone con patologie psichiatriche(Centro diurno terapeutico riabilitativo per adolescenti 12-17 anni)	
<b>Fase 1 Documenti di indirizzo e pianificazione</b>	La Direzione ha definito e formalizzato: un piano per lo sviluppo di attività (assistenziali organizzative) orientate a migliorare l’accessibilità e l’accoglienza degli utenti; un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, utenti e loro familiari; specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per utenti ed	Progetto complessivo ente con approccio metodologico dell’operatore empatico autorevole Supervisione delle attività degli operatori e formazione continua per evitare burnout e

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

REV 01  
16/05/2019



## MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017

	<p>accompagnatori; specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni</p>	<p>garantire la soddisfazione degli operatori Stanza operatori con bagno privato aree di attesa ospiti confortevoli Stanze separate per rispetto privacy nei colloqui</p>
<p><b>Fase 2 implementazione</b></p>	<p>Vi è evidenza dell'implementazione da parte dell'organizzazione e del personale di attività (assistenziali-organizzative) orientate a migliorare: o l'accessibilità degli utenti; l'accoglienza tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica; gli utenti hanno la possibilità di concordare individualmente l'ingresso e l'uscita dalla struttura; l'organizzazione favorisce le relazioni interpersonali, le iniziative, il senso di responsabilità e la dignità dell'utente; o il confort delle aree di degenza, nel rispetto del benessere e della dignità degli utenti, delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per accompagnatori e visitatori, delle aree di socializzazione, in particolare deve essere assicurata la presenza di: x progetti/attività per promuovere la struttura come luogo aperto; x il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni e durante i colloqui tra il personale sanitario e l'utente sul suo stato di salute; x possibilità di scelta nel menu e adeguamento degli orari dell'organizzazione ai ritmi fisiologici della persona (orario di distribuzione dei pasti dalle 7 in poi, dalle 12 in poi, dalle 19 in poi). b) La Direzione ha implementato un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari/socio-sanitari e sociali, utenti e loro familiari e per agevolare il supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti che preveda almeno: o la formazione degli operatori socio sanitari/assistenziali e sociali alle abilità procedurali e alle attività di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di cattive notizie); o partecipazione dell'utente al processo assistenziale; o l'adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare. o la presenza di supporto psicologico (il servizio può essere realizzato dalla struttura o in partnership con associazioni, cooperative ecc. nell'ambito di specifici</p>	<p>manuale sul diritto /doveri dei familiari e degli utenti rappresenta un valido strumento per garantire quanto richiesto in indirizzo. Il progetto terapeutico complessivo della struttura disponibile in bacheca e alla visione di tutti gli operatori, unitamente alla carta dei servizi ed ai regolamenti interni garantisce la formazione degli operatori costantemente aggiornati, un approccio metodologico basato sulla comunicazione efficace ed efficiente, sostegno umano e psicologico professionale dell'approccio dell'operatore empatico autorevole al fine di evitare collusioni improduttive, relazionali autenticamente accettante e professionalmente competente in grado di accogliere con autorevolezza e decisione nei comportamenti per la gestione delle regole e dei processi al fine di evitare e prevenire fratture nel percorso riabilitativo educativo assistenziale degli adolescenti e famiglie ospiti.</p>

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

	<p>accordi scritti); o l'ampliamento degli orari di visita e di assistenza per i familiari. c) Vi è evidenza dell'implementazione di interventi per l'accesso agevolato alle prestazioni assistenziali e per la semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale entro tempi predefiniti</p>	
<p><b>Fase 3</b> <b>monitoraggio</b></p>	<p>Vi è evidenza del monitoraggio dell'efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accessibilità, il confort, l'accoglienza e la qualità delle prestazioni; vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione del programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, socio-sanitari/assistenziali e sociali, utenti e loro familiari; c) vi è evidenza del coinvolgimento degli utenti/organizzazione dei cittadini per valutare la centralità dell'utente nel processo di cura e la personalizzazione dell'assistenza.</p>	<p>Questionari di soddisfazione di utenti familiari e operatori</p>
<p><b>Fase 4</b> <b>miglioramento della qualità</b></p>	<p>Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della personalizzazione dell'assistenza; controlla, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati (vedi requisito 5.1 – Sezione 1).</p>	<p>Azioni correttive periodiche in base alle necessità</p>

 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i></p> <p style="text-align: center;">PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

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

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

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



 <p style="text-align: center;"><i>Centro Diurno Terapeutico Riabilitativo Per Adolescenti "DIRE E FARE"</i> PROXENIA Soc. Cooperativa Sociale</p>	 	
<p>Dott.ssa COLLURA ELVIRA –Direttore Sanitario- NPI Dott.ssa Gabriele Monica – Psicologo Dott. Di Manno Emanuele Marco –Responsabile struttura</p>	<p style="text-align: center;">REV 01 16/05/2019</p>	
<p><b>MANUALE DI ACCREDITAMENTO - DCA 469/2017</b></p>		

**PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE MANUALE:**

- 1 CARTA DELLA QUALITA' E ALLEGATI
- 2 CARTA DEI SERVIZI E ALLEGATI
- 3 CODICE ETICO 231/2001
- 4 PROGETTO ISTITUZIONALE CDT
- 5 RELAZIONE DETTAGLIATA (attività – obiettivi CDT)
- 6 REGOLAMENTO INTERNO CDT
- 7 CARTA DEI DIRITTI E DEI DOVERI
- 8 MODULISTICA CARTELLA CLINICA (Carta dei Servizi)
- 9 Sez. 1. - 1 PIANO ANNUALE DELLE ATTIVITA' E DELLA QUALITA' DELL'ORGANIZZAZIONE
- 10 " " COMUNICAZIONE A TUTTI GLI OPERATORI RUOLI E FUNZIONI ASSEGNATE
- 11 " " COMUNICAZIONE ALLA DIREZIONE DI: MISSION VISION CODICE ETICO CARTA SERVIZI
- 12 " " MONITORAGGIO/VALUTAZIONE PIANO ANNUALE DELLE ATTIVITA' – REVISIONE PERIODICA
- 13 " " MONITORAGGIO ATTUAZIONE PIANO ANNUALE – OBIETTIVI E CRITICITA'
- 14 " " FATTORE DI QUALITA' – INDICATORI – STANDARD ( obiettivi per il miglioramento Qualità in funzione del PIANO ANNUALE CRONOPROGRAMMA .....).
- 15 Sez. 1 – 1.3 MODULO PER LA VALUTAZIONE PERFORMANCE DEI RESPONSABILI ED OPERATORI
- 16 " " MODULO PER LA VALUTAZIONE ANNUALE DELL'EFFICACIA DELL'ORGANIZZAZIONE
- 17 Sez. 1 – 1.4 MODULO PER GARANTIRE LA TRASPARENZA DELLA LISTA DI ATTESA
- 18 Sez. 1 – 1.6 MODULO MONITORAGGIO TIPOLOGIE DISSERVIZI
- 19 Sez. 1 – 2.3 SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI E COMUNICAZIONE PRESA VISIONE
- 20 Sez. 1 – 3.1 MONITORAGGIO PERIODICO DELLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI E VERIFICA RISULTATI ATTRAVERSO ATTIVITA' SUPERVISIONE .....
- 21 Sez. 1 – 3.2 PROCEDURA ACCOGLIENZA ORIENTAMENTO ADDESTRAMENTO AFFIANCAMENTO NUOVI ASSUNTI
- 22 Sez.1 – 4.1 VALUTAZIONE BIENNALE LIVELLI DI EFFICACIA COMUNICAZIONE INTERNA
- 23 Sez. 1 – 4.3 PROCEDURA COINVOLGIMENTO MEDICI DI FAMIGLIA E PEDIATRI .....

