

## Allegato A

Strutture residenziali sanitarie assistenziali per anziani - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG01	La carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona assistita e/o a chi la rappresenta legalmente e sono diffusi	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche. Il termine "diffusi" va inteso come "divulgati" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura. Per rappresentante legale s'intendono gli amministratori di sostegno, i tutori e i curatori (come previsto dal codice civile).
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG02	E' definito un piano complessivo delle attività e dei risultati attesi basato sulla qualità e sicurezza delle cure e dell'assistenza e sulla rete territoriale di riferimento. Il piano è redatto con l'apporto delle diverse figure professionali ed è portato a conoscenza di tutto il personale	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio residenziale. Non si tratta del piano personalizzato relativo alla singola persona assistita.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori per il monitoraggio degli obiettivi e risultati attesi. Gli indirizzi regionali e locali includono: gli atti di programmazione regionale e locale, la legge regionale 41/2005, la legge 40/2005.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG04	E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività svolte, per fasce orarie, dalle persone accolte. Il documento è aggiornato e reso disponibile alle persone assistite e/o a chi le rappresenta legalmente ed è diffuso	Il termine "diffuso" va inteso come "divulgato" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG05	E' presente un organigramma e funzioniagramma della struttura accessibile al pubblico	Per organigramma s'intende la rappresentazione grafica dell'organizzazione della struttura articolata nei vari organi con indicazione delle relazioni gerarchiche (es. direttore, coordinatore, etc). Per funzioniagramma s'intende la rappresentazione grafica delle funzioni e sottofunzioni degli organi della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG06	E' adottato un piano del rischio assistenziale finalizzato all'identificazione, analisi gestione e prevenzione dei rischi per le persone assistite	Per rischio assistenziale s'intende la probabilità che avvenga un evento con danno o senza danno durante l'attività di assistenza alla persona (es. somministrazione farmaci LASA, cadute, etc). La struttura deve definire all'interno del piano quali sono le tipologie di rischi per le persone assistite, descriverli e individuarne le modalità di prevenzione e gestione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG07	Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta una cartella personale, costantemente aggiornata, che tiene conto della sua storia di vita, dei suoi bisogni e della sua situazione familiare e condizione di salute	
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG08	Dal giorno dell'ingresso, è effettuato un periodo di osservazione delle condizioni della persona accolta finalizzata all'elaborazione del progetto personalizzato	Nel periodo di osservazione devono essere somministrate le schede di valutazione relative alle tre aree (organico-funzionale, cognitivo-comportamentale, relazionale-ambientale).
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG09	Il progetto personalizzato, redatto dopo il periodo di osservazione e comunque entro i primi 30 gg dall'inserimento, è elaborato sulla base del progetto dei servizi territoriali e degli esiti del periodo di osservazione. Il progetto è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente	Per progetto personalizzato s'intende quello elaborato dalla struttura. Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto personalizzato può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei.
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG10	Il progetto personalizzato delle persone accolte è verificato e condiviso con l'assistito e/o con chi lo rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali almeno ogni sei mesi	Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG11	La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura	
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG13	Le dimissioni sono concordate con la persona assistita e/o con chi la rappresenta legalmente e con i servizi territoriali. In mancanza di accordo, sono comunicate con preavviso di almeno 15 giorni alla persona assistita e/o a chi la rappresenta legalmente e ai servizi territoriali	
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG14	Nella gestione del progetto personalizzato sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale si intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG15	Durante l'intero processo assistenziale e di cura sono adottati protocolli che garantiscono dignità e rispetto della persona accolta e il mantenimento delle capacità residue	All'interno dei protocolli deve essere data evidenza della modalità di garanzia della dignità e del rispetto della persona accolta.

PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG16	Alle persone accolte che lo richiedono è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG17	Il piano delle attività di animazione e socializzazione, sia interne che esterne alla struttura, è elaborato sulla base dei progetti personalizzati ed è reso disponibile agli assistiti e/o a chi li rappresenta legalmente	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG22	La persona assistita può affidare alla struttura la gestione dei propri valori e beni personali che devono essere conservati in un luogo sicuro e secondo modalità che garantiscano la registrazione delle operazioni effettuate sui valori e beni personali	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.RSA.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.RSA.RG24	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è redatto in base ai bisogni formativi degli operatori, al mantenimento e sviluppo delle attività della struttura e alla tipologia di persone accolte	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.RSA.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.RSA.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.RSA.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.RSA.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni, responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.RSA.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.RSA.RG30	Le registrazioni delle attività sono leggibili, firmate e datate da parte di coloro che le hanno eseguite. La struttura ne garantisce la rintracciabilità e la conservazione	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.RSA.RG31	La struttura conduce indagini periodiche (almeno ogni 2 anni) per la valutazione dei servizi da parte delle persone accolte e/o dei soggetti terzi. I risultati vengono analizzati e condivisi al fine di tradurli in azioni di miglioramento dei servizi offerti	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.RSA.RG32	La struttura conduce indagini di clima interno periodiche (almeno ogni 2 anni). I risultati vengono analizzati e condivisi al fine di tradurli in azioni di miglioramento dei servizi offerti	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.RSA.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

**Strutture residenziali sanitarie per disabili  
- Requisiti Generali -**

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG01	La carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona assistita e/o a chi la rappresenta legalmente e sono diffusi	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche. Il termine "diffusi" va inteso come "divulgati" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura. Per rappresentante legale s'intendono gli amministratori di sostegno, i tutori e i curatori (come previsto dal codice civile).
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG02	E' definito un piano complessivo delle attività e dei risultati attesi basato sulla qualità e sicurezza delle cure e dell'assistenza e sulla rete territoriale di riferimento. Il piano è redatto con l'apporto delle diverse figure professionali ed è portato a conoscenza di tutto il personale	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio residenziale. Non si tratta del piano personalizzato relativo alla singola persona assistita.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori per il monitoraggio degli obiettivi e risultati attesi. Gli indirizzi regionali e locali includono: gli atti di programmazione regionale e locale, la legge regionale 41/2005, la legge 40/2005.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG04	E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività svolte, per fasce orarie, dalle persone accolte. Il documento è aggiornato e reso disponibile alle persone assistite e/o a chi le rappresenta legalmente ed è diffuso	Il termine "diffuso" va inteso come "divulgato" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG05	E' presente un organigramma e funzionigramma della struttura accessibile al pubblico	Per organigramma s'intende la rappresentazione grafica dell'organizzazione della struttura articolata nei vari organi con indicazione delle relazioni gerarchiche (es. direttore, coordinatore, etc). Per funzionigramma s'intende la rappresentazione grafica delle funzioni e sottofunzioni degli organi della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG06	E' adottato un piano del rischio assistenziale finalizzato all'identificazione, analisi gestione e prevenzione dei rischi per le persone assistite	Per rischio assistenziale s'intende la probabilità che avvenga un evento con danno o senza danno durante l'attività di assistenza alla persona (es. somministrazione farmaci LASA, cadute, etc). La struttura deve definire all'interno del piano quali sono le tipologie di rischi per le persone assistite, descriverli e individuarne le modalità di prevenzione e gestione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG07	Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta una cartella personale, costantemente aggiornata, che tiene conto della sua storia di vita, dei suoi bisogni e della sua situazione familiare e condizione di salute	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG08	Dal giorno dell'ingresso, è effettuato un periodo di osservazione delle condizioni della persona accolta finalizzata all'elaborazione del progetto personalizzato	Nel periodo di osservazione devono essere somministrate le schede di valutazione relative alle tre aree (organico-funzionale, cognitivo-comportamentale, relazionale-ambientale).
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG09	Il progetto personalizzato, redatto dopo il periodo di osservazione e comunque entro i primi 30 gg dall'inserimento, è elaborato sulla base del progetto dei servizi territoriali e degli esiti del periodo di osservazione. Il progetto è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente	Per progetto personalizzato s'intende quello elaborato dalla struttura. Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto personalizzato può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG10	Il progetto personalizzato delle persone accolte è verificato e condiviso con l'assistito e/o con chi lo rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali almeno ogni sei mesi	Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG11	La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG12	La continuità del percorso riabilitativo è garantita attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento	La rete territoriale di riferimento include anche le Associazioni del Terzo Settore con particolare riferimento a quelle rappresentative delle persone con disabilità. Il percorso riabilitativo include anche l'intervento educativo e l'animazione socio-educativa.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG13	Le dimissioni sono concordate con la persona assistita e/o con chi la rappresenta legalmente e con i servizi territoriali. In mancanza di accordo, sono comunicate con preavviso di almeno 15 giorni alla persona assistita e/o a chi la rappresenta legalmente e ai servizi territoriali	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG14	Nella gestione del progetto personalizzato sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in équipe	Per supervisione professionale s'intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'équipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG15	Durante l'intero processo assistenziale/riabilitativo e di cura sono adottati protocolli che garantiscono dignità e rispetto della persona accolta e il mantenimento delle capacità residue	All'interno dei protocolli deve essere data evidenza della modalità di garanzia della dignità e del rispetto della persona accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG16	Alle persone accolte che lo richiedono è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG17	Il piano delle attività riabilitative, educative e di animazione socio-educativa, sia interne che esterne alla struttura, è elaborato sulla base dei progetti personalizzati ed è reso disponibile alle persone accolte e/o a chi le rappresenta legalmente	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.

PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG22	La persona assistita può affidare alla struttura la gestione dei propri valori e beni personali che devono essere conservati in un luogo sicuro e secondo modalità che garantiscano la registrazione delle operazioni effettuate sui valori e beni personali	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.RSD.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.RSD.RG24	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è redatto in base ai bisogni formativi degli operatori, al mantenimento e sviluppo delle attività della struttura e alla tipologia di persone accolte	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.RSD.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.RSD.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.RSD.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.RSD.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni, responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.RSD.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.RSD.RG30	Le registrazioni delle attività sono leggibili, firmate e datate da parte di coloro che le hanno eseguite. La struttura ne garantisce la rintracciabilità e la conservazione	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.RSD.RG31	La struttura conduce indagini periodiche (almeno ogni 2 anni) per la valutazione dei servizi da parte delle persone accolte e/o dei soggetti terzi. I risultati vengono analizzati e condivisi al fine di tradurli in azioni di miglioramento dei servizi offerti	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.RSD.RG32	La struttura conduce indagini di clima interno periodiche (almeno ogni 2 anni). I risultati vengono analizzati e condivisi al fine di tradurli in azioni di miglioramento dei servizi offerti	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.RSD.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture residenziali a carattere comunitario per persone a rischio psico sociale e/o in condizioni di disagio relazionale - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG01	La carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona assistita e/o a chi la rappresenta legalmente e sono diffusi	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche. Il termine "diffusi" va inteso come "divulgati" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura. Per rappresentante legale s'intendono gli amministratori di sostegno, i tutori e i curatori (come previsto dal codice civile).
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG02	E' definito un piano complessivo delle attività e dei risultati attesi basato sulla qualità e sicurezza delle cure e dell'assistenza e sulla rete territoriale di riferimento. Il piano è redatto con l'apporto delle diverse figure professionali ed è portato a conoscenza di tutto il personale	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio residenziale. Non si tratta del piano personalizzato relativo alla singola persona assistita.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori per il monitoraggio degli obiettivi e risultati attesi. Gli indirizzi regionali e locali includono: gli atti di programmazione regionale e locale, la legge regionale 41/2005, la legge 40/2005.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG04	E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività svolte, per fasce orarie, dalle persone assistite. Il documento è aggiornato e reso disponibile alle persone assistite e/o a chi le rappresenta legalmente ed è diffuso	Il termine "diffuso" va inteso come "divulgato" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG05	E' presente un organigramma e funzionigramma della struttura accessibile al pubblico	Per organigramma s'intende la rappresentazione grafica dell'organizzazione della struttura articolata nei vari organi con indicazione delle relazioni gerarchiche (es. direttore, coordinatore, etc). Per funzionigramma s'intende la rappresentazione grafica delle funzioni e sottofunzioni degli organi della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG06	E' adottato un piano del rischio assistenziale finalizzato all'identificazione, analisi gestione e prevenzione dei rischi per le persone assistite	Per rischio assistenziale s'intende la probabilità che avvenga un evento con danno o senza danno durante l'attività di assistenza alla persona (es. somministrazione farmaci LASA, cadute, etc). La struttura deve definire all'interno del piano quali sono le tipologie di rischi per le persone assistite, descriverli e individuarne le modalità di prevenzione e gestione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG07	Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta una cartella personale, costantemente aggiornata, che tiene conto della sua storia di vita, dei suoi bisogni e della sua situazione familiare e condizione di salute	
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG08	Dal giorno dell'ingresso, è effettuato un periodo di osservazione delle condizioni della persona accolta finalizzata all'elaborazione del progetto personalizzato	
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG09	Il progetto personalizzato, redatto dopo il periodo di osservazione e comunque entro i primi 30 gg dall'inserimento, è elaborato sulla base del progetto dei servizi territoriali e degli esiti del periodo di osservazione. Il progetto è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente	Per progetto personalizzato s'intende quello elaborato dalla struttura. Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto personalizzato può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG10	Il progetto personalizzato delle persone accolte è verificato e condiviso con l'assistito e/o con chi lo rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali almeno ogni sei mesi	Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG11	La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura	
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG13	Le dimissioni sono concordate con la persona assistita e/o con chi la rappresenta legalmente e con i servizi territoriali. In mancanza di accordo, sono comunicate con preavviso di almeno 15 giorni alla persona assistita e/o a chi la rappresenta legalmente e ai servizi territoriali	
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG14	Nella gestione del progetto personalizzato sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale si intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG14b	Nel rispetto di quanto definito nel progetto personalizzato, è garantita l'attivazione dell'assistenza infermieristica	
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG14c	E' definita una modalità di gestione degli accessi dello psichiatra e del medico di medicina generale	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG15	Durante l'intero processo assistenziale e di cura sono adottati protocolli che garantiscono dignità e rispetto della persona accolta e il mantenimento delle capacità residue	All'interno dei protocolli deve essere data evidenza della modalità di garanzia della dignità e del rispetto della persona accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG16	Alle persone accolte che lo richiedono è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG17	Il piano delle attività di animazione socio-riabilitativa, sia interne che esterne alla struttura, è elaborato sulla base dei progetti personalizzati ed è reso disponibile alle persone accolte e/o a chi le rappresenta legalmente	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni.	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.

PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG22	La persona assistita può affidare alla struttura la gestione dei propri valori e beni personali che devono essere conservati in un luogo sicuro e secondo modalità che garantiscano la registrazione delle operazioni effettuate sui valori e beni personali	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PSI.RPS.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PSI.RPS.RG24	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è redatto in base ai bisogni formativi degli operatori, al mantenimento e sviluppo delle attività della struttura e alla tipologia di persone accolte	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PSI.RPS.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PSI.RPS.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PSI.RPS.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	PSI.RPS.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni, responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	PSI.RPS.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	PSI.RPS.RG30	Le registrazioni delle attività sono leggibili, firmate e datate da parte di coloro che le hanno eseguite. La struttura ne garantisce la rintracciabilità e la conservazione	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	PSI.RPS.RG31	La struttura conduce indagini periodiche (almeno ogni 2 anni) per la valutazione dei servizi da parte delle persone accolte e/o dei soggetti terzi. I risultati vengono analizzati e condivisi al fine di tradurli in azioni di miglioramento dei servizi offerti	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	PSI.RPS.RG32	La struttura conduce indagini di clima interno periodiche (almeno ogni 2 anni). I risultati vengono analizzati e condivisi al fine di tradurli in azioni di miglioramento dei servizi offerti	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	PSI.RPS.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture residenziali comunità alloggio protetta per disabili - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG01	La carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona assistita e/o a chi la rappresenta legalmente e sono diffusi	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche. Il termine "diffusi" va inteso come "divulgati" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura. Per rappresentante legale s'intendono gli amministratori di sostegno, i tutori e i curatori (come previsto dal codice civile).
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG02	E' definito un piano complessivo delle attività e dei risultati attesi basato sulla qualità e sicurezza delle cure e dell'assistenza e sulla rete territoriale di riferimento. Il piano è redatto con l'apporto delle diverse figure professionali ed è portato a conoscenza di tutto il personale	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio residenziale. Non si tratta del piano personalizzato relativo alla singola persona assistita.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori per il monitoraggio degli obiettivi e risultati attesi. Gli indirizzi regionali e locali includono: gli atti di programmazione regionale e locale, la legge regionale 41/2005, la legge 40/2005.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG04	E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività svolte, per fasce orarie, dalle persone accolte. Il documento è aggiornato e reso disponibile alle persone assistite e/o a chi le rappresenta legalmente ed è diffuso	Il termine "diffuso" va inteso come "divulgato" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG05	E' presente un organigramma e funzionigramma della struttura accessibile al pubblico	Per organigramma s'intende la rappresentazione grafica dell'organizzazione della struttura articolata nei vari organi con indicazione delle relazioni gerarchiche (es. direttore, coordinatore, etc). Per funzionigramma s'intende la rappresentazione grafica delle funzioni e sottofunzioni degli organi della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG06	E' adottato un piano del rischio assistenziale finalizzato all'identificazione, analisi gestione e prevenzione dei rischi per le persone assistite	Per rischio assistenziale s'intende la probabilità che avvenga un evento con danno o senza danno durante l'attività di assistenza alla persona (es. somministrazione farmaci LASA, cadute, etc). La struttura deve definire all'interno del piano quali sono le tipologie di rischi per le persone assistite, descriverli e individuarne le modalità di prevenzione e gestione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG07	Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta una cartella personale, costantemente aggiornata, che tiene conto della sua storia di vita, dei suoi bisogni e della sua situazione familiare e condizione di salute	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG08	Dal giorno dell'ingresso, è effettuato un periodo di osservazione delle condizioni della persona accolta finalizzata all'elaborazione del progetto personalizzato	Nel periodo di osservazione devono essere somministrate le schede di valutazione relative alla tre aree (organico-funzionale, cognitivo-comportamentale, relazionale-ambientale).
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG09	Il progetto personalizzato, redatto dopo il periodo di osservazione e comunque entro i primi 30 gg dall'inserimento, è elaborato sulla base del progetto dei servizi territoriali e degli esiti del periodo di osservazione. Il progetto è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente	Per progetto personalizzato s'intende quello elaborato dalla struttura. Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto personalizzato può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG10	Il progetto personalizzato delle persone accolte è verificato e condiviso con l'assistito e/o con chi lo rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali almeno ogni sei mesi	Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG11	La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG12	La continuità del percorso riabilitativo è garantita attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento	La rete territoriale di riferimento include anche le Associazioni del Terzo Settore con particolare riferimento a quelle rappresentative delle persone con disabilità. Il percorso riabilitativo include anche l'intervento educativo e l'animazione socio-educativa.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG13	Le dimissioni sono concordate con la persona assistita e/o con chi la rappresenta legalmente e con i servizi territoriali. In mancanza di accordo, sono comunicate con preavviso di almeno 15 giorni alla persona assistita e/o a chi la rappresenta legalmente e ai servizi territoriali	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG14	Nella gestione del progetto personalizzato sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale s'intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG15	Durante l'intero processo assistenziale/riabilitativo e di cura sono adottati protocolli che garantiscono dignità e rispetto della persona accolta e il mantenimento delle capacità residue	All'interno dei protocolli deve essere data evidenza della modalità di garanzia della dignità e del rispetto della persona accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG16	Alle persone accolte che lo richiedono è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG17	Il piano delle attività riabilitative, educative e di animazione socio-educativa, sia interne che esterne alla struttura, è elaborato sulla base dei progetti personalizzati ed è reso disponibile alle persone accolte e/o a chi le rappresenta legalmente	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.

PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG22	La persona assistita può affidare alla struttura la gestione dei propri valori e beni personali che devono essere conservati in un luogo sicuro e secondo modalità che garantiscano la registrazione delle operazioni effettuate sui valori e beni personali	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.CAP.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.CAP.RG24	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è redatto in base ai bisogni formativi degli operatori, al mantenimento e sviluppo delle attività della struttura e alla tipologia di persone accolte	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.CAP.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.CAP.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.CAP.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.CAP.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni, responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.CAP.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.CAP.RG30	Le registrazioni delle attività sono leggibili, firmate e datate da parte di coloro che le hanno eseguite. La struttura ne garantisce la rintracciabilità e la conservazione	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.CAP.RG31	La struttura conduce indagini periodiche (almeno ogni 2 anni) per la valutazione dei servizi da parte delle persone accolte e/o dei soggetti terzi. I risultati vengono analizzati e condivisi al fine di tradurli in azioni di miglioramento dei servizi offerti	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.CAP.RG32	La struttura conduce indagini di clima interno periodiche (almeno ogni 2 anni). I risultati vengono analizzati e condivisi al fine di tradurli in azioni di miglioramento dei servizi offerti	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.CAP.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	