

| Strutture residenziali gruppo appartamento per adolescenti e giovani - Requisiti Generali - | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAPITOLO | CODICE | REQUISITO | NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE |
| ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.GAAG.RG01 | La carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona accolta e/o a chi la rappresenta legalmente | 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. |
| ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.GAAG.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 progetto personalizzato relativo alla singola persona accolta. |
| ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.GAAG.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, definiti dalla struttura, per il monitoraggio degli obiettivi e dei risultati attesi. |
| ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.GAAG.RG04 | E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività comunitarie svolte e delle loro fasce orarie aggiornata e resa disponibile alle persone accolte e/o a chi li rappresenta legalmente | |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.GAAG.RG07 | Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta e tenuta aggiornata una cartella socio-educativa che tiene conto della storia di vita della persona, dei suoi bisogni, della sua situazione familiare e delle condizioni di salute | Nella cartella è acquisita anche la documentazione dei servizi inviati e/o dell'autorità giudiziaria. |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.GAAG.RG08 | Dal giorno dell'ingresso è effettuata una valutazione iniziale delle condizioni della persona accolta | Per progetto educativo individuale si intende quello elaborato dalla struttura che accoglie il minore e eventualmente il genitore. Per progetto educativo individualizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto educativo individuale può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei. |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.GAAG.RG08b | E' presente un documento che descrive la metodologia utilizzata per effettuare la valutazione iniziale della persona accolta | |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.GAAG.RG09 | Il progetto educativo individuale, redatto dopo il periodo di valutazione iniziale e comunque entro i primi 60 gg dall'inserimento, è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali | Per progetto educativo individuale condiviso non s'intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. In caso di neo maggiorenni e giovani adulti la condivisione del progetto avviene con la persona accolta e i professionisti dei servizi territoriali. |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.GAAG.RG10 | Il progetto educativo individuale è verificato e condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali almeno ogni sei mesi | |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.GAAG.RG11 | La continuità del percorso socio-educativo è garantita attraverso i rapporti con i professionisti sanitari esterni alla struttura | |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.GAAG.RG11b | La continuità del percorso socio-educativo è garantita anche attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento | Per rete territoriale di riferimento si intendono, ad esempio, le scuole, le agenzie formative, i centri per l'impiego, le associazioni sportive. |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.GAAG.RG13 | Le dimissioni sono concordate con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente, i servizi territoriali e l'autorità giudiziaria | |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.GAAG.RG14 | Nella gestione del percorso di presa in carico 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 | MIN.GAAG.RG16 | Ad ogni persona accolta che lo richieda personalmente o attraverso chi la rappresenta legalmente, 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 | MIN.GAAG.RG17 | E' definito il piano generale delle attività di animazione socio-educativa sia interne che esterne alla struttura e ne sono informate le persone accolte, e/o chi li rappresenta legalmente | |
| PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.GAAG.RG18 | La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento | |
| PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.GAAG.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 definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta. |
| PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.GAAG.RG20 | Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura | Il concetto di "rumori molesti" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta. |
| PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.GAAG.RG21 | Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e sono 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 | MIN.GAAG.RG21b | E' definita una modalità di gestione per l'utilizzo dei media digitali | Per media digitali si intende ad esempio TV, PC, Tablet, Smartphone e similari. |
| PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.GAAG.RG22 | I beni personali delle persone accolte sono conservati secondo modalità che ne garantiscono la tutela | |
| SVILUPPO DELLE COMPETENZE | MIN.GAAG.RG23 | Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornate | |
| SVILUPPO DELLE COMPETENZE | MIN.GAAG.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 | MIN.GAAG.RG25 | Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori | |

| | | | |
|----------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SVILUPPO DELLE COMPETENZE | MIN.GAAG.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 | MIN.GAAG.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' | MIN.GAAG.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' | MIN.GAAG.RG29 | I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori | |
| IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' | MIN.GAAG.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' | MIN.GAAG.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' | MIN.GAAG.RG33 | La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti | |

| Strutture semi-residenziali per anziani - Requisiti Generali - | | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAPITOLO | CODICE | REQUISITO | NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE |
| ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO | ANZ.SSA.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.SSA.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. Non si tratta del piano personalizzato relativo alla singola persona assistita. |
| ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO | ANZ.SSA.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.SSA.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.SSA.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 | ANZ.SSA.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.SSA.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.SSA.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 | ANZ.SSA.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.SSA.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.SSA.RG11 | La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura | |
| PERCORSO ASSISTENZIALE | ANZ.SSA.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.SSA.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.SSA.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.SSA.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.SSA.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.SSA.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. |
| SVILUPPO DELLE COMPETENZE | ANZ.SSA.RG23 | Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornate | |
| SVILUPPO DELLE COMPETENZE | ANZ.SSA.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.SSA.RG25 | Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori | |
| SVILUPPO DELLE COMPETENZE | ANZ.SSA.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.SSA.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.SSA.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.SSA.RG29 | I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori | |
| IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' | ANZ.SSA.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.SSA.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.SSA.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.SSA.RG33 | La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti | |

| Strutture semiresidenziali per disabili - Requisiti Generali - | | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAPITOLO | CODICE | REQUISITO | NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE |
| ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO | DIS.SSD.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.SSD.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 semi residenziale. Non si tratta del piano personalizzato relativo alla singola persona assistita. |
| ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO | DIS.SSD.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 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.SSD.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.SSD.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.SSD.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.SSD.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.SSD.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.SSD.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.SSD.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.SSD.RG11 | La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura | |
| PERCORSO ASSISTENZIALE | DIS.SSD.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.SSD.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.SSD.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.SSD.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.SSD.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.SSD.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.SSD.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. |
| SVILUPPO DELLE COMPETENZE | DIS.SSD.RG23 | Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornate | |

| | | | |
|----------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SVILUPPO DELLE COMPETENZE | DIS.SSD.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.SSD.RG25 | Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori | |
| SVILUPPO DELLE COMPETENZE | DIS.SSD.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.SSD.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.SSD.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.SSD.RG29 | I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori | |
| IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' | DIS.SSD.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.SSD.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.SSD.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.SSD.RG33 | La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti | |

| Strutture semi-residenziali per minori - Requisiti Generali - | | | |
|------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAPITOLO | CODICE | REQUISITO | NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE |
| ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.SSM.RG01 | La carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona accolta e/o a chi la rappresenta legalmente | 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. |
| ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.SSM.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 semi residenziale. Non si tratta del progetto personalizzato relativo alla singola persona accolta. |
| ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.SSM.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, definiti dalla struttura, per il monitoraggio degli obiettivi e dei risultati attesi. |
| ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.SSM.RG04 | E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività comunitarie svolte e delle loro fasce orarie aggiornata e resa disponibile alle persone accolte e/o a chi li rappresenta legalmente | |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.SSM.RG07 | Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta e tenuta aggiornata una cartella socio-educativa che tiene conto della storia di vita della persona, dei suoi bisogni, della sua situazione familiare e delle condizioni di salute | Nella cartella è acquisita anche la documentazione dei servizi inviati e/o dell'autorità giudiziaria. |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.SSM.RG08 | Dal giorno dell'ingresso è effettuata una valutazione iniziale delle condizioni della persona accolta | Per progetto educativo individuale si intende quello elaborato dalla struttura che accoglie il minore e eventualmente il genitore. Per progetto educativo individualizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto educativo individuale può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei. |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.SSM.RG08b | E' presente un documento che descrive la metodologia utilizzata per effettuare la valutazione iniziale della persona accolta | |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.SSM.RG09 | Il progetto educativo individuale, redatto dopo il periodo di valutazione iniziale e comunque entro i primi 60 gg dall'inserimento, è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali | Per progetto educativo individuale condiviso non s'intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. In caso di neo maggiorenni e giovani adulti la condivisione del progetto avviene con la persona accolta e i professionisti dei servizi territoriali. |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.SSM.RG10 | Il progetto educativo individuale è verificato e condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali almeno ogni sei mesi | |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.SSM.RG11 | La continuità del percorso socio-educativo è garantita attraverso i rapporti con i professionisti sanitari esterni alla struttura | |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.SSM.RG11b | La continuità del percorso socio-educativo è garantita anche attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento | Per rete territoriale di riferimento si intendono, ad esempio, le scuole, le agenzie formative, i centri per l'impiego, le associazioni sportive. |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.SSM.RG13 | Le dimissioni sono concordate con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente, i servizi territoriali e l'autorità giudiziaria | |
| PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE | MIN.SSM.RG14 | Nella gestione del percorso di presa in carico 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 | MIN.SSM.RG17 | E' definito il piano generale delle attività di animazione socio-educativa sia interne che esterne alla struttura e ne sono informate le persone accolte, e/o chi li rappresenta legalmente | |
| PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.SSM.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 definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta. |
| PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.SSM.RG20 | Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura | Il concetto di "rumori molesti" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta. |
| PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO | MIN.SSM.RG21b | E' definita una modalità di gestione per l'utilizzo dei media digitali | Per media digitali si intende ad esempio TV, PC, Tablet, Smartphone e similari. |
| SVILUPPO DELLE COMPETENZE | MIN.SSM.RG23 | Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornate | |
| SVILUPPO DELLE COMPETENZE | MIN.SSM.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 | MIN.SSM.RG25 | Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori | |
| SVILUPPO DELLE COMPETENZE | MIN.SSM.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 | MIN.SSM.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' | MIN.SSM.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' | MIN.SSM.RG29 | I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori | |
| IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' | MIN.SSM.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' | MIN.SSM.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' | MIN.SSM.RG33 | La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none">• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo• di una tempistica di risposta• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti | |