

QUASM

**Associazione Italiana Qualità e
Accreditamento in Salute mentale**



**Sezione di Epidemiologia e
Organizzazione dei Servizi**

PROGRAMMA INNOVATIVO REGIONALE

**”SVILUPPO NEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE DEI PROCESSI DI MIGLIORAMENTO
CONTINUO DELLA QUALITÀ ATTRAVERSO L’APPLICAZIONE DI PROCEDURE DI
ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE “TRA PARI” E DELLA MEDICINA BASATA SULL’EVIDENZA”**

DGR 6 agosto 1998 - N° 6/38133

**Manuale di accreditamento professionale
per i Servizi Territoriali di Neuropsichiatria
dell’Infanzia e dell’Adolescenza**

(edizione 2008 - I revisione)

Indirizzi per la corrispondenza:

- Arcadio Erlicher (Responsabile Scientifico del Programma)
DSM Azienda Ospedaliera “Ospedale Niguarda Ca’ Granda”
Piazza Ospedale Maggiore, 3 – 20162 MILANO
arcadio.erlicher@ospedaleniguarda.it

- Antonella Costantino (Coordinatore Gruppo di lavoro UONPIA del Programma)
Unità Operativa di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza
Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena
via Rugabella 4/6 - 20122 Milano
a.costantino@policlinico.mi.it

INDICE

1. Presentazione	pag. 3
2. Istruzioni per la compilazione del Manuale	pag. 4
3. MANUALE	
0. Informazioni di base	pag. 5
1. Organizzazione generale	pag. 7
2. Risorse	pag. 14
3. Aspetti finanziari e amministrativi	pag. 17
4. Ambienti fisici ed arredi	pag. 18
5. Attrezzature e dotazioni	pag. 23
6. Gestione del personale	pag. 25
7. Caratteristiche generali dell'assistenza	pag. 30
8. Evidenze scientifiche ed interventi specifici	pag. 37
9. Prevenzione primaria	pag. 40
10. Abilitazione, riabilitazione e interventi per l'autonomia e l'adattivita'	pag. 40
11. Integrazione del servizio	pag. 43
12. Documentazione clinica	pag. 47
13. Sistema informativo e dati di funzionamento del servizio	pag. 50
14. Formazione del personale	pag. 54
15. Gestione dei rischi	pag. 59
16. Relazioni con il pubblico, personalizzazione ed umanizzazione	pag. 64
17. Rapporti con le famiglie	pag. 69
18. Rapporti con la scuola	pag. 72
19. Rapporti con il volontariato e la popolazione	pag. 73
20. Miglioramento continuo di qualita'	pag. 74
21. Misurazione degli esiti	pag. 78
22. Soddisfazione	pag. 79
23. Risultati e conclusioni	pag. 81
4. Procedure per richiedere ed effettuare visite di accreditamento tra pari nei servizi di NPIA	pag. 83
5. Glossario	pag. 92

PRESENTAZIONE

L'edizione del 2008 del "Manuale di Accredimento professionale per i Servizi Territoriali di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza" costituisce la prima revisione dell'edizione originaria del 2004.

Questo impegno è risultato dalla partecipazione al Programma di Azioni Innovative "Sviluppo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nelle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dei processi di Miglioramento Continuo della Qualità, attraverso l'applicazione di procedure di accreditamento professionale tra pari e della Medicina Basata sull'Evidenza" della Regione Lombardia. Il Programma è stato proposto dall'A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda" di Milano, con la collaborazione del D.S.M. dell'A.O. "C. Poma" di Mantova, dell'Associazione Italiana per la Qualità e l'Accreditamento in Salute Mentale (Qu.A.S.M.), sezione speciale della Società Italiana di Psichiatria (S.I.P.), e della sezione scientifica di Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza (S.I.N.P.I.A.).

Grazie al Programma, la versione originaria del manuale è stata sperimentata in 15 Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza¹ (circa il 50% delle UONPIA della Lombardia) ed è in base a quanto emerso dall'esperienza delle autovalutazioni e delle visite che è stata effettuata la revisione, ed è stata inoltre rilanciata la necessità di giungere al più presto alla strutturazione di uno strumento analogo per i servizi ospedalieri, semiresidenziali e residenziali di NPIA.

Non si tratta di una revisione radicale, l'impianto è sostanzialmente lo stesso della versione originaria, ma si è cercato di eliminare le voci ridondanti, di verificare approfonditamente quelle che nelle visite avevano ricevuto punteggio 8, 9 o 0 e di semplificare il linguaggio in modo che le descrizioni delle voci e gli esempi risultassero più chiari. Anche per le procedure di visita si è trattato principalmente di garantire una maggiore chiarezza dei passaggi, soprattutto per quanto riguarda tempi, struttura e organizzazione dell'autovalutazione e della visita. E' stata però modificata in modo significativo la procedura relativa alla stesura e invio della relazione finale. Si è trattato infatti del punto sul quale sono emerse le maggiori criticità dell'intero percorso, incrementate dall'aver dovuto effettuare le visite in tempi molto ravvicinati.

La revisione ha rispettato i principi metodologici che sono stati alla base della costruzione dello strumento originario, la partecipazione e il consenso dei professionisti, ed ha seguito poi gli stessi passaggi per giungere all'approvazione formale da parte della Sezione di Epidemiologia ed Organizzazione dei Servizi e alla successiva ratifica da parte del Consiglio Direttivo della SINPIA, avvenuta nel gennaio 2009.

Questa edizione sarà disponibile sul sito internet di Qu.A.S.M. (www.accreditamento.net), dove sono anche reperibili il "Manuale di accreditamento professionale per il Dipartimento di Salute Mentale" ed il "Manuale di accreditamento professionale per le Unità Operative di Psicologia", e sul sito della SINPIA (www.sinpia.eu). Sarà inoltre disponibile in cartaceo su richiesta da parte dei servizi o dei professionisti. La scelta di un'edizione in questa forma ne sottolinea la funzione di strumento pratico, di lavoro, utilizzabile all'interno dei servizi da parte dei gruppi di lavoro con la finalità di miglioramento del servizio. Per ulteriori informazioni e contatti ci si può riferire agli indirizzi di posta elettronica in copertina.

Il gruppo di lavoro

Gennaio 2009

[→ Indice](#)

¹Hanno partecipato le seguenti UONPIA: Fondazione IRCCS Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, AO Niguarda, AO S. Carlo, AO Treviglio, AO S. Gerardo di Monza, AO Riuniti di Bergamo, AO Spedali Civili di Brescia, AO Como, AO Crema, AO Desenzano, AO Pavia, AO Salvini di Garbagnate, AO Legnano, AO Seriate, AO Valcamonica

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MANUALE

Nel manuale i termini sono definiti prevalentemente secondo quanto riportato nella Versione G-NPIA-01 per la prova sul campo del Glossario dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle attività correlate (Agosto 2003)², e si fa riferimento agli studi già pubblicati sulla rilevazione della soddisfazione dell'utenza nei servizi di NPIA.³ Buona parte della terminologia di riferimento è comunque riportata in appendice.

PER LA MAGGIOR PARTE DEI REQUISITI E' INDICATO IL CRITERIO DA RISPETTARE PER ASSEGNARE IL PUNTEGGIO 3 (requisito soddisfatto in modo accettabile).

LADDOVE NON SPECIFICATO, SI RICHIEDE DI ESPRIMERE LA PROPRIA VALUTAZIONE SECONDO LA SEGUENTE SCALA:

0 = Non si fa nulla, o quasi nulla, e non esistono progetti concreti per arrivare a soddisfare il requisito

1 = Esiste un piano scritto per arrivare a soddisfare il requisito

2 = Requisito soddisfatto in modo parziale ma non ancora accettabile

3 = Requisito soddisfatto in modo accettabile

4 = Requisito soddisfatto in modo più che accettabile

5 = Requisito soddisfatto in modo eccellente

8 = Requisito con cui non si concorda (occorre comunque precisare nei commenti in quale altro modo si soddisfano le esigenze implicate nel requisito stesso)

9 = Requisito non pertinente

In linea di massima, si suggerisce di dare un punteggio **3** se il requisito è soddisfatto in almeno il 50% dei casi pertinenti, un punteggio **4** se è soddisfatto in almeno il 75% dei casi e un punteggio **5** se è soddisfatto in più del 90% dei casi.

Per quanto riguarda i requisiti complessi, comprendenti più sottorequisiti, si suggerisce di dare un punteggio **3** se è soddisfatta almeno la metà dei sottorequisiti.

Per ogni domanda-requisito è anche necessario illustrare con poche parole le motivazioni che hanno portato ad attribuire un dato punteggio.

Il manuale va compilato nella sua interezza, ed il capitolo 0 ne forma parte integrante.

La compilazione dei capitoli 1, 2 e 3 richiede il coinvolgimento del Direttore/Responsabile del Servizio.

LA PRESENZA DI TRE ASTERISCHI (*) ACCANTO AL CODICE NUMERICO IDENTIFICA I REQUISITI RITENUTI PIU' RILEVANTI.**

[→ Indice](#)

² Sezione Scientifica di Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi di NPIA della SINPIA

³ Camuffo M. *La qualità dei servizi di salute mentale: il punto di vista dell'utenza*. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza 2001; 68: 365-376.

0 • INFORMAZIONI DI BASE

Si tratta di informazioni di riferimento importanti che, per quanto possano sembrare semplici ed ovvie, a volte non sono così facilmente a disposizione dei servizi. Sono però molto significative in un'ottica di programmazione.

E' necessario inviare al centro di coordinamento dello scambio di visite, almeno un mese prima della data concordata per la visita, relazioni e documenti da cui risultino:

- **popolazione residente del bacino di utenza**, suddivisa in classi di sesso ed età (ad esempio: 0-2; 3-5; 6-10; 11-14; 15-17; oltre 18 anni; separatamente per maschi e femmine), evidenziando eventuali caratteristiche socio-economiche particolari;
- **organizzazione gerarchica e funzionale del Servizio** (struttura organizzativa in forma grafica), inclusiva di:
 - **tipologia aziendale** (*ASL, Azienda Ospedaliera ecc.*);
 - **dipartimento** di appartenenza (*Dipartimento autonomo di NPIA, Materno-Infantile, Salute Mentale, Pediatrico, Neuroscienze, altro*);
 - **quadro delle unità organizzative afferenti** al Servizio, con sedi e orari d'apertura:

a) UNITA' ORGANIZZATIVE TERRITORIALI DI NPIA

(Unità Operativa, Unità Funzionale, Polo territoriale, Sezione, Struttura semplice o complessa di NPIA, Ambulatorio periferico, Day Hospital o Diurno diagnostico territoriale, Struttura territoriale dedicata o Centro di riferimento sovrazonale per specifiche patologie – ad es. adolescenti, dislessici, PCI ecc...)

b) UNITA' ORGANIZZATIVE OSPEDALIERE DI NPIA

(Reparto, Day Hospital, Letti d'appoggio, Ambulatorio ospedaliero, Centro di terzo livello ospedaliero per specifiche patologie – ad es. epilessia, mal. muscolari, ecc...)

- In ospedali gestiti da ASL/AO
- In IRCSS o Policlinici ad alta specializzazione

c) UNITA' ORGANIZZATIVE SEMI-RESIDENZIALI

(Diurno terapeutico, Centro semiresidenziale, Diurno per piccoli, per adolescenti, per situazioni di gravità, Day hospital di territorio diagnostico o terapeutico.....)

d) UNITA' ORGANIZZATIVE RESIDENZIALI

(Terapeutiche, per adolescenti, riabilitative....);

- **quadro delle strutture accreditate, convenzionate, istituti riabilitativi ecc.** (del privato sociale o di altro presenti nel territorio), e **modalità di raccordo** con il Servizio;
- **collocazione** rispetto al territorio (caratteristiche geografiche, topologiche ed urbanistiche significative ecc.);
- **caratteristiche edilizie** delle varie sedi del servizio (numero e dimensioni delle stanze e degli spazi comuni, numero e caratteristiche dei bagni, presenza di parcheggio, eventuale condivisione di spazi con altri servizi, barriere architettoniche ecc.);
- **personale** afferente ad ogni Unità Organizzativa in tempo pieno-equivalenti (36 ore settimanali per il comparto, 38 ore per la dirigenza medica e non medica), suddiviso per categoria professionale e tipo di rapporto di lavoro (dipendente, convenzionato o a contratto libero professionale), ed il totale sull'intero servizio;
- eventuale personale **di turno e reperibile** (ove applicabile);
- tasso di **turnover** e dati sulle ore lavorate e sulle assenze del personale;

- **prevalenza** (prevalenza contatti, prevalenza utenti in carico) e **incidenza** nell'anno precedente, possibilmente suddivise per età, sesso, raggruppamenti diagnostici e quota utenti fuori territorio;
- **prestazioni** effettuate nell'anno precedente: tipologia e quantità;
- **budget** dell'anno in corso, budget e bilancio consuntivo dell'anno precedente;
- attività di **formazione** seguite dagli operatori nell'anno precedente (numero e tipo di corsi o di altre attività formative, numero di operatori che vi hanno partecipato);
- numero di **reclami formalizzati** e di procedimenti legali e/o disciplinari contro il Servizio e/o i suoi operatori nell'anno precedente e principali motivi dei reclami;
- eventuali **verifiche di soddisfazione** dell'utenza, degli operatori e degli invianti;
- copia della **carta dei servizi** e di altri opuscoli informativi per gli utenti e la popolazione;
- elenco **progetti** in corso;
- **ogni altra informazione ritenuta utile** per chi voglia farsi un'idea delle risorse disponibili e del funzionamento del Servizio.

[→ Indice](#)

STRUTTURA (DI COSA SI DISPONE E COME E' ORGANIZZATO IL LAVORO)

1. ORGANIZZAZIONE GENERALE

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.1 *** Le attività di NPIA del bacino di utenza di riferimento fanno capo al Servizio? <i>(Sarebbe opportuno che tutte le strutture e gli ambulatori pubblici che erogano prestazioni tipiche di NPIA – ovvero di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche e/o neuropsicologiche e/o psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza - da 0 a 18 anni - e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione - psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettuale e relazionale - rispondessero gerarchicamente al Responsabile del Servizio)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.2 Le attività di NPIA che non fanno capo al servizio, sono con esso coordinate ? <i>(Esistono cioè collaborazioni formalizzate, protocolli o convenzioni con le altre strutture pubbliche, private, accreditate o convenzionate del territorio che comunque erogano attività di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) 3= esiste un protocollo di intesa o altro tipo di accordo formalizzato (espresso con documenti scritti condivisi) con almeno il 50% delle strutture accreditate.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.3 Il Servizio ha un nome univoco , chiaro, non ambiguo, che non genera confusione nell'utenza e negli operatori delle altre strutture? 5=il nome contiene un riferimento esplicito alla NPIA; 3=il nome è più generico, ma fa riferimento alla NPIA (tipo salute mentale ecc.); 0=nome generico (bambino, handicap, socio-sanitaria ecc.).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.4*** Il Servizio di NPIA ha un'unica direzione e sono chiari e formalmente definiti i suoi poteri, le sue responsabilità, i suoi obblighi di rendicontazione e i rapporti con la direzione dell'azienda? <i>(Vi è quindi almeno un direttore di struttura complessa di Neuropsichiatria Infantile con l'autorità necessaria per coordinare tutte le Unità Organizzative che fanno parte del Servizio, indipendentemente dalle figure professionali che vi operano e con discussione diretta del budget, o comunque - nel caso delle strutture</i>	

<p><i>semplici - un Responsabile aziendale neuropsichiatra infantile con mandato organizzativo-gestionale definito e funzioni di interfaccia con il dipartimento di appartenenza o la direzione aziendale)</i></p> <p>5=responsabile unità complessa; 3=responsabile struttura semplice.</p>	
NOTE	

1.5* Vi sono uno o più documenti in qualche modo formalizzati a livello aziendale (ad esempio con il visto del Direttore Sanitario ecc.; può trattarsi di un documento unico sintetico, o di più documenti specifici, comunque rivisti, confermati o aggiornati almeno ogni tre anni) che specificano:**

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.5.1 la “missione” del Servizio? <i>(Missione = ragion d’essere dell’organizzazione; fornire prestazioni capaci di migliorare il più possibile lo stato di salute e di ridurre i disagi e le sofferenze della popolazione di riferimento in età evolutiva; agire contro le barriere⁴ economiche, politiche, culturali e sociali che interferiscono con la partecipazione ed il pieno sviluppo dei bambini e degli adolescenti; favorire l’integrazione scolastica e sociale degli utenti disabili; favorire il raggiungimento delle autonomie possibili; collaborare con le famiglie dei bambini e degli adolescenti disabili per il riconoscimento dei loro diritti ed il migliore sviluppo delle loro abilità; valorizzare i fattori di protezione della salute mentale in età evolutiva ecc.)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.5.2 il mandato del Servizio? <i>(Ovvero gli obiettivi generali definiti in base alle normative nazionali e regionali esistenti e declinati nella realtà locale in base al piano strategico aziendale. Prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, psicopatologici e neuropsicologici dell’infanzia e dell’adolescenza; presa in carico delle situazioni di disabilità; eventuali attività specifiche su delega, mandato, norme o accordi locali: affido, adozione, maltrattamento, abuso, autorità giudiziaria ecc.)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.5.3 i valori a cui si ispira il Servizio? <i>(Centralità dell’utente e della sua famiglia; buona qualità della vita dell’utente come presupposto fondamentale del suo sviluppo sano ed armonico; radicamento nel territorio e lavoro di rete; universalismo ed</i></p>	

⁴ Si veda l’International Classification of Functions (ICF) dell’OMS

<i>equità; massima integrazione sociale e scolastica; approccio di comunità; attenzione alla trasmissione di competenze ai contesti di vita; modello di intervento basato sulla partecipazione; promozione della ricerca nella pratica clinica; interventi basati su evidenze scientifiche ecc.)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.5.4 le attività principali che il Servizio si impegna a svolgere a favore degli utenti e dei familiari e le sedi di erogazione interne ed esterne (polo territoriale, ambulatorio, struttura semiresidenziale, day-hospital, degenza, struttura residenziale ecc.)? <i>(Preso in carico di tutte le situazioni cliniche che lo richiedono; diagnosi cura e riabilitazione di patologie diagnosticabili senza particolari accertamenti strumentali che richiedano ricovero; controllo e trattamento di patologie già diagnosticate presso centri di terzo livello; interventi nelle scuole di ogni ordine e grado ai sensi della L.104/92 e nel rispetto dei vigenti protocolli di intesa, organizzazione multiprofessionale del lavoro finalizzata all'acquisizione della diagnosi nel più breve tempo possibile ecc.)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.5.5 le categorie di utenti prioritarie? <i>(Situazioni di urgenza; bambini sotto i 3-4 anni; utenti gravi; pazienti con maggiore "finestra terapeutica" età correlata; utenti che non potrebbero trovare risposte altrove o che impegnano le maggiori risorse; adolescenti ecc.)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.5.6 le relazioni con e le responsabilità verso la comunità servita? <i>(Iniziative di sensibilizzazione del territorio, di contrasto dello stigma ecc)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.5.7 le relazioni con e le responsabilità verso i/dei volontari? <i>(Associazioni di volontariato, servizio civile volontario, volontari clinici e tirocinanti ecc.)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.5.8 l'atteggiamento e gli impegni generali verso il personale ? <i>(Impegno verso la valutazione e il miglioramento; responsabilizzazione e crescita del personale, sicurezza sul lavoro ecc)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.5.9 i rapporti di collaborazione con i fornitori esterni ed interni? <i>(Per <u>fornitori esterni</u> si intendono i servizi in convenzione, gli altri servizi accreditati del territorio e i servizi di riferimento di terzo livello o di altre Unità Operative al di fuori dell'Azienda di appartenenza; per <u>fornitori interni</u> le altre Unità Organizzative aziendali)</i>	
3= il documento formalizzato deve trattare in modo sintetico almeno i primi cinque punti.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.6 Gli orientamenti e le finalità del Servizio sono riportati in un opuscolo ? <i>(Se li esplicita, può essere sufficiente la Guida del Servizio. Deve essere a disposizione di tutti gli operatori, degli utenti, dei loro familiari e di chiunque ne faccia richiesta)</i>	
3=è presente, ma non soddisfatto il criterio dell'accessibilità totale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.7 Il Servizio ha approvato un regolamento ? <i>(Documento che regola i rapporti tra le diverse unità del servizio, le aree di progetto, gli operatori ecc.)</i>	
3=esiste.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.8*** Il Servizio e le sue componenti organizzative hanno un piano strategico ? <i>(Documento che specifica le linee di sviluppo del Servizio e quello che il Servizio si propone di essere e di fare a medio termine, nell'arco di 3-5 anni. Gli obiettivi del piano strategico possono essere generali, non necessariamente espressi in termini operativi, cioè misurabili: ricerca epidemiologica sul territorio di riferimento; individuazione dei fattori di rischio)</i>	

<p>prevalenti a livello distrettuale e sovra-distrettuale; massima integrazione tra le competenze neurologiche e psichiatriche e le altre competenze specifiche per la fascia d'età; approccio "centrato sul cliente"; politica di intervento attiva e non di sola attesa; stretta collaborazione operativa con i servizi socio-sanitari e socio-assistenziali; introduzione progressiva di misure di esito; empowerment del territorio di riferimento ecc.)</p> <p>3=esiste.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.9*** Viene definito annualmente un piano di lavoro che contenga obiettivi specifici, riguardanti sia tipologia, priorità e volume delle prestazioni che qualità delle stesse?</p> <p><i>(Il piano di lavoro deve essere stato definito entro l'anno precedente; gli obiettivi dovrebbero riguardare, oltre al volume di prestazioni, anche la qualità organizzativa, quella professionale e quella percepita. Riduzione dei tempi di attesa, interventi più precoci, introduzione di nuovi interventi di provata efficacia, riduzione dei tempi di attesa, diminuzione di interventi di scarsa o non provata efficacia ecc. Devono essere definite anche le tipologie di utenti in generale e, soprattutto, le eventuali deleghe di tipologie specifiche da parte del sociale e dei comuni)</i></p> <p>3=esiste</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.10 Il piano strategico e gli obiettivi sono stati formulati con il contributo di tutte le componenti del Servizio, da esse approvati, e tutto il personale del Servizio ne è a conoscenza?</p> <p>3=sono state coinvolte solo alcune delle componenti o non tutto il personale ne è a conoscenza.</p>	
NOTE	

1.11 Gli obiettivi:

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.11 1*** sono misurabili?</p> <p><i>(Accompagnati da un indicatore che permetta di monitorarne il grado di raggiungimento; i dati per il calcolo dell'indicatore devono poter essere rilevati dal sistema informativo)</i></p> <p>3=il 75% soddisfa i requisiti;</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.11.2*** hanno scadenze definite? 3=il 75% soddisfa i requisiti;	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.11.3*** sono identificati i responsabili del loro raggiungimento? 3=il 75% soddisfa i requisiti;	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.11.4*** sono evidenziate le risorse necessarie? 3=il 75% soddisfa i requisiti	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.11.5*** sono indicate esplicitamente le eventuali risorse aggiuntive che devono essere messe a disposizione per poterli raggiungere? <i>(Questo requisito è importante solo per gli obiettivi di produttività dipendenti dall'aumento di personale o dall'acquisto di attrezzature e/o per quelli legati all'introduzione di nuovi interventi)</i> 3=il 75% soddisfa i requisiti;	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.11.6*** sono periodicamente riesaminati quando si renda necessario? <i>(Ad esempio, in occasione della non disponibilità delle risorse previste o della disponibilità di risorse aggiuntive, del cambiamento delle conoscenze professionali, di nuove norme legislative, ecc.)</i> 3=il 75% soddisfa i requisiti.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.12*** Vi sono evidenze che il piano strategico e il piano annuale tengono conto delle necessità espresse dagli utenti, dai familiari, dal personale, dalle varie componenti del Servizio, dagli invianti, dai rappresentanti della comunità sociale	

corrispondente al bacino d'utenza, dai fornitori (di prestazioni, interni ed esterni), dei risultati del sistema informativo e delle norme legislative più recenti? 3=almeno tre delle componenti.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.13 Vi sono evidenze che il piano strategico e il piano annuale tengono conto del confronto con altri servizi (<i>benchmarking</i>)? 3=il confronto avviene in modo non sistematico;	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.14 Vi sono evidenze che il Servizio ha identificato “ le linee organizzative prioritarie ” per il successo della propria azione? <i>(Le linee organizzative hanno la funzione di definire l'ordine di priorità e le modalità con cui affrontare gli aspetti rilevanti o critici della propria azione, in supporto alle “funzioni assistenziali principali”, e devono quindi essere specifiche per la realtà locale: formazione del personale; manutenzione; verifica dell'applicazione e aggiornamento delle procedure e delle linee-guida; gestione dei rischi; rapporti coi fornitori interni ed esterni; pianificazione economica [costi e ricavi], compresa la formulazione del budget; revisione e progettazione del sistema; marketing; ricerca ecc.)</i> 3=se sono indicate almeno 4 linee organizzative prioritarie.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.15*** È stata programmata o effettuata una conferenza di servizio ? <i>(Per discutere realizzazioni e prospettive del Servizio e delle sue componenti organizzative. Almeno una programmata o effettuata ogni 3 anni con la partecipazione dei rappresentanti dei pazienti, delle associazioni dei familiari e degli enti locali)</i> 3=almeno 1 effettuata negli ultimi 3 anni.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.16*** Il piano organizzativo (e la sua rappresentazione schematica in organigramma) definisce i responsabili delle varie componenti organizzative e dei progetti trasversali e precisa i livelli di responsabilità (di cosa si risponde, di chi si risponde, quando si risponde e a chi si risponde)? <i>(Il piano suddetto deve specificare i meccanismi per la sostituzione dei</i>	

<i>responsabili in caso di assenza)</i> 3=è presente per le componenti principali.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.17 Vi sono evidenze che i documenti programmatici ed organizzativi del servizio (piano strategico, piano organizzativo ecc) sono a disposizione di tutto lo staff? 3=disponibili almeno su richiesta.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.18 Le dimensioni e la logistica del Servizio sono tali da garantire un intervento radicato sul territorio ma non eccessivamente frammentato? <i>(Le dimensioni ideali sono considerate tra i 100.000 e i 200.000 abitanti, ma possono variare in situazioni di urbanizzazione peculiari. L'idea è che debba poter essere garantito per ogni Servizio un pool di operatori di numerosità sufficiente a consentire la strutturazione di sottonuclei pluridisciplinari specializzati nelle diverse aree di diagnosi e di intervento)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.19*** Viene redatta ogni anno una relazione sullo stato del Servizio e sulle attività svolte? <i>(La relazione dovrebbe descrivere il grado di raggiungimento degli obiettivi ed essere diffusa entro il mese di marzo dell'anno successivo)</i>	
NOTE	

[→ Indice](#)

2. RISORSE

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.1*** Il Servizio è dotato di un suo finanziamento adeguato, ed il budget viene negoziato annualmente con la direzione in funzione di obiettivi concordati? <i>(Per il solo polo territoriale, dovrebbe collocarsi intorno al 2 % del Fondo Sanitario Regionale. La negoziazione di budget può avvenire anche a isorisorse, rideclinando gli obiettivi assistenziali di conseguenza)</i> 3= c'è negoziazione del budget.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.2 L'attribuzione e l'uso delle risorse tengono conto di specifiche esigenze documentate? <i>(Ad esempio: particolari concentrazioni di utenti gravi, di utenti migranti, notevole dispersione territoriale, presenza o assenza di altre strutture sul territorio, metodiche riabilitative di riferimento ecc.)</i> 3=le esigenze sono ben documentate, anche se solo parzialmente soddisfatte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.3*** Il personale previsto nella dotazione del Servizio corrisponde per quantità e varietà di figure professionali almeno agli standard nazionali e regionali? <i>(Per il solo polo territoriale, 1 operatore tempo-pieno-equivalente ogni 800 abitanti 0-18, e nello specifico almeno 1 NPI ogni 3000 abitanti 0-18, 1 psicologo ogni 4000 abitanti 0-18, 1 terapeuta della riabilitazione - logopedista, terapeuta della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, in alcune realtà anche fisioterapista o psicomotricista - ogni 1600 abitanti, 1 educatore professionale ogni 8000 abitanti, assistenti sociali in proiezione stabile, personale amministrativo e/o ausiliario e/o infermieristico di supporto; specificare se oltre al personale di base è in attività personale su delega dei comuni o di altro e su progetto, mantenendo i conteggi separati da quelli della dotazione di base)</i> 3=sono previste tutte le figure professionali almeno al 90% dell'organico previsto in base agli standard; 5=sono previste e sono effettivamente in servizio.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.4 Il personale effettivamente in servizio è tale da garantire la possibilità di raggiungere gli obiettivi prefissati? <i>(Nel conteggio va incluso sia il personale dipendente a tempo indeterminato, che a tempo determinato, che ex SUMAI, che a contratto libero professionale o tramite cooperativa o altro, purchè attribuito stabilmente e direttamente al servizio o da esso gestito)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.5 Le sedi ambulatoriali sono facilmente raggiungibili da ogni parte del bacino di riferimento? <i>(Non più di 30 minuti coi mezzi pubblici, tranne che in località montane o per altri motivi particolarmente isolate)</i> 3=50%</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.6 L'orario di accessibilità del servizio è flessibile ed ampio? <i>(Almeno 40 ore settimanali; almeno un giorno con apertura fino alle ore 18.00, anche non con la contemporanea presenza di tutte le figure professionali. Per quanto compatibile con la contrattazione sindacale locale, sarebbe auspicabile la possibilità di flessibilità oraria anche per il personale del comparto)</i> 3=è flessibile ed ampio e rispetta la maggior parte dei requisiti sopraelencati;</p>	
NOTE	
REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.7 *** Esistono protocolli di collaborazione strutturata con l'ospedale per il ricovero degli utenti in day-hospital (DH) o in reparto di degenza o per letti di appoggio in pediatria? 3=in modo parziale o per specifiche patologie.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.8 È disponibile, direttamente o in convenzione, uno spettro ampio e flessibile di interventi e di attività? <i>(Sia per quanto riguarda le strutture - ambulatoriali, domiciliari, in centro diurno o residenziale ecc.- che il tipo di interventi - diagnostici, riabilitativi, educativi, attività della vita quotidiana, di supporto educativo e psicologico alla famiglia, di "sollievo temporaneo", di sensibilizzazione culturale ecc.)</i> 3=almeno per alcune patologie e/o fasce d'età.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.9 La biblioteca è adeguata? <i>(Esiste ed è disponibile una biblioteca, non necessariamente collocata all'interno delle strutture del Servizio, ma facilmente raggiungibile dagli operatori. Deve avere almeno 3 delle principali riviste internazionali di NPIA, deve essere aperta almeno 4 ore nei giorni feriali e disporre di un collegamento internet con accesso alle principali banche dati della letteratura scientifica)</i> 3=esiste.</p>	
NOTE	

[→ Indice](#)

3. ASPETTI FINANZIARI E AMMINISTRATIVI

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.1 Il Servizio cerca e ottiene fondi aggiuntivi ? (Ad esempio, da fondazioni o da fondi speciali o dal Fondo Sociale Europeo ecc) 3= almeno un progetto finanziato negli ultimi tre anni.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.2*** La contabilità aziendale fornisce i dati necessari per il monitoraggio dei costi complessivi del Servizio? (Si è in grado di sapere o di stimare con sufficiente precisione [$\pm 10\%$] quanto costano le prestazioni, di avere un quadro aggiornato dei costi del servizio e dei costi da esso generati, ecc.) 3= le componenti organizzative sono centro di costo e si è in grado di stimare con sufficiente precisione quanto costano.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.3 Sono noti e aggiornati i costi delle prestazioni erogabili dalle strutture riabilitative accreditate o convenzionate e la lista degli utenti seguiti presso di esse, residenti nel territorio del Servizio? 3= almeno per il 50% delle strutture accreditate	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.4 Si cerca di semplificare al massimo le pratiche amministrative ? (Per gli utenti, per gli operatori ecc) 3= sono disponibili procedure scritte o prassi consolidate in merito almeno ad alcune pratiche amministrative.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.5*** Esistono procedure specifiche concordate che garantiscano la continuità della cura e dell'assistenza anche a fronte di turn over del personale? (Sostituzioni tempestive ecc.; il rispetto di questo requisito, come in parte dei precedenti, può non dipendere dal Servizio) 3= almeno per alcune figure professionali.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.6*** Il Servizio dispone di autonomia nella gestione del budget, una volta che questo è stato concordato con la Direzione Aziendale?	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.7*** Il Servizio e le sue componenti organizzative dispongono di personale qualificato con funzioni amministrative ? <i>(Almeno per la gestione del centralino-filtro, l'invio delle comunicazioni, la convocazione delle riunioni, la registrazione dati nel sistema informativo, la gestione delle presenze e dei permessi)</i> 3= almeno 1 per ogni unità organizzativa territoriale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.8 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure concordate con l'Amministrazione aziendale per la definizione dei criteri di acquisto di beni e servizi per la NPIA? <i>(Modalità per evidenziare eventuali necessità specifiche a cui i fornitori esterni devono far fronte, requisiti di qualità e non solo economici da rispettare nella selezione ecc. Quando necessario, stipula di contratti che esplicitino la gestione comune, il rispetto di linee-guida concordate, la presenza di verifiche periodiche congiunte ecc.)</i> 3= per il 50% dei beni e/o servizi.	
NOTE	

[→ Indice](#)

4. AMBIENTI FISICI ED ARREDI

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.1*** Gli ambulatori sono facilmente accessibili ? <i>(Presenza di parcheggi; distanza dalla più vicina fermata di mezzo pubblico non superiore a 500 metri; se con capienza ridotta, spazio adeguato riservato ai disabili; si veda anche il requisito seguente)</i> 3= almeno una fermata di autobus ed un parcheggio vicino.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.2*** Sono privi di barriere architettoniche? <i>(Assenza di gradini e presenza eventuale di scivoli, ascensori abbastanza ampi per una carrozzina e per passeggini, almeno un bagno per disabili con appoggi e possibilità di utilizzazione in carrozzina, porte di comoda apertura e senza gradini o automatiche, corridoi e scale dotati di corrimani adeguati ecc.)</i> 3=assenza di gradini e almeno un bagno per disabili.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.3*** La segnaletica all'esterno e all'interno è adeguata? <i>(Deve aiutare l'utente e i familiari a orientarsi all'esterno e all'interno, essere esplicita riguardo alla collocazione degli accessi per disabili, riportare gli orari di apertura del Servizio e la collocazione della segreteria e possibilmente dei diversi operatori; auspicabili indicazioni di parcheggi e mezzi pubblici. Facilmente leggibile anche a distanza, di facile comprensione, esente da manomissioni, multilingua; giudicata tale dalla maggioranza degli utenti e/o dei famigliari, ecc. Deve essere definito un operatore responsabile della verifica periodica e dell'adeguamento)</i> 3= almeno 3 dei precedenti e definito un operatore responsabile.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.4*** La dotazione di ambienti è rapportata al volume e al tipo di attività? <i>(E' garantita una stanza per operatore a tempo pieno per le attività cliniche, e il numero di locali per le attività non direttamente cliniche è adeguato; alcuni locali possono essere usati per scopi diversi ma non contemporaneamente)</i> 3= una stanza per operatore a tempo pieno.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.5*** E' disponibile almeno un locale per accoglienza utenti, segreteria, informazioni? 3= almeno un locale</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.6*** E' disponibile almeno un locale come sala di attesa? <i>(Bene illuminato, ampio, con spazi a sedere sufficienti per il numero di persone che mediamente sono in attesa, con giochi e materiale da disegno per i bambini e</i></p>	

<p><i>riviste e materiali informativi per i familiari, ordinato, caldo e confortevole, sufficientemente riservato in modo da non esporre l'utenza agli sguardi di chi passa ecc.)</i></p> <p>3= almeno un locale caldo e confortevole, capienza sufficiente per l'utenza media.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.7 E' disponibile spazio per le riunioni?</p> <p><i>(Locale ampio e attrezzato che consenta a tutti gli operatori di prendere parte alle attività e possa essere utilizzato anche per incontri di gruppo con utenti, familiari o esterni, e/o come stanza d'osservazione con specchio unidirezionale ecc)</i></p> <p>3= possibile utilizzare a tale scopo una delle stanze del servizio, seppur non dedicata specificamente.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.8*** E' disponibile un locale archivio?</p> <p><i>(esiste uno spazio dotato di tutti i requisiti necessari per la tutela dei dati dei pazienti, separato dalla segreteria ecc)</i></p> <p>3= almeno uno spazio dedicato, con armadi /schedari chiusi a chiave.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.9*** L'arredamento è adeguato alla funzione?</p> <p><i>(Il meno ospedaliero possibile e di aspetto gradevole e confortevole, oltre che resistente e facilmente pulibile ecc)</i></p> <p>3= confortevole e rispondente a requisiti igienici (5=pensato specificamente per l'utenza in età evolutiva).</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.10*** La temperatura è confortevole, sia d'inverno che d'estate?</p> <p><i>(Di media intorno ai 20 °C)</i></p> <p>3= ben riscaldato (5=anche condizionato).</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.11*** I bagni per gli utenti sono differenziati da quelli degli operatori, sufficienti per numero e adeguati per attrezzature fisse? <i>(Adeguati per disabili, e con un tavolo-fasciatoio alto e grande a sufficienza per i ragazzi in situazione di gravità)</i> 3= differenziati, ma non attrezzati.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.12*** I bagni dispongono di sapone, di materiale per asciugarsi le mani, di scopino, di carta igienica?	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.13*** Il servizio ha un numero adeguato di linee telefoniche ? <i>(Chi telefona nelle ore di punta trova almeno una volta su due la linea libera; un apparecchio telefonico utilizzabile dagli operatori in ogni stanza ecc.)</i> 3= linea libera nelle ore di punta almeno 1 volta su tre chiamate nell'arco di 10 minuti e presenza di un telefono in almeno il 50% delle stanze.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.14*** Gli ambienti in cui è situato il Servizio sono ben tenuti ? <i>(Puliti, con buona illuminazione ed aerazione, mura bene intonacate e imbiancate, pavimenti senza piastrelle rotte, porte e finestre ben verniciate e funzionanti, mancanza di fili volanti, non spifferi, ecc.)</i>	
NOTE	

Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per:

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.15 la pulizia dei bagni ? 3= pratiche uniformi e costanti anche in assenza di procedure scritte;	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.16 la pulizia degli ambienti diversi dai bagni? <i>(Indicando specificamente le procedure di pulizia necessarie a fronte della</i>	

<p>possibilità che i piccoli si siedano o giochino per terra ecc)</p> <p>3= pratiche uniformi e costanti anche in assenza di procedure scritte;</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.17 la manutenzione degli ambienti? <i>(Relative ad esempio a riparazioni di infissi e tinteggiature; tinteggiature dei locali almeno ogni 3-4 anni ecc)</i></p> <p>3= pratiche uniformi e costanti anche in assenza di procedure scritte;</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.18 il ricambio regolare e la pulizia della biancheria? <i>(Asciugamani, lenzuola, tappeti, cuscini e cuscinoni ecc.)</i></p> <p>3= pratiche uniformi e costanti anche in assenza di procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.19 In ogni struttura è stato affidato ad un operatore l'incarico di verificare e promuovere la pulizia e la manutenzione degli ambienti? <i>(Ci devono essere evidenze che lo fa periodicamente, almeno una volta al mese)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.20*** Gli ambienti sono sicuri? <i>(Complessivamente devono essere comunque adatti per bambini ed utenti psichiatrici: prese elettriche protette; spigoli smussati; porte dei bagni apribili con chiave ma eventualmente apribili dall'esterno (solo con intervento dell'operatore); arredamento ignifugo, senza oggetti pericolosi, ma solido per poter resistere a eventuali momenti di crisi dei pazienti, senza il rischio che possano cadere parti di arredamento con il lancio di oggetti; forbici con la punta arrotondata; assenza di giochi o oggetti troppo piccoli in luoghi raggiungibili; edifici che non danno direttamente su strade di grande traffico, ecc.)</i></p> <p>3= requisiti rispettati al 70% nelle stanze di terapia/riabilitazione ed almeno al 50% negli altri locali.</p>	
NOTE	

[→ Indice](#)

5. ATTREZZATURE E DOTAZIONI

Questi requisiti sono essenziali per altri servizi le cui attività hanno bisogno di attrezzature biomediche sofisticate e costose. Tuttavia sono abbastanza importanti anche per i Servizi di NPIA. Le attrezzature e le dotazioni includono infatti tutti i materiali di lavoro (giochi, materiali riabilitativi, testistici, ausili ecc), personal computer, mezzi di trasporto, videoregistratori, arredi, oltre ai farmaci e alle apparecchiature biomediche.

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>5.1*** È disponibile una scorta adeguata di farmaci fondamentali per il trattamento di eventuali urgenze? <i>(Almeno per il trattamento delle principali urgenze mediche che potrebbero comunque coinvolgere l'utenza specifica all'interno del Servizio e che sono gestibili non in ambito ospedaliero, delle eventuali urgenze psichiatriche ed epilettiche, degli effetti collaterali degli psicofarmaci ecc.)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>5.2*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per l' immagazzinamento e la gestione dei farmaci nel Servizio? <i>(Armadio chiuso a chiave, eventuale frigorifero chiuso a chiave per i farmaci da conservare a bassa temperatura; al loro interno, organizzazione dei farmaci tale da permettere di ritrovarli facilmente; esistenza di procedure che regolano l'accesso agli armadi dei farmaci; procedure per la sostituzione dei farmaci in scadenza; definizione di un operatore responsabile della gestione di quanto sopra e delle procedure relative, ecc.)</i> 3= presenza di operatore responsabile delle procedure, armadio chiuso a chiave.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>5.3 È disponibile e facilmente accessibile il materiale sanitario per il trattamento dei piccoli traumi?</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>5.4 Per le visite domiciliari e per le attività fuori sede sono previste modalità, garanzie e rimborsi? <i>(mezzi pubblici, uso delle autovetture degli operatori, utilizzo di mezzi aziendali ecc.)</i> 3= previste almeno modalità, garanzie e rimborsi per gli operatori autorizzati all'uso delle proprie autovetture .</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>5.5*** La dotazione strumentale è correlata ai bisogni dell'utenza e al tipo di attività?</p> <p><i>(In termini di test psicodiagnostici, materiali di gioco, da disegno e di terapia, tecnologie e strumenti informatici hardware e software sia per le attività con i pazienti che per le attività di supporto, apparecchi per la videoregistrazione o la documentazione fotografica, carta e colori, schede e libri illustrati, giochi didattici, blocchi e piastrelle, attrezzature per fisioterapia ecc. Ogni stanza deve poter avere il proprio materiale di base senza la continua necessità di scambio con il rischio di non averlo a disposizione quando serve; il materiale è in buono stato, quello rotto viene prontamente sostituito ecc.)</i></p> <p>3= materiale di base in buono stato, disponibile in tutte le stanze.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>5.6*** Vi è un piano di acquisti della dotazione strumentale e delle apparecchiature?</p> <p><i>(Esiste una lista dettagliata dei materiali psicodiagnostici e di lavoro indispensabili e delle priorità di integrazione progressiva nel tempo ecc)</i></p> <p>3= nel corso dell'anno e con scadenze periodiche, il servizio individua necessità e priorità e le sottopone all'amministrazione.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>5.7*** Vi è un inventario delle apparecchiature e delle dotazioni?</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>5.8 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la manutenzione ordinaria e per l'eventuale sostituzione di tutte dotazioni strumentali, nelle quali siano chiaramente definiti i responsabili dell'attivazione e della verifica di tali procedure?</p> <p><i>(Non semplicemente i dirigenti delle unità organizzative ma gli operatori che effettivamente utilizzano i materiali e le attrezzature e che svolgono le attività di uso e manutenzione)</i></p> <p>3=pratiche uniformi e costanti.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
5.9 I manuali o gli opuscoli forniti dai produttori relativi al funzionamento e alla manutenzione delle attrezzature in dotazione sono disponibili e facilmente accessibili?	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
5.10*** Vi sono evidenze che il personale che utilizza materiali, attrezzature e dotazioni è stato coinvolto nella loro scelta? 3= soddisfatto per il 75% del personale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
5.11*** E' disponibile almeno un personal computer con processore Pentium III o superiore ogni 3 operatori-tempo pieno equivalenti? 3= i PC devono essere connessi in rete locale e prevedere la possibilità di connessione ad Internet)	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
5.12 E' disponibile almeno una videocamera ? (Devono essere presenti la videocamera, lo specchio unidirezionale, un PC che consenta la rielaborazione-visualizzazione dei filmati o almeno un videoregistratore con TV; una macchina fotografica digitale rappresenta una soluzione parziale) 3=sono accettate le soluzioni tecnologiche che garantiscono risultati equivalenti; è accettata la mancanza di specchio unidirezionale.	
NOTE	

[→ Indice](#)

6. GESTIONE DEL PERSONALE

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.1*** Per ogni categoria di personale e posizione funzionale esiste una descrizione scritta del lavoro? (Un documento che chiarisca gli ambiti di attività per le varie figure professionali, in modo da assicurare la complementarietà e la sinergia degli interventi) 3=requisito soddisfatto per la maggioranza delle figure professionali	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.2*** Le funzioni “responsabilità” e “autorità” (possibilità di decidere) corrispondono? <i>(In particolare, non devono essere attribuite responsabilità di obiettivi il cui raggiungimento dipende da altri e su cui il responsabile non ha nessun potere o se è già stata affidata ad altri responsabilità analoga)</i> 3=la maggior parte del personale ritiene che questo principio sia applicato</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.3 Vi sono evidenze che il Dirigente del Servizio è consapevole di quali sono i principali fattori della motivazione del personale e li favorisce? <i>(Riconoscimenti e sostegno da parte dei superiori, sviluppo di carriera, coinvolgimento nelle decisioni e nella definizione degli obiettivi, formazione continua e crescita professionale, coinvolgimento in progetti di MCQ, opportunità di raggiungere obiettivi personali, possibilità di presentare progetti ecc.)</i> 3=evidenza che sono favoriti almeno due fattori tra quelli indicati</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.4*** Vi sono meccanismi di incentivazione per l'impegno e la qualità del lavoro e ne è garantita la trasparenza? 3= almeno due dei punti successivi: 6.4.1 economici (<i>remunerazione di risultato e di posizione</i>)? 6.4.2 di carriera e funzionali (<i>assegnazione di funzioni superiori nell'ambito dello stesso livello</i>)? 6.4.3 di flessibilità nell'orario? 6.4.4 formativi (<i>corsi e visite di studio</i>)? 6.4.5 altri? <i>(Specificare)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.5*** Vengono negoziati ogni anno gli obiettivi che i responsabili di progetto e gli operatori con ruolo manageriale si impegnano a raggiungere? <i>(Gli obiettivi di progetto dovrebbero essere ridefiniti almeno ogni anno, con descrizione scritta delle funzioni/responsabilità che i responsabili e gli altri operatori assumono al'interno di ciascun progetto)</i> 3=requisito soddisfatto quando esiste almeno per i responsabili di progetti.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.6*** Gli obiettivi vengono ridiscussi in caso di imprevisti ? <i>(Nel caso si modificano condizioni di contesto, o non vengano assegnate le risorse promesse, o quelle esistenti diminuiscano ecc.)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.7 Vi sono evidenze che tutto il personale del Servizio è stato messo a conoscenza degli obiettivi? 3= almeno il 75% degli operatori dovrebbe conoscere gli obiettivi.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.8*** Sono disponibili appositi strumenti per facilitare la circolazione delle informazioni all'interno del Servizio? <i>(Bacheche con informazioni attuali, raccoglitori a disposizione di tutti con i progetti in corso o presentati, fogli informativi, intranet, mail ecc)</i> 3= almeno bacheche o raccoglitori del materiale visionabile.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.9*** Per ogni operatore del Servizio vi è in sede un fascicolo personale? <i>(Nel fascicolo vengono conservati: la documentazione degli studi fatti e dei precedenti lavori; la documentazione dei corsi a cui ha partecipato, come discente e come docente; i riferimenti di eventuali pubblicazioni; eventuali referenze; ruoli particolari ricoperti nell'ambito delle attività di MCQ; il raggiungimento o meno di obiettivi concordati negli anni precedenti; gli incentivi ottenuti; il nome e l'indirizzo del parente più vicino ecc.)</i> 3= possono mancare solo due degli elementi indicati.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.10 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte che assicurano la confidenzialità dei fascicoli personali degli operatori? 3=pratiche uniformi	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.11*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte in merito alle riunioni organizzative? <i>(Deve esserci un verbale, anche sintetico, in cui vengono riportati i presenti, gli argomenti trattati e le principali decisioni prese; è auspicabile che, per ogni riunione, venga diffuso preliminarmente l'ordine del giorno ecc)</i> 3= almeno 1 al mese, con verbale scritto.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.12*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la valutazione del personale? <i>(Si basano essenzialmente sul raggiungimento di obiettivi concordati in precedenza, sulla partecipazione attiva a progetti di MCQ, sull'impegno nella formazione continua, ma anche sulla capacità di collaborazione con i colleghi e sulla "attenzione al cliente")</i> 3= procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.13*** Il reclutamento del nuovo personale avviene possibilmente secondo criteri espliciti e in modo funzionale all'organizzazione del Servizio? <i>(Esplicitazione, nei bandi, della specifica tipologia di servizio a cui saranno destinati gli operatori, valorizzazione di esperienze formative o professionali specifiche - per fascia di età, per tipologia di servizio, per patologia ecc.)</i> 3=la maggior parte del personale pensa che le ultime assunzioni abbiano riguardato persone utili per il servizio.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.14 Vi è eventualmente la possibilità di ricorrere a fonti flessibili di personale per garantire la continuità, fare fronte a periodi di necessità, gestire progetti o smaltire l'accumulo di lavoro arretrato? <i>(Cooperative o agenzie di lavoro interinale, consulenze su progetto ecc.)</i> 3=almeno per garantire la continuità in condizioni di emergenza.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.15*** Gli orari , gli eventuali turni di lavoro e gli straordinari sono organizzati in modo da assicurare la massima continuità possibile dell'assistenza, nel rispetto dei diritti degli operatori?	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.16*** Viene stimato il carico di lavoro dei vari operatori e si cerca di rispettare i limiti massimi e minimi di pazienti in carico? <i>(Se sì, precisare quali sono: si vedano le soglie per gli indicatori)</i> 3= viene stimato il carico e vengono discusse modalità per omogeneizzare il numero di pazienti seguiti.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.17*** Il personale propone modificazioni e innovazioni ? <i>(Semplificazioni delle pratiche amministrative, cambiamento di pratiche assistenziali nella direzione delle linee programmatiche del Servizio ecc.)</i> 3=almeno una proposta nell'ultimo anno.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.18*** Viene stimata periodicamente la proporzione del tempo di lavoro che le varie categorie di personale passano in attività dirette, indirette e di supporto e vengono condivisi e discussi i dati raccolti? 3= almeno una volta ogni due anni e vi sono evidenze di un'adeguata analisi di tali dati.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.19 Vengono monitorati, confrontati e discussi regolarmente i dati sulle presenze e sulle assenze delle varie categorie di personale e sul turn over ? 3=almeno ogni due anni con i responsabili di UO.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.20*** Si è cercato di conoscere, per mezzo di vere e proprie indagini, quale sia il clima interno e quale il livello di soddisfazione del personale per le	

condizioni di lavoro? 3=vi sono evidenze che il clima e il livello di soddisfazione vengono considerati; 5=vengono svolte indagini specifiche.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.21*** Il personale è soddisfatto della sua crescita professionale sul lavoro? (Vedi anche i requisiti seguenti relativi alla formazione continua)	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.22 Il personale è soddisfatto dei servizi forniti dall'organizzazione ? (Mensa o buoni pasto, eventuali asilo nido, ecc.) 3=requisito soddisfatto per il 50% del personale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.23 Se si mettono in luce problemi nella gestione del personale e nel clima interno, si procede a correttivi migliorativi ? 3= indicazione di almeno un correttivo migliorativo nell'ultimo anno.	
NOTE	

[→ Indice](#)

PROCESSO (COSA SI FA)

7. CARATTERISTICHE GENERALI DELL'ASSISTENZA

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.1 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relative all' integrazione tra le prestazioni del Servizio, ovunque svolte? (Modalità, pratiche e procedure per integrare e coordinare le attività ambulatoriali, domiciliari, ospedaliere, di DH, semiresidenziali e residenziali, nelle scuole, nella comunità, anche nell'ottica di minimizzare il rischio di frammentazione e duplicazione degli interventi) 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.2*** Viene promossa in tutte le articolazioni organizzative del Servizio l'integrazione tra i diversi tipi di intervento clinico? <i>(Nell'ottica di una presa in carico multimodale che integri a seconda delle necessità interventi educativi, riabilitativi, psicoterapeutici, farmacologici, scolastici, di "rete", ecc.)</i> 3=ci sono documenti in proposito.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.3*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per facilitare l'invio tempestivo delle situazioni di rischio al Servizio? <i>(Coinvolgimento, per le segnalazioni precoci, dei pediatri di libera scelta/medici di medicina generale, dei servizi sociali, delle scuole, ecc.; viene rilevato il tempo di latenza tra la prima individuazione del disturbo e l'arrivo all'attenzione del Servizio)</i> 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.</p>	
NOTE	

Vi sono pratiche uniformi e/o procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda i compiti del Servizio (agiti all'interno o esternalizzati su altri servizi o in convenzione), **in particolare relativamente a:**

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.4 "l'accoglienza degli utenti"? PO-SM <i>(Deve risultare la consapevolezza del Servizio che l'accoglienza e la valutazione iniziale sono fondamentali per lo stabilirsi del rapporto e per evitare gli abbandoni ecc)</i> 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte;</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.5*** "le modalità di valutazione iniziale della domanda dell'utente e dei familiari"? PO-SM <i>(Presenza di procedure definite ed esplicite per la raccolta della richiesta, per l'analisi della domanda, per la definizione di criteri di priorità, per l'eventuale riorientamento ad altri servizi ecc.)</i> 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte;</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.6*** “le caratteristiche generali degli interventi”, l’applicazione del “modello operativo di équipe” e la “fornitura di prestazioni specialistiche neurologiche e psichiatriche, unitarie e coordinate”? PO-MI <i>(Integrazione delle prestazioni neurologiche, psichiatriche, neuropsicologiche, di diagnosi, cura e riabilitazione, perseguita attraverso il lavoro coordinato di un gruppo multiprofessionale che includa tutte le competenze necessarie, anche se non dipendenti gerarchicamente dal servizio, e che possa assicurare una presa in carico globale, integrata e continuativa dell’utente)</i> 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte;</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.7 *** “i criteri della presa in carico”? PO-MI <i>(Definendo le eventuali priorità per categorie di utenti selezionate ecc.)</i> 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte;</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.8 “la presa in carico precoce del bambino con disabilità neuromotorie e/o psichiche e problematiche familiari”? PO-MI <i>(In collaborazione con le competenze specialistiche fisiiatriche e riabilitative, anche esterne, e con i servizi sociali)</i> 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.9 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure o linee-guida scritte relative alla durata della presa in carico degli utenti, alla durata dei cicli di trattamento e ai tempi e alle modalità di conclusione di un trattamento, al passaggio dal trattamento attivo ad una fase di sorveglianza, con controlli distanziati nel tempo? 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.10*** Vi sono riunioni regolari del Servizio sull’organizzazione dell’attività clinica? <i>(Per discutere i criteri degli invii ricevuti, i trasferimenti e le prese in carico ecc)</i> 3=appaiono sufficienti per lo scopo, coinvolgono almeno l’80% degli operatori.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.11*** Vi sono riunioni periodiche degli operatori dell'équipe di diversa qualificazione professionale per discutere i problemi dei singoli pazienti in carico? <i>(almeno una riunione ogni 2 settimane, anche su pazienti differenti; le decisioni prese devono essere registrate sui documenti clinici individuali dei singoli utenti)</i> 3=sono svolte regolarmente almeno due volte al mese, e non riguardano esclusivamente le emergenze.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.12*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la formulazione della diagnosi ed il suo aggiornamento nel tempo? <i>(La diagnosi è codificata in modo uniforme e multiassiale secondo l'ICD10: diagnosi provvisoria entro un mese, codifica diagnostica definitiva entro 3 mesi, aggiornamento della codifica diagnostica a scadenze predefinite ecc.)</i> 3=per almeno il 75% dei pazienti.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.13 Nella formulazione diagnostica sono incluse una valutazione del livello di gravità e, se possibile, un'indicazione prognostica? 3=per almeno il 50% dei casi.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.14 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per l'effettuazione di valutazioni periodiche standardizzate dello stato di funzionamento globale? <i>(Uso di scale validate, ad es. CGAS, PEDI, Wee-FIM, HoNOS-CA, ICF ecc.)</i> 3=almeno per i casi con il disturbo medio-grave.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.15 Vi sono o sono in via di elaborazione pratiche uniformi e/o procedure scritte relative alle "modalità con cui garantire la continuità dell'assistenza"? <i>(Coordinamento tra Servizio e territorio di riferimento, massima riduzione del numero di cambiamenti dei curanti, definizione di un operatore di riferimento, raccordo con i servizi ospedalieri o di terzo livello, piano di trattamento concordato tra centro inviante ed eventuale centro riabilitativo esterno, ecc)</i> 3=sono in via di elaborazione almeno per il 50% della casistica.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.16*** In particolare, viene nominato un operatore di riferimento per gli utenti in carico? <i>(Con il compito di coordinare gli interventi e di garantire che all'utente e ai suoi familiari vengano date informazioni complete e uniformi)</i> 3=per il 70% dei casi in carico e la nomina è concordata in base a criteri oggettivi e predeterminati.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.17*** I genitori, i ragazzi e la scuola sanno chi è l' operatore di riferimento e vengono informati subito se cambia? 3=il 75% degli utenti viene informato del cambiamento.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.18*** Parte del tempo di lavoro del personale è dedicato ad attività svolte all'esterno degli ambulatori? <i>(Per visite domiciliari o interventi di rete o interventi mirati nei contesti di vita, nelle scuole ecc)</i> 3=esiste una programmazione possibilmente differenziata per le diverse figure professionali.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.19 Vi sono o sono in via di elaborazione pratiche uniformi e/o procedure scritte relative a "indicazioni, frequenza e modalità di effettuazione degli interventi domiciliari "? PO-SM 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.20 Vi sono o sono in via di elaborazione pratiche uniformi e/o procedure scritte relative a "indicazioni, frequenza e modalità di effettuazione degli interventi negli altri ambienti di vita e di lavoro dei pazienti"? PO-SM <i>(Interventi di rete, collaborazioni con la scuola, con i luoghi aggregativi del territorio ecc.)</i> 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.21 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per l' inserimento in strutture residenziali ? (<i>Sia socio-sanitarie che riabilitative o terapeutiche; nelle diverse fasce d'età; indicando i criteri, le priorità, le collaborazioni, le modalità di accompagnamento, la durata prevista del progetto, gli obiettivi ecc.</i>) 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.22*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per il monitoraggio nel tempo e la gestione integrata degli inserimenti effettuati in strutture residenziali ? 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.23 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la gestione delle situazioni di particolare complessità ? (<i>Ad esempio, relativamente alle modalità di gestione della comunicazione diagnostica e delle scelte terapeutiche con la famiglia, nel caso di situazioni multiproblematiche, malattie progressive o ad esito infausto; alle modalità di supporto per la gestione del dolore fisico o della sofferenza del bambino, ecc.</i>) 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.24*** Vi sono o sono in via di elaborazione pratiche uniformi e/o procedure scritte per la gestione delle situazioni di crisi nei giorni festivi ? (<i>le famiglie sono informate di cosa potrebbe accadere al proprio figlio e come affrontarlo, a chi eventualmente fare riferimento, quando e in quali modi ecc</i>) 3=è in via di elaborazione una procedura codificata.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.25*** Vi sono o sono in via di elaborazione pratiche uniformi e/o procedure scritte per la gestione delle eventuali situazioni di urgenza psichiatrica ? (<i>Elenco di reparti di riferimento, nominativi dei responsabili, modalità con cui possono essere attivati, tipologia, priorità, aspetti critici; accordi locali anche alternativi al ricovero; procedure per la gestione dell'agitazione psicomotoria; procedure per l'attivazione del TM o di ASO/TSO ecc</i>) 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.26 Il Servizio ha adottato una definizione di paziente grave? <i>(Deve essere operativa, cioè riproducibile, “misurabile”, condivisa dalla maggior parte degli operatori e possibilmente concordata con gli altri servizi che possono essere coinvolti nella gestione di rete, in particolare i Servizi Sociali e scolastici. È auspicabile che sia concordata a livello Regionale)</i> 3=condivisa dagli operatori del servizio, anche se non concordata con l'esterno.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.27*** Vi sono pratiche e procedure per l'individuazione di casi gravi non noti al Servizio stesso? 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.28 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la richiesta di consenso informato scritto su attività e interventi specifici? <i>(Modalità di richiesta del consenso, spiegazioni connesse, chiarezza di linguaggio, modulistica specifica e dettagliata; definizione delle situazioni per le quali è sempre necessario il consenso scritto dei familiari e di quelle per le quali è auspicabile; gestione delle situazioni in cui il consenso va richiesto al tutore/rappresentante legale; attenzione ad estendere la richiesta di consenso anche al di fuori delle situazioni in cui è strettamente necessario; inclusione del minore nel processo di condivisione di informazioni e di acquisizione del consenso ecc.)</i> 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.29*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la durata delle singole prestazioni? <i>(Ad esempio tempi medi di riferimento costruiti a partire dalla pratica clinica e successivamente concordati con la Direzione; auspicabilmente anche con la Regione ecc.)</i> 3=esistono documenti scritti che definiscono la durata delle singole prestazioni concordati con la Direzione Aziendale.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.30 Vi sono pratiche e procedure per l'individuazione dei bisogni degli utenti e delle famiglie che non sono pienamente soddisfatti? <i>(nuovi bisogni emergenti nei singoli utenti o nella popolazione, analisi delle attività che il servizio non è in grado di erogare o per le quali la risposta è molto inferiore alla domanda, individuazione tempestiva di aree di disagio o malcontento e loro analisi ecc)</i> 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.31*** Vi sono o sono in via di elaborazione pratiche uniformi e/o procedure scritte relative alle risposte del servizio alla mancata presentazione agli appuntamenti o all'abbandono da parte dei pazienti? PO-SM <i>(Quali e quanti sforzi devono essere effettuati per riagganciare l'utente o la famiglia, o per lasciare aperta la possibilità di un ritorno ecc)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.32 Il Servizio ha adottato una sua definizione di conclusione non concordata? <i>(Deve cioè essere definito dopo quanto tempo dall'ultimo appuntamento mancato un utente deve essere considerato "perso"; per quanto possibile è auspicabile che la definizione sia quella del glossario nazionale o compatibile con essa)</i> 3= la definizione è compatibile con quella del glossario ed è conosciuta dal 75% degli operatori; pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.</p>	
NOTE	

[→ Indice](#)

8. EVIDENZE SCIENTIFICHE ED INTERVENTI SPECIFICI

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>8.1*** Esistono pratiche e procedure per la promozione e/o l'applicazione delle strategie terapeutico-riabilitative di maggiore efficacia alla luce dei criteri della medicina basata sulle evidenze? 3=almeno per il 50% delle patologie per le quali esistono dati attendibili e sono programmati uno o più corsi di aggiornamento sull'argomento per le altre patologie.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.2*** Vi sono evidenze che il Servizio è attento ad adottare i nuovi interventi diagnostici, terapeutici, riabilitativi e preventivi di provata efficacia ? <i>(Almeno un esempio di applicazione di nuovi interventi o di modificazione di quelli esistenti sulla base di evidenze scientifiche negli ultimi 24 mesi)</i> 3=almeno un esempio da applicazione negli ultimi 24 mesi.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.3*** Sono adottate pratiche uniformi e/o linee-guida scritte per l' uso degli psicofarmaci , per l' uso degli antiepilettici e per l'uso di combinazioni dei due? 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.4 Sono adottate pratiche uniformi e/o linee-guida scritte per l'identificazione e il pronto trattamento degli effetti collaterali degli psicofarmaci e degli antiepilettici ? <i>(Educazione dell'utente e dei familiari, schede di guida alla rilevazione degli effetti collaterali, formazione di tutto il personale, consulenza al pronto soccorso e ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, facile accessibilità di un operatore con le competenze necessarie)</i> 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.5*** Vi sono pratiche uniformi e/o linee-guida scritte per il trattamento di: <i>(Devono comprendere le indicazioni all'eventuale uso di farmaci, interventi psicoeducativi, interventi riabilitativi ecc.)</i> 3=pratiche uniformi e/o percorsi terapeutici formalmente definiti per almeno 6 delle patologie riportate di seguito: 8.5.1 disturbi dello spettro autistico? 8.5.2 break-out adolescenziali? 8.5.3 disturbi di apprendimento? 8.5.4 paralisi cerebrali infantili? 8.5.5 cefalee? 8.5.6 disturbi dell'attenzione e dell'attività? 8.5.7 disturbi della comunicazione e del linguaggio? 8.5.8 disturbi delle condotte alimentari? PO-MI 8.5.9 ritardo mentale? 8.5.10 epilessia? 8.5.11 abuso, maltrattamento e sfruttamento sessuale?	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.6*** Vi sono pratiche uniformi e/o linee-guida scritte per favorire l'adesione del paziente e dei suoi familiari al trattamento farmacologico ? (Fornendo informazioni comprensibili all'utente e ai suoi familiari, discutendo i vantaggi e gli svantaggi dell'assunzione dei farmaci ecc) 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.	
NOTE	

Vi sono pratiche uniformi e/o procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda la salute mentale degli adolescenti, in particolare relativamente a:

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.7*** la "presa in carico dell' adolescente affetto da patologia psichica"? PO-MI (In integrazione con pediatri, medici di medicina generale, psicologi, ginecologi, assistenti sociali, consultori familiari, sportelli o altre iniziative per adolescenti attive sul territorio, servizi sociali e sanitari del territorio ecc) 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte;	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.8*** l' "attività di psicoterapia per adolescenti"? PO-MI (Da collocare in una componente organizzativa progettata e gestita in modo peculiare in funzione dei bisogni specifici di questa fascia di popolazione) 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.	
NOTE	

Vi sono pratiche uniformi e/o procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda **il maltrattamento, gli abusi e lo sfruttamento sessuale dei minori**, relativamente a:

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.9 ***"il coordinamento degli interventi del Servizio con gli ambiti ed i profili professionali che devono operare sia in area sociale che sanitaria"? PO-MI (Pediatri di libera scelta/medici di medicina generale, psicologi, ginecologi, assistenti sociali, servizi sociali e sanitari del territorio. Evidenziando chiaramente chi fa che cosa e come ci si raccorda tra le diverse strutture e funzioni) 3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte;	
NOTE	

[→ Indice](#)

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.10 “la stretta interazione del Servizio con l’area scolastica, l’area giudiziaria ed il privato sociale”? PO-MI 3=pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte	
NOTE	

9. PREVENZIONE PRIMARIA

REQUISITO	PUNTEGGIO
9.1*** Il servizio ha attivato un piano di sensibilizzazione per l’individuazione precoce delle situazioni a rischio, anche <i>in collaborazione con la pediatria di libera scelta, le istituzioni scolastiche, i servizi sociali ecc.?</i> 3=almeno per due diverse situazioni di rischio (neurologico e/o neuropsicologico e/o psichiatrico etc.).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
9.2 Il Servizio collabora in rete con altre agenzie del territorio per la promozione della salute mentale in età evolutiva? <i>(pediatri di libera scelta, scuole, servizi di educazione alla salute, medicina preventiva, servizi sociali, salute mentale adulti ecc. Vi sono evidenze che si è almeno provato ad accertare quali interventi si sono dimostrati efficaci alla luce dei criteri di valutazione scientifica)</i> 3=esiste almeno un progetto in tal senso.	
NOTE	

[→ Indice](#)

10. ABILITAZIONE, RIABILITAZIONE E INTERVENTI PER L’AUTONOMIA E L’ADATTIVITA’

REQUISITO	PUNTEGGIO
10.1*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per le indicazioni e l’ accesso alle terapie riabilitative? <i>(Neuromotorie, del linguaggio e della comunicazione, neuropsicologiche, psichiatrico-sociali ecc)</i> 3= pratiche uniformi o procedure scritte per almeno il 50% delle casistiche (patologie) afferenti al Servizio, che includano il riferimento alle LG e alle evidenze scientifiche su cui sono basate.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>10.2 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure o linee-guida scritte per avviare precocemente interventi abilitativi relativi al conseguimento delle autonomie nella vita quotidiana? (<i>Coinvolgimento degli utenti in attività varie, al di fuori delle terapie specifiche, attività per migliorare l'aspetto e l'igiene degli utenti, per migliorare le abilità di base, le competenze sociali e le autonomie integranti, l'intersoggettività ecc</i>)</p> <p>3= pratiche uniformi o procedure scritte per almeno il 50% dei pazienti con patologie che necessitano di tale intervento.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>10.3 Il Servizio agisce in modo attivo per promuovere momenti non prestazionali dei bambini e dei ragazzi nel tempo libero, e la partecipazione alla vita della comunità sociale?</p> <p>3 =se propone; 5 se promuove direttamente.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>10.4*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per trasmettere competenze ai contesti di vita dei bambini e dei ragazzi con disabilità complesse e per garantire la strutturazione di un adeguato ambiente facilitante?</p> <p>(<i>Parent training specifici o altre modalità di formazione della famiglia e del contesto, sulle principali aree problematiche che richiedono supporto. Formazione sulle modalità di alimentare persone con gravi disfagie, sulla gestione di problemi di comportamento altamente invalidanti, sulla posturazione ecc.</i>)</p> <p>3= pratiche uniformi o procedure scritte per almeno il 50% dei pazienti.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>10.5 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per migliorare le competenze comunicative nei pazienti con gravi disturbi della comunicazione?</p> <p>3= pratiche uniformi o procedure scritte per almeno il 50% dei pazienti</p>	
NOTE	

Vi sono pratiche uniformi e/o procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda la riabilitazione neuromotoria, in particolare relativamente a:

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>10.6 l'integrazione tra le diverse componenti riabilitative interne al servizio stesso, o in alternativa “tra Servizio e Unità di Riabilitazione”, quando esistente? PO-MI <i>(Al fine di garantire il coordinamento e l'unitarietà degli interventi sulla base delle competenze necessarie per una visione globale e integrata dei bisogni degli assistiti)</i> 3= pratiche uniformi o procedure scritte per almeno il 50% dei pazienti;</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>10.7 “la collaborazione del Servizio con altre professionalità coinvolte nel trattamento della disabilità”? PO-MI <i>(Pediatra, fisiatra, neurologo, ortopedico, ortottista , psicologo, educatore, assistente sociale ecc.)</i> 3= pratiche uniformi o procedure scritte per almeno il 50% dei pazienti.</p>	
NOTE	

Vi sono pratiche uniformi e/o procedure o linee-guida scritte per quanto riguarda:

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>10.8*** “un modello cooperativo di più professionalità”? PO-MI <i>(NPI, psicologi, terapisti della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, fisioterapisti, logopedisti, educatori professionali ecc.)</i> 3= pratiche uniformi o procedure scritte per almeno il 50% delle casistiche (patologie) afferenti al Servizio;</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>10.9*** “le modalità di definizione e di verifica dei piani terapeutico-riabilitativi”? PO-SM <i>(Almeno la metà degli utenti in carico dovrebbe avere un piano di trattamento scritto che specifichi gli interventi farmacologici, psicologici, educativi, riabilitativi e sociali, individui i responsabili dei singoli interventi e precisi le scadenze di verifica; i piani auspicabilmente dovrebbero comprendere anche obiettivi di salute misurabili e temporizzati)</i> 3= almeno la metà degli utenti in carico ha un piano di trattamento scritto in cui sono definiti obiettivi a breve, medio e lungo termine, strategie per raggiungerli, modalità di verifica;</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
10.10 “le valutazioni periodiche successive”? PO-SM 3= sono presenti, in linea con i percorsi diagnostico-terapeutici definiti all’interno del Servizio e rispettate almeno per la metà degli utenti in carico.	
NOTE	

[→ Indice](#)

11. INTEGRAZIONE DEL SERVIZIO

Nella comunità, con altri servizi e agenzie.

REQUISITO	PUNTEGGIO
11.1*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte di collaborazione con i pediatri di libera scelta/medici di medicina generale ? <i>(Il servizio ha concordato modalità di invio, di scambio di informazioni, di presa in carico congiunta ecc., presta consulenze, è coinvolto in iniziative di formazione dei pediatri di libera scelta/medici di medicina generale nel riconoscimento e trattamento dei disturbi NPIA, ecc)</i> 3= vi sono documenti che comprovano l’impegno del Servizio in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
11.2*** Vi sono pratiche e/o procedure scritte di collaborazione per le attività di consultazione e di collegamento con i reparti pediatrici degli ospedali del territorio? <i>(Consulenze degli operatori del Servizio per i problemi dei pazienti ricoverati in età 0-18 e raccordo per i pazienti in carico ricoverati presso reparti di NPIA o altri reparti al di fuori del territorio; eventuali collaborazioni con reparti di medicina generale per la fascia adolescenziale; esempi di percorsi strutturati che evidenzino chiaramente chi, come, dove, quando ecc)</i> 3= vi sono documenti che comprovano l’impegno del Servizio in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
11.3*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte di collaborazione con il Centro di Salute Mentale per adulti e con l’SPDC ? <i>(In particolare per quanto riguarda la presa in carico e la continuità terapeutica negli adolescenti vicini alla maggiore età, i bambini in carico al servizio di NPIA e figli di pazienti psichiatrici, le patologie anoressiche e bulimiche, i ricoveri in acuto che giungono direttamente in SPDC dal Pronto Soccorso ecc.)</i> 3= pratiche uniformi o procedure scritte per almeno il 50% delle casistiche (patologie) interessate	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
11.4 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte di collaborazione con il Distretto Sanitario , laddove esistente? 3= vi sono documenti che comprovano l'impegno del Servizio in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
11.5 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte di collaborazione con la medicina scolastica laddove esistente? 3= vi sono documenti che comprovano l'impegno del Servizio in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
11.6*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte di collaborazione con i consultori familiari e/o giovanili , laddove esistenti? 3= vi sono documenti che comprovano l'impegno del Servizio in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
11.7*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte di collaborazione con i servizi di Psicologia laddove esistenti? 3= vi sono documenti che comprovano l'impegno del Servizio in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
11.8 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte di collaborazione con i servizi di assistenza ai soggetti disabili ? <i>(Servizio disabili dell'ASL, Commissione Invalidi, Ufficio Ausili, Servizi disabili degli Enti Locali, ecc.)</i> 3= vi sono documenti che comprovano l'impegno del Servizio in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
11.9 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte di collaborazione con i SERT , con le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e con gli eventuali nuclei alcolologici? <i>(In particolare per quanto riguarda la gestione degli utenti 0-18 con doppia diagnosi, per i bambini in carico al servizio di NPIA, per i figli di tossicodipendenti o di alcoolisti)</i> 3= vi sono documenti che comprovano l'impegno del Servizio in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>11.10*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte di collaborazione e coordinamento con le strutture riabilitative accreditate e le altre strutture private o del privato sociale del territorio di riferimento o a cui il Servizio invia i suoi pazienti?</p> <p><i>(Il Servizio ha funzioni di filtro o di snodo per almeno il 50% dei residenti nel suo bacino di utenza ammessi in queste strutture. Dovrebbero essere esplicitati e concordati i criteri di invio, di priorità e di appropriatezza. Vi sono piani terapeutico-riabilitativi concordati e pianificazione congiunta della dimissione dei pazienti tra operatori della NPI, strutture riabilitative e famiglia ecc)</i></p> <p>3= vi sono documenti che comprovano l'impegno del Servizio in tal senso; 5 =se esiste un protocollo di intesa con dette strutture che regolamenti criteri di invio, di priorità, di appropriatezza degli interventi, e preveda progetti riabilitativi concordati.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>11.11*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte di “collaborazione con le istituzioni scolastiche per l’inserimento e l’integrazione dei disabili nelle scuole”?</p> <p>PO-MI</p> <p><i>(Per quanto riguarda le procedure di segnalazione, gli adempimenti relativi alla L.104/92, la consulenza; possibilmente con precisi accordi di programma e protocolli d’intesa provinciali per l’integrazione scolastica, che includano la definizione di ruoli e responsabilità di ognuno nel percorso ecc.)</i></p> <p>3=esistono pratiche uniformi, ma non sono codificate procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>11.12*** Vi sono pratiche uniformi e/o protocolli scritti di collaborazione con i Servizi Sociali?</p> <p><i>(Vengono tenute riunioni congiunte periodiche di coordinamento delle attività; i Servizi Sociali condividono gli obiettivi del Servizio e vi contribuiscono; vi sono Assistenti Sociali che lavorano in stretta collaborazione con il Servizio; sono definite le procedure per il riorientamento dei casi e per la definizione delle reciproche competenze e consulenze; nel dare il punteggio, non considerare se le eventuali carenze dipendono dal Servizio o dal Servizio Sociale, ma chiarire a parte le cause)</i></p> <p>3=esistono pratiche uniformi, ma non sono codificate procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>11.13*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte di “collaborazione con gli Enti Locali e le istituzioni nazionali per l’inserimento lavorativo e sociale dei soggetti con handicap in età post-scolare”(PO-MI), e per altre collaborazioni con gli Enti Locali sulla tutela dei minori e la disabilità? <i>(Partecipazione ai lavori dei Piani di Zona previsti dalla L.328, tavoli tecnici, protocolli d’intesa, accordi di programma ecc.)</i></p> <p>3=esistono pratiche uniformi, ma non sono codificate procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>11.14*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relative alla “collaborazione con gli Enti preposti all’amministrazione della giustizia nella rete degli interventi di tutela e cura dei minori abusati, deprivati, sottoposti a provvedimenti giudiziari”? PO-MI</p> <p>3=esistono pratiche uniformi, ma non sono codificate procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>11.15 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relative “all’utilizzo delle risorse non sanitarie della “comunità sociale” da parte degli utenti e delle loro famiglie”? PO-SM</p> <p>3=esistono pratiche uniformi, ma non sono codificate procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>11.16 In particolare, vengono redatti piani concordati relativi ai singoli pazienti tra il servizio, la famiglia e la rete dei servizi sanitari, socio-assistenziali ed educativi interessati?</p> <p>3=se vengono redatti per almeno il 50% dei casi.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>11.17*** Vi sono operatori in formazione presso il Servizio e sono definite pratiche uniformi e documenti scritti di collaborazione e/o convenzione con l’Università o con altre agenzie formative che facilitino l’accesso, l’utilizzo, la formazione, la supervisione dei tirocinanti?</p> <p>3 =per almeno due delle figure professionali operanti nel servizio.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
11.18 Gli operatori conoscono le agenzie esistenti nella “comunità sociale” che possono essere di supporto alle famiglie degli utenti? 3= se c'è almeno un operatore per unità territoriale che le conosce e può indicarle agli altri.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
11.19*** Il servizio agisce in modo attivo ed in raccordo con le Associazioni dei familiari per la trasmissione di competenze alla comunità sociale di riferimento? <i>(Con la produzione di materiali informativi, di indicazioni per il reperimento e la costruzione di libri e giochi modificati per bambini e ragazzi con patologia motoria, libri per dislessici, ecc.)</i> 3= se trasmette tali competenze, anche senza produrre direttamente.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
11.20 Vi sono iniziative di formazione congiunta sui principali aspetti dei disturbi NPIA rivolte a dipendenti di altri servizi o settori? 3 =per almeno un'iniziativa negli ultimi due anni.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
11.21 Vi sono evidenze che il Servizio cerca di costruire con i suoi partner esterni un rapporto di mutuo beneficio , basato sullo scambio di informazioni e sulla fiducia? 3= vi sono documenti che comprovano l'impegno del Servizio in tal senso.	
NOTE	

[→ Indice](#)

12. DOCUMENTAZIONE CLINICA

REQUISITO	PUNTEGGIO
12.1*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la tenuta della cartella clinica ambulatoriale ? <i>(Le cartelle devono essere complete e aggiornate, contenere una valutazione dello stato psichico, cognitivo, neurologico, del funzionamento sociale, delle condizioni sociali e familiari, la descrizione degli interventi decisi, di quelli effettuati e dei relativi esiti. I genitori devono poter accedere su richiesta alla documentazione</i>	

<p><i>relativa ai propri figli, preferibilmente in forma di relazione clinica dettagliata, e devono esservi procedure specifiche e condivise in merito.)</i></p> <p>3= nel 50% dei casi le cartelle devono rispettare tutti i requisiti sopracitati in relazione alla situazione clinica e devono essere presenti pratiche uniformi o procedure scritte per la tenuta della stesse e per l'accesso dei genitori alla documentazione.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>12.2 Le cartelle ambulatoriali sono facilmente reperibili da parte del personale?</p> <p>3= Vi sono pratiche uniformi o procedure scritte per l'archiviazione delle cartelle e almeno il 90% di esse risulta collocata nella sede stabilita.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>12.3*** La cartella clinica ambulatoriale contiene allegati relativi ai trattamenti, effettuati o in atto, psicoterapici riabilitativi, educativi ecc.?</p> <p>3 = nell'80% sono riportati almeno i dati essenziali relativi alle prestazioni effettuate.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>12.4 Nelle cartelle ambulatoriali, soprattutto dei pazienti complessi, gravi, multiproblematici e/o di "lungo corso", è presente e immediatamente reperibile una breve sintesi dei punti fondamentali, dei problemi maggiormente significativi e degli interventi da attuare in caso di crisi?</p> <p>3= almeno nel 50% delle cartelle è presente una breve sintesi.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>12.5*** Le cartelle cliniche ambulatoriali sono ordinate e ben leggibili, con notazioni firmate (anche con sigla) e datate?</p> <p>3= almeno nel 50% delle cartelle risponde a tutti i criteri sopracitati.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>12.6*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la salvaguardia della riservatezza delle informazioni relative al paziente e per l'applicazione delle</p>	

<p>normative sulla privacy? <i>(Deve essere impegnato al segreto professionale anche il personale segretariale, l'accesso alla cartella ambulatoriale dell'utente deve essere protetto, le informazioni vanno fornite solo a coloro che sono indicati dai genitori o dalle normative esistenti ecc.)</i></p> <p>3= Vi sono pratiche uniformi ma non procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>12.7*** Alla conclusione del percorso diagnostico o terapeutico, o alla dimissione, viene compilata una relazione clinica con linguaggio comprensibile ai non addetti ai lavori? <i>(La relazione contiene almeno: diagnosi, principali interventi effettuati, raccomandazioni terapeutiche ed eventuali date per visite di follow-up. Viene consegnata alla famiglia, con l'invito a farne avere copia al Pediatra di libera scelta. Una copia di tutte le relazioni cliniche, tranne eccezioni, è conservata in cartella ed è facilmente reperibile)</i></p> <p>3= per almeno il 50% dei pazienti, diagnosticati nel Servizio negli ultimi tre anni, sono presenti, in cartella, copie delle relazioni che rispettano i requisiti sopracitati.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>12.8*** In caso di invio dell'utente ad un altro reparto o ambulatorio medico, il Servizio fa pervenire prima o insieme all'utente una relazione contenente le informazioni essenziali sulle condizioni ed il trattamento dell'utente e gli scopi dell'invio?</p> <p>3= vi sono evidenze che ciò accade per almeno l'80% dei casi</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>12.9*** Sono stati messi in atto progetti di miglioramento per quanto riguarda completezza e qualità della documentazione clinica e/o di approfondimento delle aree problematiche?</p> <p>3= almeno un progetto di miglioramento realizzato negli ultimi 3 anni.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>12.10 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la conservazione della documentazione superata?</p> <p>3= se esistono.</p>	
NOTE	

[→ Indice](#)

13. SISTEMA INFORMATIVO E DATI DI FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>13.1*** E' attivo e funzionale un sistema informativo che consenta "il monitoraggio e la rilevazione epidemiologica" e dell'attività del Servizio? PO-MI (<i>Dati anagrafici, clinici, di processo, di attività, di diagnosi, di gravità, di esito, di carico di lavoro, operatori coinvolti ecc. In stretta collaborazione con i servizi aziendali a ciò preposti</i>)</p> <p>3= vi sono procedure scritte ed il sistema informativo consente di disporre dei dati per parte delle variabili sopracitate</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>13.2 *** Il sistema informativo è informatizzato?</p> <p>3= è utilizzato un software specifico per la registrazione e l'elaborazione dei dati.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>13.3*** È stato individuato un responsabile interno del sistema informativo? (<i>L'individuazione dovrebbe essere accompagnata dalla descrizione delle sue funzioni/responsabilità, che includono: promozione e controllo di tempestività di rilevazione, completezza, riproducibilità e accuratezza delle informazioni originali e delle codifiche; supervisione della registrazione su supporto magnetico e della analisi statistica; aiuto e formazione per l'utilizzo ecc.</i>)</p> <p>3= il responsabile interno ha una formazione o competenze specifiche per assolvere tale compito e le sue funzioni sono formalmente definite.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>13.4*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per quanto riguarda le modalità di verifica della completezza e della qualità dei dati e le responsabilità relative? (<i>Per tutte le rilevazioni correnti</i>)</p> <p>3= vi sono evidenze della loro applicazione.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>13.5*** Il sistema informativo permette di individuare i singoli utenti in modo univoco e con modalità compatibili con i sistemi informativi locali o regionali?</p>	

(codice fiscale, tessera regionale, utilizzati sia per la rendicontazione delle prestazioni che per tutti gli altri dati clinici o di processo che coinvolgano l'utente a qualsiasi titolo: diagnosi, data ultimo contatto, punteggi scale di valutazione funzionale ecc)	
3= individuazione univoca almeno nell'ambito dei sistemi informativi locali.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.6*** Il sistema informativo assicura la gestione dei dati sensibili in accordo con le norme di tutela della privacy ?	
3= vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte in accordo con le norme.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.7*** Il Servizio e le sue componenti organizzative hanno definito gli indicatori che intendono monitorare ed analizzare in modo sistematico?	
<i>(Vi sono documenti che definiscono numeratore, denominatore, fonte dei dati relativi, periodo ed estensione della rilevazione, responsabile/i della rilevazione dei dati, responsabile della verifica della completezza e della qualità dei dati, responsabile dell'analisi statistica e della segnalazione di eventuali valori fuori soglia [vedi requisito seguente])</i>	
3= sono stati definiti indicatori di routine concordati con la direzione aziendale e indicatori specifici (ad hoc) per obiettivi transitori collegati a progetti di MCQ.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.8*** Sono definite le “ soglie ” (o standard, vedi glossario) degli indicatori?	
3= La soglia è definita per almeno il 50% degli indicatori di routine.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.9*** Il sistema informativo consente di conoscere la prevalenza dei contatti nell'anno ?	
<i>(Numero di utenti che hanno avuto almeno un contatto nell'anno/popolazione di riferimento 0-18, indipendentemente dalla componente organizzativa con cui il contatto è avvenuto, in modo che gli utenti non vengano contattati più volte; si vedano glossario e indicatori)</i>	
<i>(item dicotomico- requisito soddisfatto =5)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.10*** Il sistema informativo consente di conoscere la prevalenza degli utenti in carico nell'anno? <i>(N. utenti che hanno avuto almeno 3 prestazioni nell'anno/pop. 0-18 x 100; si vedano glossario e indicatori)</i> (item dicotomico- requisito soddisfatto =5)	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.11*** Il sistema informativo consente di conoscere l' incidenza dei nuovi utenti nell'anno? (item dicotomico- requisito soddisfatto =5)	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.12*** Il sistema informativo consente di conoscere in modo completo e riproducibile il tipo e la quantità di prestazioni effettuate, e possibilmente la durata delle singole prestazioni? <i>(Devono essere stati adottati un glossario delle prestazioni con definizioni operative e corrispondente classificazione, possibilmente condiviso o "traducibile" a livello regionale e/o nazionale)</i> 3= vi è un glossario delle prestazioni con definizioni, classificazione e tempistica, almeno elaborato e condiviso a livello locale (se non è stato ancora definito un documento ufficiale prodotto a livello regionale e/o nazionale).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.13*** In particolare, il sistema informativo rileva il numero di interventi riabilitativi e terapeutici per utente? (item dicotomico- requisito soddisfatto =5).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.14 Il sistema informativo consente di stimare il carico di lavoro del personale? <i>(Numero di utenti in carico per le diverse tipologie di personale, durata e intensità della presa in carico ecc)</i> (item dicotomico- requisito soddisfatto =5).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.15 Il sistema informativo permette di confrontare tra sedi diverse del Servizio e nel tempo l'entità delle attività ambulatoriali, domiciliari e di altro tipo? (item dicotomico- requisito soddisfatto =5).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.16 Il sistema informativo consente di rilevare, anche attraverso il raccordo con altri sistemi informativi esterni, il ricorso dei residenti nel bacino di utenza del Servizio a strutture private convenzionate o accreditate o ad altre strutture pubbliche e servizi sanitari? (<i>Possibilmente distinguendo tra inviati e non inviati dal servizio</i>) (item dicotomico- requisito soddisfatto =5).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.17*** Il sistema informativo consente di rilevare il livello di raggiungimento degli obiettivi di attività , compresi gli obiettivi di budget e di MCQ? (item dicotomico- requisito soddisfatto =5).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.18*** Il sistema informativo consente di conoscere il numero di conclusioni (concordate o non concordate, attive o passive)? 3= almeno per il 75% dei casi consente di distinguere le conclusioni per le categorie riportate tra parentesi.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
13.19*** In generale, il sistema informativo consente di fornire in modo completo, accurato e tempestivo i dati richiesti dall'Azienda , dalla Regione e dallo Stato? (<i>“Di rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati”</i>) 3= il 90% dei dati previsti alle scadenze specifiche (definite dall'Azienda, dalla Regione, dallo Stato).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>13.20 L'accesso e l'analisi dei dati del sistema informativo sono possibili anche in sede decentrata?</p> <p><i>(Non è cioè necessario passare sempre attraverso gli operatori del sistema informativo aziendale per poter estrarre i dati, ma il sistema è strutturato in modo da poter essere interrogato anche dalla periferia, almeno sugli elementi di base)</i></p> <p>3=per i dati principali; 5=per tutti i dati</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>13.21*** In generale, vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relative alle modalità di analisi e di diffusione dei dati del sistema informativo?</p> <p><i>(Il sistema informativo restituisce "tempestivamente", cioè entro 3 mesi dalla fine del periodo a cui i dati si riferiscono, a chi ha rilevato i dati le informazioni elaborate in forma facilmente comprensibile e tale da consentire riflessioni clinico-organizzative; sotto forma di indicatori o con elaborazioni illustrate da grafici; dando possibilità di confronto con periodi precedenti ed auspicabilmente anche con servizi simili)</i></p> <p>3= entro 90 giorni, il 100% dei dati secondo i criteri definiti.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>13.22*** La relazione annuale viene portata a conoscenza del personale del servizio e discussa?</p> <p>3= vi è una relazione scritta e sono state convocate riunioni specifiche per la presentazione dei risultati (con scadenza annuale).</p>	
NOTE	

[→ Indice](#)

14. FORMAZIONE DEL PERSONALE

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.1*** Esiste un coordinamento della formazione interno al Servizio?</p> <p><i>(Sotto forma di una o più figure che hanno il compito di rilevare i bisogni di formazione di tutte le professionalità, promuovere e programmare percorsi formativi, verificare i percorsi effettuati ecc.)</i></p> <p>3= almeno una delle figure deve avere acquisito una formazione specifica nella progettazione e nella valutazione dei programmi di formazione e dedicare almeno il 25% del proprio tempo di lavoro alle attività di progettazione e valutazione delle attività formative.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.2*** Viene definito un piano annuale di formazione e di aggiornamento del personale, e sono definiti i fondi necessari ed utilizzabili? <i>(Il piano dovrebbe indicare i criteri di scelta delle priorità, identificare le criticità e i corrispondenti “bisogni formativi” di tutte le figure professionali; i bisogni formativi devono essere congruenti con gli obiettivi del Servizio e delle sue componenti organizzative, ecc)</i> 3= il piano dovrebbe rispettare tutti i requisiti sopracitati.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.3*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per l'identificazione dei bisogni formativi? <i>(Distribuzione di questionari al personale ecc.)</i> 3= è stato definito uno specifico metodo di lavoro e l'identificazione è realizzata almeno annualmente.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.4*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la valutazione delle iniziative formative promosse o patrocinate dal Servizio? <i>(Per tutte le iniziative, valutazione finale di gradimento e di capacità didattica dei singoli docenti;, valutazione finale di apprendimento e di raggiungimento degli obiettivi educativi; in almeno un caso ci sia stata valutazione di impatto, cioè dell'applicazione nella pratica di quanto appreso)</i> 3= pratiche uniformi e/o procedure scritte che includono tutti i requisiti sopracitati e sono applicate almeno nel 50% delle iniziative attivate nell'anno.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.5 Viene dedicata alle attività di formazione <i>(partecipazione a corsi e a convegni e a tutte le forme descritte sopra)</i> una frazione adeguata del tempo di lavoro?</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.6 Sulla base del piano formativo, una quota consistente delle attività formative è organizzata internamente all'istituzione di appartenenza e</p>	

<p>gratuitamente per tutto il personale, includendo sia operatori di ruolo che a contratto o convenzione? <i>(Valore aggiunto è dato da iniziative formative per il personale interno organizzate a ponte tra più aziende)</i> 3= tali iniziative dovrebbero almeno coinvolgere annualmente il 100% del personale.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.7 Per quanto riguarda i corsi e i seminari organizzati o patrocinati dal Servizio, viene data priorità alla didattica attiva in piccoli gruppi rispetto alle relazioni e alle lezioni magistrali? 3= in più della metà delle proposte formative, la didattica attiva in piccoli gruppi dovrebbe impegnare più del 40% del tempo complessivo.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.8 Vengono richiesti i dati relativi alla valutazione delle attività formative esterne a cui hanno partecipato gli operatori del Servizio? 3= almeno una richiesta negli ultimi 12 mesi.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.9 Le conoscenze acquisite nelle attività formative esterne vengono condivise con i colleghi? <i>(Vi sono iniziative per informare gli altri membri del gruppo di quanto acquisito durante la partecipazione a corsi, convegni ecc.)</i> 3= esiste un archivio della documentazione e vi sono evidenze della trasmissione delle informazioni sulle conoscenze chiave acquisite.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.10 Nell'ambito del Piano Formativo, la direzione del Servizio e di ogni componente organizzativa incoraggia la formazione continua degli operatori? <i>(Stage formativi presso altre strutture; discussione periodica, almeno una volta ogni 3 mesi, di casi clinici difficili; attività di docenza e di tutoraggio; resoconti da parte di operatori che abbiano frequentato corsi o stage esterni, supervisioni su aspetti clinici e su progetti ecc)</i> 3= sono rispettati il 50% dei requisiti sopracitati</p>	
NOTE	

Nell'ambito del *Piano Formativo*, la direzione del Servizio e di ogni componente organizzativa incoraggia:

REQUISITO	PUNTEGGIO
14.11*** la partecipazione degli operatori di tutte le professionalità alla redazione o all'adattamento locale di "linee-guida professionali" e di procedure? 3= più del 50% degli operatori ha partecipato a redigere o ad aggiornare almeno un percorso diagnostico terapeutico o una procedura negli ultimi 3 anni;	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
14.12*** la partecipazione a progetti di MCQ ? 3= tutti gli operatori hanno partecipato ad almeno un progetto MCQ negli ultimi 3 anni.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
14.13 Vi è un collegamento tra funzioni/responsabilità e formazione professionale del personale? 3= almeno 2 esempi di tale evidenza nell'ultimo triennio.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
14.14 Nel complesso, il Servizio destina la maggior parte dei fondi per la formazione a iniziative di formazione diverse dalla partecipazione a convegni? 3= la quota dovrebbe essere superiore all'80%.	
NOTE	

CONTENUTI DELLA FORMAZIONE

Il personale del Servizio ha ricevuto o è in programma che riceva una *formazione specifica* su:

REQUISITO	PUNTEGGIO
14.15 ambiti clinici in attiva evoluzione? (Disturbi dello sviluppo, abusi e maltrattamento, disturbi del comportamento alimentare, neuroftalmologia, disfagia, genetica, psicopatologia dell'adolescenza, psicofarmacologia ecc. Non necessariamente gli stessi per tutti)	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.16 stili, strumenti e procedure di presa in carico? <i>(Gestione del paziente con disabilità multiple e complesse, criteri per la presa in carico, modalità di individuazione delle priorità dell'intervento, uso di strumenti standardizzati di valutazione e di scale di gravità e di esito, gestione delle crisi e degli atti aggressivi, interventi di comunicazione aumentativa, interventi psicoeducativi in ambito riabilitativo, utilizzo di ausili, codifica diagnostica ICD-10, criteri di utilizzo e monitoraggio di strutture semiresidenziali e residenziali, strategie di comunicazione con le famiglie ecc.)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.17 gestione e organizzazione dei servizi? <i>(Valutazione del personale; lavorare in scenari di complessità e incertezza, gestione della rete; offerta assistenziale e profili di cura; gestione delle risorse umane; come creare innovazione; come costruire organizzazioni flessibili; responsabilità legali degli operatori e negli interventi; budgettizzazione; lavoro per progetti; principi e pratica del MCQ; funzionamento del sistema qualità; corretta rilevazione dei dati per il sistema informativo; utilizzo dei dati per creare ricadute organizzative ecc.)</i></p> <p>3= tutto il personale dovrebbe aver partecipato ad attività formative, su almeno uno dei temi sopracitati, negli ultimi tre anni.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.18 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per facilitare l'inserimento e la formazione sul campo del personale di nuova acquisizione? <i>(Presentazione agli altri operatori, affidamento ad un operatore esperto, gradualità nell'assegnazione di responsabilità, ecc.)</i> (item dicotomico- requisito soddisfatto =5).</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.19 Si cerca di fare in modo che anche la formazione a scelta individuale, stabilita dai contratti di lavoro, corrisponda all'effettivo mandato e alle esigenze del servizio? 3= almeno nell'80% dei casi.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.20 La struttura porta sistematicamente a conoscenza di tutte le categorie di personale i programmi delle iniziative di formazione continua/aggiornamento? <i>(Devono essere ampiamente e tempestivamente diffuse le iniziative interne di aggiornamento con locandine, avvisi ecc, e diffusa copia delle principali iniziative esterne, almeno regionali)</i> 3= vi sono evidenze della diffusione in tempo utile di almeno 20 iniziative nel corso dell'anno.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>14.21 Il personale ha facile accesso a materiale bibliografico sui disturbi NPIA e sul MCQ, sono presenti all'interno del servizio testi di base di riferimento ed è possibile il collegamento a internet? 3= almeno biblioteca centralizzata con testi base aggiornati ed un collegamento ad internet presso ogni sede.</p>	
NOTE	

[→ Indice](#)

15. GESTIONE DEI RISCHI

GESTIONE DEI RISCHI AMBIENTALI

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>15.1*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la prevenzione e l'eventuale segnalazione, il monitoraggio e la gestione degli eventi avversi causati da difetti di sicurezza ambientale per gli operatori, i pazienti/clienti, i familiari e i visitatori? <i>(Cadute su pavimenti sconnessi o sdruciolevoli, lancio di oggetti potenzialmente contundenti, distacco di parti di giochi o oggetti, ingestione accidentale ecc.)</i> 3= pratiche uniformi.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>15.2 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la pulizia e l'eventuale sterilizzazione dei giochi e dei materiali ? 3= pratiche uniformi</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
15.3*** Gli ambienti e le attrezzature soddisfano le norme ufficiali di sicurezza o esiste un piano di adeguamento? <i>(Impianti elettrici a norma, uscite di sicurezza facilmente individuabili, estintori controllati, luci di emergenza, ecc.)</i> 3=requisito soddisfatto per i primi tre aspetti.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
15.4 Il servizio è stato visitato recentemente dal responsabile della sicurezza dell'azienda (o da un suo collaboratore) che l'ha trovato adeguato? <i>(Da non più di 2 anni; rispondere separatamente per ogni edificio)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
15.5*** Gli ascensori , se presenti, sono adeguati per l'accesso dei disabili e vengono rispettati gli obblighi di legge relativi alla loro manutenzione ?	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
15.6 Si sa cosa fare in caso di blocco elettrico ? <i>(È sempre presente in ciascun turno un operatore che sa cosa fare)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
15.7*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per le modalità di applicazione del DL 626/94 , del DL 230/95 e dei successivi? 3 = pratiche uniformi.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
15.8*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per il rispetto del divieto di fumo per il personale e per gli esterni? <i>(È auspicabile che nel Servizio venga nominato un responsabile del rispetto del divieto)</i> 3= pratiche uniformi e responsabile del rispetto del divieto.	
NOTE	

GESTIONE DEI RISCHI ORGANIZZATIVI O LEGATI ALL'ATTIVITA' CLINICA

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>15.9 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la prevenzione e l'eventuale monitoraggio e la gestione degli eventi avversi organizzativi? <i>(Difficoltà nei passaggi tra le diverse componenti organizzative – ospedaliera, semiresidenziale, territoriale ecc, linee-guida o procedure in contrasto tra loro, assenza improvvisa dell'operatore, mancanza o incompletezza di consenso informato per particolari interventi o partecipazione a ricerche ecc.)</i> 3=almeno per continuità dell'assistenza, assenza improvvisa dell'operatore, consenso informato</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>15.10*** Vi è la consapevolezza che in un'organizzazione sanitaria si verificano sicuramente "eventi avversi" clinici, e che un programma sistematico di gestione dei rischi può ridurre il numero e ridurre il rischio di procedimenti legali contro l'organizzazione? <i>(Il programma deve essere "proattivo", cioè cercare di prevenire gli eventi avversi e di identificarli anche quando non abbiano provocato conseguenze negative per l'organizzazione. Evento avverso clinico: lesione o complicazione o menomazione, non necessariamente prevenibile né intenzionale, conseguenza di una prestazione sanitaria o della mancanza o del ritardo di una prestazione)</i> 3= la maggior parte del personale è consapevole.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>15.11*** Gli operatori sono consapevoli che lo scopo del programma di gestione dei rischi è migliorativo e non sanzionatorio, e ne ricevono conferma dai fatti? <i>(In cambio della partecipazione al sistema di gestione dei rischi, il personale deve sentirsi sicuro dell'aiuto dell'organizzazione quando segnala un evento avverso e, se non è "plurirecidivo", anche qualora sia accusato di essere responsabile di un evento avverso)</i> 3= sì per la maggior parte del personale.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>15.12 Il programma di gestione dei rischi è integrato con il programma generale di MCQ? <i>(Il programma di gestione dei rischi si indirizza alla prevenzione degli eventi avversi, inclusi quelli che potrebbero dar luogo a richieste di risarcimento.)</i></p>	

<p><i>Rappresenta quindi un settore particolare del più vasto programma di MCQ, rivolto al miglioramento dell'assistenza e non solo alla protezione dell'organizzazione. La stretta integrazione tra i due facilita anche la completezza delle segnalazioni degli eventi avversi)</i></p> <p>3= esiste almeno un progetto in tal senso.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>15.13*** Vi è la consapevolezza dell'importanza dei reclami dei pazienti e dei familiari nella gestione dei rischi?</p> <p><i>(Vi sono evidenze che i responsabili del Servizio considerano ogni reclamo sia una richiesta di aiuto, sia una importante sollecitazione che chi reclama fa all'organizzazione, sia un avvertimento di possibili azioni legali; ritengono che ogni reclamo richieda uno sforzo per ristabilire il rapporto)</i></p> <p>3= La maggior parte del personale condivide questa opinione.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>15.14*** Sono stati identificati gli eventi clinici critici più importanti per frequenza e/o gravità da monitorare in tutto il Servizio e nelle singole componenti organizzative?</p> <p><i>(Ricorso urgente al pronto soccorso per motivi NPIA di paziente in carico, abbandono da parte di paziente grave, suicidio o tentato suicidio o auto-lesione di paziente in carico attuale o passato, abbandono scolastico o espulsività, perdita di lavoro, reato commesso o subito da paziente in carico, atti di paziente in carico che danno luogo a situazioni di grave pericolo, crisi acuta con intervento delle forze dell'ordine di minore residente nel bacino di utenza, maltrattamento o abuso grave da parte della famiglia a pazienti in carico per altre problematiche, gravi effetti collaterali da psicofarmaci o antiepilettici o altri farmaci, stato di male epilettico in bambino in trattamento presso il servizio, polmoniti ab injestis ripetute in PCI, bullismo nei confronti di bambino disabile ecc. L'identificazione e il monitoraggio consentono di inquadrare il significato dell'evento e le variazioni nel tempo, e di ipotizzare possibili interventi migliorativi o preventivi)</i></p> <p>3= almeno 5 degli eventi avversi indicati.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>15.15*** Vi sono pratiche uniformi e procedure scritte su come individuare e a chi segnalare i singoli eventi avversi o critici?</p> <p><i>(Definizione in termini operativi; identificazione della sorgente dei dati: sistema informativo di routine, moduli appositi di segnalazione, revisioni di campioni di cartelle cliniche; identificazione dei responsabili delle segnalazioni; protezione della confidenzialità delle segnalazioni con accesso solo di personale autorizzato;</i></p>	

<p>verifica della qualità e della completezza delle segnalazioni) 3= almeno per 5 degli eventi avversi indicati al punto 15.16.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>15.16 Il personale considera positivamente il sistema di segnalazione/rilevazione degli eventi avversi e critici in uso? <i>(Almeno dalla maggior parte)</i> 3= più del 50% del personale</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>15.17 Vengono effettuate periodicamente analisi e discussioni degli eventi avversi e critici? 3= periodicità in rapporto alla frequenza degli eventi critici (almeno annuale).</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>15.18 Per quanto riguarda i singoli eventi avversi e critici prescelti, vi sono pratiche uniformi, linee-guida e procedure scritte su come ridurre la probabilità che si verifichino in futuro e su come gestirli quando si verificano (anche da un punto di vista terapeutico, per ridurre le conseguenze negative)? <i>(Si intende la ricerca di soluzioni che siano indipendenti dalla buona volontà o dall'attenzione umana, ad esempio moduli che guidano le prescrizioni o l'applicazione di un percorso diagnostico-terapeutico o la modificazione delle attrezzature o degli arredi ecc.)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>15.19*** Vi sono pratiche uniformi e procedure scritte per l'immediata evidenziazione di particolari rischi all'interno della cartella clinica? <i>(Foglio iniziale all'interno del frontespizio con indicazione evidente di allergie a farmaci, intolleranze alimentari, rischio di ab ingestis, rischio di suicidio, condizioni che possono influenzare la prescrizione di farmaci, come cardiopatie o nefropatie, ecc.)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
15.20*** Sono stati identificati i possibili rischi per gli operatori conseguenti alla loro attività clinica e ci sono pratiche uniformi per la loro gestione? (<i>Lesioni fisiche provocate da utenti o genitori, burn out, mobbing ecc</i>) 3= individuati almeno i rischi più frequenti.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
15.21 Sono state definite pratiche uniformi per gestire tempestivamente segnalazioni e altri indizi di pratica professionale scadente ? (<i>È un'esigenza espressa dal General Medical Council inglese, che sottolinea come occorra innanzitutto proteggere i pazienti a rischio e poi fornire sostegno e possibilità di riqualificazione ai professionisti coinvolti</i>)	
NOTE	

[→ Indice](#)

16. RELAZIONI CON IL PUBBLICO, PERSONALIZZAZIONE ED UMANIZZAZIONE

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.1 Vi sono pratiche uniformi o procedure scritte perché sia garantito uno stile degli operatori improntato al rispetto degli altri operatori, degli utenti e delle famiglie? 3 =vi sono evidenze che c'è un'attenzione in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.2 Vi sono pratiche uniformi o procedure scritte per favorire uno stile di lavoro degli operatori e delle unità organizzative improntato alla centralità dell'utente e della famiglia? 3 =vi sono evidenze che c'è un'attenzione in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.3 Esistono pratiche o procedure scritte per garantire la buona comunicazione e l'atteggiamento di ascolto nei confronti degli utenti e delle famiglie? 3 =vi sono evidenze che c'è un'attenzione in tal senso.	
NOTE	

16.4* Vi sono pratiche uniformi perché sia garantita la semplicità e la chiarezza di linguaggio degli operatori nel fornire informazioni complete agli utenti e alle famiglie su:**

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.4.1 la natura dei problemi ? 3 =vi sono evidenze che c'è un'attenzione in tal senso;	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.4.2 il tipo di cura e le tecniche utilizzate? 3 =vi sono evidenze che c'è un'attenzione in tal senso;	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.4.3 la prognosi ? 3 =vi sono evidenze che c'è un'attenzione in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.5 Vi sono pratiche uniformi perché sia garantita la cortesìa degli operatori? 3 =vi sono evidenze che c'è un'attenzione in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.6 Vi sono pratiche uniformi perché sia garantita la puntualità degli operatori agli appuntamenti ? <i>(Agenda di servizio, modalità di organizzazione delle agende, previsione di tipologie di interventi differenziate con "linee di attività" e spazi dedicati, adeguato conteggio della tempistica delle diverse prestazioni, evitamento dell'"overbooking" ecc)</i> 3 =vi sono evidenze che c'è un'attenzione in tal senso	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.7*** È stata formulata e/o approvata la carta dei servizi ? <i>(Aggiornata da non più di 3 anni, scritta con un linguaggio semplice,</i>	

<p><i>comprensibile dalla maggioranza delle persone che abbiano il diploma della scuola dell'obbligo e contenente possibilmente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>la missione del servizio, le categorie di utenti prioritarie, le principali attività svolte;</i> • <i>le componenti organizzative che ne fanno parte, i responsabili, le modalità di accesso, le prestazioni e i servizi forniti e l'impegno a rispettarli;</i> • <i>i ticket e gli altri costi a carico dell'utente;</i> • <i>i rapporti di collaborazione e i protocolli d'intesa con i servizi sanitari, sociali e scolastici;</i> • <i>la descrizione fisica delle varie componenti organizzative, con eventuale pianta della zone e informazioni su come arrivarvi con i vari mezzi di trasporto;</i> • <i>i diritti ed i doveri degli utenti e dei familiari;</i> • <i>l'impegno del Servizio a stabilire rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato dei familiari e degli utenti;</i> • <i>le modalità di rilevazione del gradimento degli utenti e dei loro familiari;</i> • <i>le modalità con cui vengono raccolti e analizzati i reclami e i suggerimenti degli utenti e dei loro familiari; l'impegno alle risposte e i tempi della risposta;</i> • <i>l'esistenza di programmi di MCQ e gli obiettivi di qualità che il Servizio si è proposto;</i> • <i>la tutela della riservatezza dei dati;</i> • <i>la tutela della privacy.</i> <p>3= esiste ed è aggiornata da non più di 3 anni, scritta con un linguaggio semplice, comprensibile dalla maggioranza delle persone che abbiano il diploma della scuola dell'obbligo e contenente il 75% degli elementi sopra descritti.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>16.8*** Della carta esiste una versione in forma di opuscolo facile e rapido da consultare?</p> <p><i>(L'opuscolo deve fare riferimento alla carta per esteso, specificare come ottenerla, includere gli orari e i nomi degli operatori, essere a disposizione della maggior parte degli utenti in carico e/o ai loro familiari, delle direzioni dei servizi sociali e sanitari, dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale e delle associazioni di volontariato della zona. Possono esistere opuscoli separati per le varie componenti organizzative, possibilmente anche in diverse lingue)</i></p> <p>3=rispetta almeno il 50% dei criteri sopra citati.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>16.9 Il servizio dispone di uno spazio adeguato sul sito web aziendale o dispone di un proprio sito web?</p> <p>3 = esiste in forma essenziale.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.10 Quando necessario, le informazioni della carta dei servizi vengono comunicate anche oralmente ? <i>(In particolare, nel caso di famiglie straniere, o con specifiche difficoltà)</i> 3 = esistono pratiche uniformi e/o procedure scritte in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.11 Il servizio dispone di opuscoli e depliant scritti in modo divulgativo per gli utenti e i loro familiari sui principali disturbi neuropsichiatrici infantili, e sui diritti e le normative di riferimento? 3= almeno 2 .	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.12*** Gli utenti in trattamento prolungato e i loro familiari vengono informati degli altri centri e servizi a cui possono fare ricorso nella comunità? 3 = esistono pratiche uniformi e/o procedure scritte in tal senso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.13*** Gli operatori sono facilmente identificabili dagli utenti e dai loro familiari? <i>(Mediante cartellino con foto, nominativo sulla porta ecc)</i> 3=applicato compiutamente in almeno l'80% dei casi.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.14*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relative alla gestione trasparente delle liste di attesa ? <i>(Identificazione degli invianti, definizione dei criteri clinici, sociali e di residenza degli utenti considerati prioritari, conoscenza e condivisione dei criteri da parte degli invianti ecc)</i> 3 =almeno un documento che specifica i criteri.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
-----------	-----------

<p>16.15 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte che tengano conto delle esigenze della popolazione migrante o di specifiche minoranze della zona servita? <i>(Possibilità di ricorrere a mediatori culturali, interpreti, traduzioni scritte dei principali materiali informativi, attenzione a facilitare l'accesso e garantire l'assistenza adeguata ai minori provenienti da famiglie senza permesso di soggiorno o non accompagnati ecc)</i> 3 =almeno una iniziativa in tal senso.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>16.16*** Vi sono pratiche uniformi che garantiscano il rispetto della privacy all'interno degli ambienti e delle attività? 3= esistono pratiche uniformi e/o procedure scritte in linea con le norme specifiche.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>16.17*** I tempi di attesa per le visite ambulatoriali urgenti e non urgenti sono contenuti? <i>(Tra 0 e 3 giorni per le urgenze, entro 30 giorni per le situazioni non urgenti)</i> 3= criterio rispettato nell'80% dei casi.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>16.18 I tempi di attesa per le valutazioni che seguono la prima visita e per l'eventuale presa in carico sono contenuti? 3 = conclusione della valutazione (e avvio della presa in carico) entro 2 mesi per l'80% dei casi.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>16.19*** I tempi d'attesa per l'accesso alle terapie riabilitative sono contenuti? 3=entro i quindici giorni per la fascia 0-12 mesi, entro i trenta giorni la fascia 1-3 anni, entro i sessanta giorni la fascia 3-6 anni, entro i novanta giorni dopo i 6 anni per almeno il 50% dei casi.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.20 L'orario delle attività ambulatoriali non urgenti è programmato e i tempi di attesa tra orario programmato e prestazione sono contenuti? (Non superiori a 15 minuti) 3=nel 50% dei casi.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
16.21 Vi sono iniziative per coinvolgere gli utenti ed i familiari nella valutazione degli ambienti a disposizione e soprattutto degli arredi e nelle decisioni relative? (Vi devono essere evidenze di almeno una modifica, anche piccola, apportata, negli ultimi 12 mesi, dopo aver consultato gli utenti e le famiglie) 3=gli utenti/familiari vengono invitati a compilare un questionario di soddisfazione relativo alla struttura almeno ogni 2 anni.	
NOTE	

[→ Indice](#)

17. RAPPORTI CON LE FAMIGLIE

REQUISITO	PUNTEGGIO
17.1*** I familiari vengono informati sui seguenti aspetti: loro diritti, modalità per contattare i curanti o i referenti, gruppi di mutuo-aiuto, servizi sociali e ricreativi che i ragazzi possono utilizzare, doveri e impegni verso il Servizio ecc? 3= almeno una iniziativa in tal senso negli ultimi 12 mesi; 5= vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte e vi sono documenti scritti, contenenti la maggior parte di tali informazioni, distribuiti alle famiglie al momento dell'avvio del percorso terapeutico (almeno nel 50% dei casi).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
17.2*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per quanto riguarda “le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari nella formulazione e revisione dei piani di trattamento”? PO-SM (Informazioni sul piano di trattamento e sua negoziazione. Il coinvolgimento deve naturalmente essere volontario; la responsabilità dell'erogazione delle prestazioni resta al servizio) 3= pratiche uniformi o procedure scritte e sono attuate correttamente per almeno il 50% dei pazienti.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>17.3*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per quanto riguarda “la collaborazione con la famiglia del disabile”? PO-MI <i>(Attraverso la più completa e continua informazione sugli eventi sanitari e sociali coinvolgenti il soggetto, sulle possibilità di recupero e sulla discussione, condivisione e scelta degli interventi e dei percorsi che ne garantiscano l’inserimento nella scuola e nella società ecc)</i> 3= pratiche uniformi o procedure scritte e sono attuate correttamente per almeno il 50% dei pazienti.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>17.4*** La rilevazione del carico assistenziale per la famiglia fa parte del progetto di cura? <i>(Pratiche uniformi e/o procedure scritte relative alla modalità di rilevazione del “carico” assistenziale dei familiari)</i> 3= pratiche uniformi o procedure scritte e sono attuate correttamente per almeno il 50% dei pazienti.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>17.5*** I genitori incontrano con regolarità e facilmente l’operatore di riferimento o un altro operatore qualificato per discutere la natura dei disturbi dell’utente e il trattamento? <i>(In particolare per i genitori degli utenti gravi)</i> 3= per almeno il 75% dei pazienti.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>17.6 Se la famiglia non è soddisfatta del proprio operatore di riferimento, il suo punto di vista viene preso in considerazione, garantendo allo stesso tempo una tutela e un supporto all’operatore? PO-SM 3 =vi sono evidenze in tal senso.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>17.7**I genitori che ne fanno richiesta possono entrare in possesso di una relazione clinica dettagliata scritta in modo comprensibile, previa autorizzazione/convalida da parte del responsabile? 3 entro 15 giorni nel 50% dei casi.</p>	

NOTE

REQUISITO	PUNTEGGIO
17.8*** I familiari e gli insegnanti sono formati adeguatamente sulle misure da prendere nel caso di comparsa di problematiche acute (crisi epilettica, scompenso psichiatrico, ecc.)? 3 = almeno i genitori.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
17.9*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per quanto riguarda le modalità di coinvolgimento e sostegno dei familiari degli utenti ?	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
17.10*** Sono previsti specifici programmi e iniziative per il sostegno e l'abilitazione dei familiari dei pazienti gravi ? <i>(Individuali o di gruppo, in particolare nel caso dei pazienti con disabilità grave e complessa e/o prognosi infausta)</i> 3=almeno una iniziativa nell'ultimo anno.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
17.11 Vengono favoriti la costituzione e il funzionamento di associazioni e/o di gruppi di mutuo-aiuto di familiari? <i>(Vi è almeno un gruppo di auto-aiuto per ogni Unità Organizzativa, gruppo la cui attività è dimostrata da almeno una riunione ogni 3 mesi e dalla promozione di iniziative)</i> 3=almeno 1 gruppo o iniziativa negli ultimi 2 anni.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
17.12 Il Servizio si attiva per mettere a disposizione delle associazioni dei familiari o dei gruppi di utenti spazi e attrezzature ?	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>17.13*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relative ai rapporti con le associazioni di familiari? <i>(Partecipazione attiva di familiari alle attività del Servizio e ad iniziative concordate, collaborazione di familiari alla rilevazione della soddisfazione dei pazienti e alla valutazione del comfort ambientale; collaborazione del Servizio con strutture residenziali convenzionate o accreditate gestite da associazioni di familiari; azioni di sensibilizzazione da parte delle associazioni perché il Servizio ottenga risorse, progetti di ricerca o di intervento comuni ecc.)</i> 3= pratiche uniformi con almeno una iniziativa in tal senso nell'ultimo anno.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>17.14 Sono previste iniziative formative e di sensibilizzazione della comunità progettate e condotte insieme alle associazioni dei familiari? 3 =almeno una iniziativa in tal senso negli ultimi 2 anni.</p>	
NOTE	

[→ Indice](#)

18. RAPPORTI CON LA SCUOLA

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>18.1*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relativamente alla collaborazione con la scuola per migliorare l'appropriatezza della domanda? <i>(Attraverso la definizione di segnali di allarme condivisi e concordati a secondo delle diverse fasi dello sviluppo, per evitare segnalazioni sia incongrue che troppo tardive, anche individuando attività che la scuola può iniziare a mettere in atto nelle situazioni dubbie ecc.)</i> 3= pratiche uniformi o procedure scritte per almeno il 50% delle casistiche (patologie) segnalate.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>18.2*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relativamente alla collaborazione con la scuola per le modalità di invio dei casi al Servizio? <i>(Come sensibilizzare le famiglie su un problema esistente, come comunicare la necessità di effettuare una valutazione specialistica, quali sono le procedure d'accesso al servizio di NPIA da trasmettere ai genitori ecc)</i> 3= pratiche uniformi o procedure scritte per almeno il 50% delle Scuole.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
18.3*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relativamente alla collaborazione con la scuola per gli incontri con gli insegnanti previsti dalla Legge 104/92 per gli utenti certificati in situazione di handicap in carico al servizio? <i>(E' prevista la partecipazione della famiglia agli incontri; è chiaramente definito chi richiede gli incontri, come e quando, dove si svolgono, chi è presente, chi redige il verbale, come viene diffuso a tutti i partecipanti, quali sono le forme di verifica ecc.)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
18.4*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relativamente alla collaborazione con la scuola per gli incontri con gli insegnanti che si dovessero rendere necessari nel corso della valutazione diagnostica o della presa in carico di utenti non certificati?	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
18.5 Il Servizio collabora con la scuola all'interno di iniziative di formazione e aggiornamento per gli insegnanti ? 3 =organizzando o partecipando ad almeno una iniziativa all'anno.	
NOTE	

[→ Indice](#)

19. RAPPORTI CON IL VOLONTARIATO E LA POPOLAZIONE

REQUISITO	PUNTEGGIO
19.1 Il servizio usufruisce in modo abbastanza stabile del supporto di volontari ? 3= vi sono evidenze di attività di promozione, di adeguata organizzazione e di corretto utilizzo della collaborazione dei volontari	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
19.2*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relativamente alla collaborazione con le associazioni di volontariato (distinte dalle associazioni di familiari di cui si è già scritto) per quanto riguarda la formazione, l'utilizzo, la supervisione, la sicurezza dei volontari?	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
19.3 Esistono progetti per l'ottenimento e l'utilizzo di coloro che svolgono il servizio civile volontario?	
NOTE	
REQUISITO	PUNTEGGIO
19.4 Le associazioni di volontariato o di tutela dei diritti degli utenti sono state coinvolte nella progettazione e/o effettuazione delle indagini sulla soddisfazione e sulle richieste degli utenti e dei familiari? 3=almeno una volta negli ultimi tre anni.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
19.5 Nel complesso, la maggior parte delle persone della comunità locale che sono in qualche modo coinvolte e interessate ai problemi della salute neuropsichica infantile e adolescenziale pensa che il Servizio svolga un buon lavoro ? <i>(Sindaci, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, insegnanti, dirigenti scolastici, pediatri ospedalieri, datori di lavoro, ministri di culto, rappresentanti di associazioni, ecc.)</i> 3= è stata svolta un'indagine specifica negli ultimi tre anni da cui è emerso un risultato positivo per la maggior parte delle figure interessate.	
NOTE	

[→ Indice](#)

20. MIGLIORAMENTO CONTINUO DI QUALITA'

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.1*** È stato costituito uno specifico gruppo di lavoro per la qualità all'interno del Servizio? <i>(Dovrebbe avere funzione di supporto rispetto alle iniziative di qualità del servizio ed essere costituito da almeno due operatori esperti di MCQ e di epidemiologia,; il tempo a disposizione delle attività di MCQ deve essere chiaramente evidenziato; il gruppo dovrebbe avere la possibilità di ricorrere ad un addetto alla segreteria, anche se a tempo parziale, e a personale qualificato, interno o esterno, per la registrazione e l'analisi statistica dei dati)</i> 3= vi è un responsabile, è definito un gruppo di lavoro specifico in cui almeno due operatori devono avere acquisito una formazione e/o aver fatto esperienze in tal senso (MCQ ed epidemiologia)	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.2*** Il gruppo di lavoro per la qualità collabora con gli uffici centrali dell'azienda preposti al MCQ e alle relazioni con il pubblico? 3=Almeno un progetto congiunto nell'ultimo anno.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.3*** Il gruppo suddetto ha la possibilità di utilizzare attrezzature adeguate ? <i>(Libri e riviste su MCQ, epidemiologia clinica e medicina basata sulle evidenze, accesso alle riviste internazionali più importanti mediante internet, disponibilità di riviste di letteratura secondaria, pacchetti di elaborazione statistica, ecc.)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.4*** Il personale partecipa attivamente ad attività di MCQ ? <i>(Vi devono essere evidenze del fatto che le attività vengono proposte al personale e che la partecipazione è facilitata, anche attraverso l'organizzazione di un'adeguata rotazione della partecipazione ecc.)</i> 3=le attività di MCQ hanno coinvolto attivamente tutti gli operatori nell'arco degli ultimi 2 anni.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.5*** Vi è almeno una persona formata nei principi della medicina basata sulle evidenze e una nell'accesso alle banche dati disponibili su internet? <i>(Si può trattare della stessa persona)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.6 Vi è un documento che specifica i criteri di individuazione e di attribuzione di priorità ai problemi (intesi come opportunità di miglioramento) da sottoporre a valutazione e miglioramento? <i>(Tra i criteri vi sono la frequenza, i benefici potenziali per gli utenti in termini di salute, di comfort e di fastidi evitati, i potenziali risparmi, l'accettabilità da parte degli operatori, la disponibilità di risorse per la soluzione - questi ultimi due particolarmente importanti quando si inizia)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>20.7*** Sono attualmente in corso progetti nel campo della qualità (professionale, percepita e manageriale)? <i>(Specificare i progetti che negli ultimi 24 mesi sono arrivati almeno alla fase di identificazione degli interventi migliorativi e/o che sono in corso, distinguendo fra quelli che hanno riguardato una sola componente organizzativa o più componenti organizzative, ed evidenziando quali hanno realmente portato ad interventi migliorativi. Appropriatelyzza delle richieste e delle prese in carico; uso dei farmaci; psicoterapia; psicoeducazione; certificazioni per insegnante di sostegno; integrazione scolastica dei soggetti disabili; gestione dei cicli terapeutico-riabilitativi; relazioni con il pubblico e con gli utenti; modalità di formulazione e di verifica dei piani di trattamento personalizzati; percorsi diagnostici; percorsi assistenziali specifici; continuità dell'assistenza; valutazione degli esiti; pulizia e manutenzione degli ambienti; collaborazione con i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale; interventi di rete; sicurezza degli operatori; clima interno ecc)</i></p> <p>3= almeno 3 progetti nell'ultimo anno, su almeno due delle tre dimensioni della qualità sopra specificate (professionale, percepita, manageriale).</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>20.8*** I progetti di MCQ effettuati o in corso sono stati documentati per iscritto?</p> <p>3= Vi sono documenti scritti in cui sono dettagliati, per ogni progetto, gli obiettivi, le fasi, i prodotti, i risultati.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>20.9*** Sono stati effettuati nel triennio e/o sono in corso studi di follow-up per rilevare gli esiti in particolari categorie di utenti? <i>(Si può ovviamente trattare di uno o più dei progetti precedenti)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>20.10*** Sono state effettuate nell'ultimo anno, sono in corso o sono progettate per l'anno in corso iniziative di confronto con strutture analoghe, ossia studi multicentrici o confronto di indicatori (<i>benchmarking</i>)?</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.11*** Il personale è coinvolto in almeno un'attività di MCQ ? 3=una almeno negli ultimi due anni.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.12 Nelle attività di MCQ è assicurata la confidenzialità sia sugli utenti sia sugli operatori? <i>(In tutti i documenti compilati a fine di MCQ non devono comparire nomi e cognomi reali o caratteristiche che permettano l'identificazione delle singole persone, tranne che per esigenze specificate nel progetto e in modo temporaneo)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.13*** In ciascuna componente organizzativa vi sono una o più persone responsabili della verifica dell'applicazione delle linee-guida professionali e delle procedure scritte? <i>(Si può trattare anche di persona appartenente ad altra componente organizzativa)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.14*** Le procedure e le linee-guida vengono periodicamente riviste e aggiornate ? 3=almeno ogni 3 anni e comunque in seguito ad eventi che ne determinano l'esigenza di revisione	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.15*** È stata elaborata una procedura generale sulle modalità di elaborazione, diffusione e valutazione delle procedure ?	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.16*** È stata elaborata una procedura generale sulle modalità di elaborazione, diffusione e valutazione delle linee-guida professionali ?	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.17*** Vi sono pratiche uniformi o procedure scritte che supportano il fatto che linee guida e procedure siano conosciute, consultabili e utilizzate dagli operatori?	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.18 Vi sono pratiche uniformi e procedure scritte su come inoltrare agli utenti e ai familiari la richiesta di partecipare a ricerche e su come ottenere il consenso informato? <i>(I progetti di ricerca sugli utenti vengono sottoposti a un comitato etico)</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
20.19 Le attività del gruppo per la qualità vengono riesaminate ad intervalli regolari dalla direzione del servizio per valutare i miglioramenti prodotti?	
NOTE	

[→ Indice](#)

VALUTAZIONE DEGLI ESITI (COSA SI OTTIENE)

21. MISURAZIONE DEGLI ESITI

REQUISITO	PUNTEGGIO
21.1*** Vi sono pratiche e/o procedure scritte relative alla misurazione sistematica degli esiti dei trattamenti, utilizzando scale e strumenti di valutazione validati e condivisi? 3=almeno tre patologie a maggior frequenza epidemiologica (più frequenti nel Servizio, o a maggior carico assistenziale).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
21.2 Si utilizzano nel Servizio indicatori di esito anche positivi in termini di benessere psicofisico, di inserimento scolastico e sociale e, in genere, di qualità di vita degli utenti? <i>(Quali? Su chi? Deve essere stata effettuata negli ultimi 3 anni una rilevazione di</i>	

<p>questo tipo o deve essere stata almeno progettata per iscritto, in dettaglio, la sua effettuazione entro 24 mesi)</p> <p>3=almeno per una patologia tra quelle a maggior frequenza nel Servizio (o a maggior carico assistenziale).</p>	
NOTE	

22. SODDISFAZIONE

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>22.1*** Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relative alla rilevazione della soddisfazione degli utenti e dei familiari e delle loro richieste?</p> <p><i>(Almeno una rilevazione negli ultimi 36 mesi. Deve anche essere stata analizzata e aver portato all'individuazione di modifiche migliorative; vanno indagati aspetti come la disponibilità e la cortesia del personale, la facilità di accesso, il senso di fiducia nei confronti della qualità delle prestazioni, la soddisfazione sulle informazioni ricevute e l'impressione di aver avuto voce in capitolo nelle decisioni; utile una domanda finale del tipo: "Consiglierebbe il Servizio ad altre persone con problemi simili ai Vostri?". All'indagine deve aver risposto almeno l'80% del campione di utenti o familiari a cui era rivolta. Si ricorda che a queste inchieste devono far seguito interventi migliorativi)</i></p> <p>3=almeno per tre patologie a maggior frequenza (più frequenti nel Servizio, a maggior carico assistenziale).</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>22.2 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la facilitazione dei reclami/suggerimenti da parte dei pazienti/clienti o dei loro familiari?</p> <p><i>(Moduli inseriti negli opuscoli informativi e/o facilmente disponibili ovunque, facile accesso a persone che possono aiutare a formulare il reclamo/suggerimento, istruzione al personale sanitario su come comportarsi [cosa dire] col paziente insoddisfatto. Esame anche dei reclami telefonici o comunque non scritti).</i></p> <p>3=esiste un sistema per la rilevazione dei reclami, ma è disponibile per l'utente solo su richiesta.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>22.3 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte per la successiva gestione dei reclami?</p> <p><i>(Analisi della tipologia, valutazione dei passaggi critici, modalità di coinvolgimento degli operatori e di condivisione delle informazioni ecc)</i></p> <p>3= pratiche uniformi anche in assenza di procedure scritte.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>22.4 Si presta attenzione ad altri segni di insoddisfazione dei clienti/pazienti? <i>(Abbandoni, richiesta di incontrare qualcuno che non fa parte dell'azienda - ad esempio il difensore civico - procedimenti legali, ricorsi dei residenti nel bacino d'utenza a servizi meno vicini, "doctor shopping", ecc.)</i></p> <p>3=esistono indicatori specifici per la rilevazione tramite sistema informativo ed esistono prove di almeno un provvedimento preso per ovviare ai segni di insoddisfazione negli ultimi 12 mesi.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>22.5 Il servizio e/o i singoli operatori del servizio hanno ricevuto lettere di ringraziamento, premi, altri segni di apprezzamento e/o ci sono stati articoli con valutazioni positive sulla stampa? <i>(Ci devono essere evidenze relative a più di una manifestazione di apprezzamento negli ultimi 12 mesi)</i></p> <p>3=almeno una negli ultimi 12 mesi.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>22.6 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relative alla rilevazione della soddisfazione degli operatori? <i>(Almeno una rilevazione negli ultimi 36 mesi. All'indagine, condotta in modo rigorosamente anonimo, deve aver risposto almeno l'80% del campione a cui era rivolta)</i></p> <p>3=almeno una rilevazione negli ultimi 36 mesi, su un campione di almeno l'80% degli operatori.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>22.7 Vi sono pratiche uniformi e/o procedure scritte relative alla rilevazione della soddisfazione degli invianti e dei fornitori? 3=almeno una rilevazione negli ultimi 24 mesi, almeno sul 50% degli interessati.</p>	
NOTE	

[→ Indice](#)

23. RISULTATI E CONCLUSIONI

Questo capitolo è ispirato al criterio 9 del modello EFQM. Si può prenderlo in considerazione per l'intero Servizio o anche per le singole componenti organizzative. Le ultime cinque domande non richiedono un punteggio, ma solo una risposta in chiaro

23.1 Vi sono evidenze che il responsabile del Servizio e i responsabili delle unità organizzative nel loro insieme propongono **chiarezza e coerenza di scopi e di pratiche** e promuovono il **miglioramento e l'innovazione**, in modo tale da far sì che l'organizzazione e il suo personale possano eccellere?

(Considerare in particolare uniformità ed efficacia delle pratiche, modalità di gestione e formazione del personale e promozione del MCQ)

23.2*** Il Servizio, grazie all'attività svolta e al prestigio di cui gode, riesce a far sì che il **ricorso dei residenti a servizi fuori zona** sia assente o minimo?

(Per dare punteggio 3, il bilancio entrate ed uscite dovrebbe essere noto ed essere almeno in pareggio)

23.3 Il **bilancio dei costi e dei ricavi** è positivo?

(I ricavi vanno misurati come tariffe virtuali dei ricoveri e delle altre prestazioni. Nell'impossibilità di calcolare i ricavi, si può fare riferimento ai rapporti tra costi e utenti in carico, tra costi e prestazioni di altri servizi)

23.4 Il Servizio ha raggiunto **obiettivi di risposta** ai bisogni degli utenti e della comunità?

(Considerare la precocità del ricorso al Servizio dopo l'esordio di malattia, la rapidità di presa in carico dopo la domanda o l'invio, l'essere riusciti a entrare in contatto con bambini e ragazzi affetti da disturbi gravi e non assistiti, la diminuzione degli errori e degli effetti collaterali, i tempi di gestione dei reclami)

3=risposta positiva per almeno il 50% delle casistiche prese in esame.

23.5 Il Servizio e le sue componenti organizzative sono **rispettati dai colleghi** di altri servizi e di altre organizzazioni di NPIA?

(Vi sono evidenze in questo senso, ad esempio derivate da visite di colleghi di altri servizi, da richieste di consulenze e di presentazione di esperienze)

3=almeno una evidenza negli ultimi 12 mesi.

23.6 Quali sono i **punti di forza** del servizio **da mantenere**?

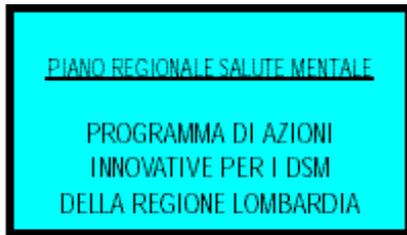
23.7 Quali sono i **punti di forza da sviluppare** ulteriormente?

23.8 Quali sono i **punti di debolezza da migliorare** in modo prioritario?

23.9 Quali sono i principali **punti di debolezza che**, non considerati prioritari, **possono attendere**?

23.10 Come si pensa di **verificare i progressi** (i risultati delle azioni di miglioramento)?

[→ Indice](#)



Sviluppo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nelle UONPIA dei processi di Miglioramento Continuo di Qualità attraverso l'applicazione di procedure di Accredimento professionale "tra pari" e della Medicina Basata sull'Evidenza



<p>QUASM Associazione Italiana Qualità e Accredimento in Salute mentale</p>	<p>Programma innovativo</p>	 <p>SINPIA Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza</p> <p>Sezione di Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi</p>
--	------------------------------------	---

“Linea guida alla programmazione e svolgimento delle visite per l’accreditamento fra pari per i servizi territoriali di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza”

Il fine dell'accreditamento è certificare che il servizio - organizzazione valutato è in grado di ottenere lo scopo che si prefigge, coerentemente a quanto previsto dal manuale

Di fatto si tratta di attivare un percorso di qualità nel quale il gruppo di visita collabora con un servizio perché possa riflettere su se stesso, evidenziando gli aspetti positivi e quelli negativi ed incoraggiando crescita e cambiamento. E' importante sottolineare che i visitatori vanno “per conoscere” e che la visita è un interscambio utile anche “per apprendere”.

L’accreditamento infatti non deve significare omologazione o definizione operativa di una norma, se non nel funzionamento della macchina. Ciò che interessa è che i servizi si interrogino: si fa realmente quel che si dice di fare, c’è davvero quel che si dice di avere, si raggiungono esiti ed obiettivi?

E' importante

- definire preliminarmente quali criteri devono essere assolutamente soddisfatti all'eccellenza e quali possono essere valutati con parziale elasticità
- evidenziare le voci critiche che sono di difficile valutazione, per sollecitare l'attenzione del visitatore
- porsi in un atteggiamento di ascolto e neutralità
- garantire la massima libertà del visitatore. Il solo pre-concetto dovrebbe essere rappresentato dallo scritto del valutato. Questo principio tenderebbe ad escludere momenti conviviali o informali, ma essi possono rivelarsi utili nella valutazione che “inizia quando si scende dal treno e finisce quando si sale per il ritorno”

La visita deve

- essere condotta con modalità amichevoli, "calde" e soft, anche se improntate a rigore metodologico e valutativo
- permettere di applicare criteri che consentano di ponderare più che misurare
- coinvolgere gli operatori in toto, seppure con modalità e momenti diversi
- ottenere informazioni (anche) senza interrogare e in modo indiretto
- prevedere momenti partecipativi delle famiglie e di altri interlocutori esterni (stakeholders)

- evitare posizioni inquisitorie
- permettere di acquisire chiarimenti su questioni dubbie in momenti di confronto con gli operatori

Il gruppo di visita si organizzerà su un tempo di almeno 3 giorni. Se il servizio ha più articolazioni o Unità Operative andrà definito quali saranno visitate, mentre è opportuno che tutte abbiano effettuato l'autovalutazione.

In prima battuta andrebbe previsto un incontro con il gruppo di accoglienza che accompagnerà l'équipe dei visitatori nella conoscenza e verifica del servizio.

La programmazione della visita, a cura del servizio ospitante, consta di aspetti strutturali (definire quanti partecipano, chi sono, quando operano, chi incontrano, cosa fanno e dove) e processuali (come è organizzata la visita in successione, tempi e modi) dei quali è opportuno mettere al corrente i visitatori. Tale programmazione potrà essere modificata dal gruppo di visita in base ad esigenze emergenti.

Andrebbero previsti, preliminarmente o in altra fase (anche alla fine), un incontro con le famiglie degli utenti (valutazione della qualità percepita) e possibilmente uno con altri stakeholders (scuola, tavoli territoriali o di piani di zona ecc) .

Il visitatore deve sentire se il servizio è apprezzato dagli utenti. Andrebbe perciò enfatizzata la grande importanza del coinvolgimento degli utenti, delle famiglie e degli altri stakeholders. E' l'usufruttore-utente, sia individuale che istituzionale che valuta il "non tecnico" spesso secondo propri "criteri di qualità" molto diversi da quelli degli operatori.

Per questo sarebbe auspicabile che al gruppo di visita partecipasse in futuro anche un familiare.

Quindi i visitatori si organizzano e si distribuiscono i compiti. Sarebbe bene che ciò venga previsto già prima della visita.

Il gruppo si muove insieme, ma privilegia l'osservazione di cose diverse (sguardo specifico).

In genere è opportuno che il direttore del servizio accompagni i visitatori, lasciando poi ai responsabili delle singole articolazioni o delle unità operative il compito di illustrare i diversi punti che le riguardano.

Il servizio nelle sue diverse componenti esplicherà nel corso della visita quali sono gli elementi di evidenza che sostengono la propria dichiarazione di soddisfare al criterio esaminato.

Alla fine delle giornate i visitatori si ritirano e fanno il punto della situazione. Segue un incontro di feed-back con gli operatori improntato al riconoscimento dello sforzo fatto, condotto in termini di apprezzamento ed assertività e di primo orientamento sui punti di forza e debolezza. In questa fase possono essere richiesti chiarimenti su punti dubbi o discusse le proprie impressioni con gli operatori.

Della visita fa parte l'organizzazione di un tempo congruo al termine della restituzione in plenaria in cui i visitatori stendono la traccia approfondita della relazione di visita, in modo che essa necessiti solo di essere completata.

Rientrati a casa i valutatori rivedono nuovamente i verbali e gli appunti, si incontrano o si raccordano via mail per confrontarsi ed esprimere perplessità e giungere ad una posizione condivisa tanto sugli standard che su percezioni personali e sensazioni, inquadrare il clima emozionale e l'atteggiamento mentale, evidenziare il senso della collaborazione, della condivisione e del reciproco aiuto.

Se esistono criticità gravi viene suggerito un tempo congruo per migliorare la situazione in modo da adeguarsi ai criteri del manuale, e viene predisposta nuova visita di verifica.

[→ Indice](#)

**Procedure per richiedere ed effettuare
visite di accreditamento tra pari in Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza**

(a cura di Alessandro Guidi, modificato da Roberto Bosio, Oliviero Fuzzi, Ferruccio Giaccherini, e dal gruppo di facilitatori e visitatori delle UONPIA partecipanti al Progetto Innovativo della Regione Lombardia "Sviluppo nei DSM e nelle UONPIA dei processi MCQ attraverso l'applicazione di procedure di Accreditamento Professionale tra Pari e della EBM")

A. **Preverifica (materiale inviato)**

B. **Organizzazione della visita**

C. **Prima della visita**

D. **Documentazione**

E. **Presentazione del Servizio**

F. **Visita**

G. **Inizio della Visita**

H. **Visita alle articolazioni**

I. **Altri incontri durante la visita**

J. **Restituzione assembleare**

K. **Contenuti della restituzione**

L. **Relazione scritta**

Facsimile della richiesta

Nota: L'Associazione Italiana per la Qualità e l'Accreditamento in Salute Mentale (QuASM) sarà di qui in poi indicata sinteticamente come "Agenzia". Per gli altri termini consultare il glossario.

A. Preverifica:

1. Il Servizio di NPIA che intende richiedere l'effettuazione di una visita di accreditamento dovrà farne richiesta all'Agenzia.
2. La richiesta deve essere compilata come riportato nel facsimile, su carta intestata dell'Ente, deve essere indirizzata a "Associazione Italiana per la Qualità e l'Accreditamento in Salute Mentale" c/o DSM A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda" Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano, e deve essere firmata dal Responsabile del Servizio richiedente, che si assume anche la responsabilità di avviare la sensibilizzazione interna e di supportare e sostenere l'intero percorso.
3. La richiesta dovrà essere accompagnata da una breve relazione del Responsabile del Servizio che spieghi sinteticamente i motivi della richiesta e che contenga la principali informazioni riguardo alle caratteristiche e alla organizzazione del Servizio da visitare.
4. L'Agenzia prenderà in considerazione la richiesta di visita e in caso di giudizio positivo, l'Agenzia approverà formalmente la richiesta e provvederà ad inviare al Responsabile del Servizio tutta la documentazione necessaria ad avviare il processo di visita (vedi Materiale Inviato).
5. In caso di giudizio negativo l'Agenzia provvederà ad inviare comunicazione al Responsabile evidenziando i motivi del diniego, e proponendo altre soluzioni utili a mettere il Servizio in condizioni di affrontare il processo (proposte di formazione, proposte di consulenza).
6. Il Direttivo nomina un Coordinatore del gruppo di visita attingendo da apposito elenco e ne dà comunicazione al Responsabile del Servizio da visitare.

Nel caso di progetti che coinvolgano più servizi o intere regioni, la procedura è analoga, ma viene rimodulata in base all'organizzazione del progetto.

Materiale inviato

1. Materiale informativo sul processo di accreditamento
2. Procedure del processo di accreditamento
3. Copia informatica del manuale di accreditamento e della griglia in excel per la tabulazione dei punteggi
4. Bozza di programma di visita (chi quando come)
5. Nome e recapiti del responsabile del processo (coordinatore del gruppo di visita)

B. Organizzazione della visita

1. Il Responsabile del Servizio di NPIA da visitare nomina un Referente del Servizio per il percorso di Accreditamento tra Pari (ReSAP) e ne dà comunicazione al Coordinatore dei visitatori.
2. Tutti gli accordi per l'organizzazione della visita, quando non altrimenti specificato, sono presi dal ReSAP e dal Coordinatore dei visitatori.
3. Il coordinatore dei visitatori, provvede a concordare con il ReSAP il numero di Articolazioni di visitare, il tempo necessario per affrontare il processo di autovalutazione, la durata della visita, le date in cui la visita sarà effettuata.
4. L'Agenzia, entro tre mesi dalla data concordata per la visita, nomina i visitatori che la effettueranno, scegliendoli dal proprio elenco di visitatori abilitati o in formazione ed in modo tale che siano presenti visitatori di diverse professionalità (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, fisioterapista, terapeuta della neuro psicomotricità dell'età evolutiva, educatore professionale, assistente sociale ecc).

5. La presenza durante la visita di osservatori invitati dall'Agenzia è subordinata al beneplacito scritto del Referente del Servizio.
6. Il ReSAP ha facoltà di invitare osservatori a partecipare al processo di visita a sua discrezione.

C. Prima della visita

Il ReSAP si assume il compito di coordinare il processo di autovalutazione all'interno del Servizio richiedente la visita e di coordinare la visita di accreditamento.

In particolare si assume l'impegno di:

1. Concordare con il Coordinatore dei visitatori le date ed il programma di visita;
2. Inviare ai visitatori il materiale preliminare da consultare;
3. Individuare all'interno del proprio servizio i facilitatori e concordare/organizzare la loro formazione;
4. Presiedere il processo di autovalutazione;
5. Inviare entro le date concordate la documentazione richiesta;
6. Organizzare la visita nel servizio;
7. Provvedere ad organizzare le esigenze logistiche dei visitatori (vitto, alloggio ecc);
8. Agevolare il più possibile il processo di visita;
9. Individuare uno spazio dove i visitatori possano discutere in privato o elaborare documenti;
10. Fornire un computer portatile e un videoproiettore che i visitatori possano utilizzare nel corso della visita
11. Essere presente per tutta la durata della visita.

E' auspicabile che tutte le articolazioni del servizio effettuino l'autovalutazione, anche se non necessariamente saranno tutte oggetto di visita esterna successiva.

Il processo di autovalutazione richiede un tempo adeguato a garantire una discussione approfondita all'interno delle equipe, evitando però di disperdere la discussione. Nell'esperienza delle articolazioni che già hanno effettuato il processo, sono necessarie circa una decina di ore.

D. Documentazione

Il ReSAP invia a ciascuno dei visitatori (in modo che siano ricevuti almeno 30 giorni prima dello svolgimento della visita) copia dei seguenti documenti, possibilmente in formato elettronico:

1. Il manuale compilato nel corso del processo di autovalutazione, con chiaramente indicato in ogni sua parte a quale particolare articolazione si riferisce
2. La griglia in excel completata con i punteggi del manuale per ogni voce e per ogni articolazione del servizio
3. Una relazione sul processo di autovalutazione in cui sia chiaramente indicato quali articolazioni hanno partecipato al processo di autovalutazione, come sono collegate funzionalmente tra di loro, quali articolazioni non hanno partecipato e perché
4. Una presentazione del servizio
5. La carta dei servizi
6. Dati di governo / report di attività
7. Regolamento del servizio
8. Programma della visita
9. Tutti quei documenti ritenuti utili a fare capire le scelte e le attività del servizio.

E. Presentazione del servizio

E' un documento di circa tre pagine, scritto per l'occasione, che contiene notizie utili a far comprendere ai visitatori l'organizzazione del servizio. Deve contenere le informazioni elencate nel capitolo 1 del Manuale ed in particolare:

1. Storia del servizio
2. Organizzazione
3. Mission
4. Risorse
5. Informazioni sul territorio, sull'utenza e sull'attività. Problemi particolari
6. Varie ed eventuali

F. Visita

Il programma di visita è concordato tra il ReSAP e il coordinatore dei visitatori, tenendo presente che:

1. Si deve visitare almeno una articolazione per tipo.
2. Se sono presenti più articolazioni di uno stesso tipo si darà la precedenza a quella che, dalla autovalutazione o dalle indicazioni ricevute, i visitatori riterranno più critica. Se c'è tempo per visitare anche una seconda articolazione, dopo quella più critica, si visiterà quella che i visitatori riterranno migliore.
3. La visita dura di norma tre giorni. Visite di durata più breve o più lunga possono essere concordate a parte tra ReSAP e Coordinatore del gruppo di visita, in caso di situazioni particolari, qualora l'Agenzia ne ravvisasse la necessità.
4. I giorni concordati per la visita devono essere giorni lavorativi e giorni in cui le articolazioni visitate sono normalmente in funzione.
5. Il programma deve includere incontri con familiari, associazioni ed enti che collaborino con il servizio

G. Inizio della visita

1. Incontro dei visitatori: i visitatori si incontrano al Servizio se iniziano la visita di mattina, in Hotel se iniziano la visita la sera. Nel loro primo incontro si scambiano le impressioni che hanno avuto dalla lettura del manuale di autovalutazione e di tutto il materiale inviato, cercando di individuare i possibili punti di forza e di debolezza del Servizio da visitare. Esaminano poi il programma di visita e definiscono eventuali modifiche qualora ne ravvisino la necessità.
2. Come primo atto, i visitatori incontrano alla mattina il ReSAP che li condurrà e li agevererà attraverso tutto il percorso di visita.
3. Incontro con i dirigenti del servizio: all'incontro dovrebbero essere presenti, oltre ai visitatori ed al Referente del Servizio, il Responsabile del Servizio, i responsabili delle singole articolazioni, i responsabili di altri servizi coinvolti e i rappresentanti del comparto.
4. La presenza del direttore del servizio è obbligatoria, quella degli altri responsabili auspicabile.
5. Nell'incontro i visitatori si informeranno sulle principali scelte operative del servizio, sulla sua integrazione interna e con la rete dei servizi, sulla sua disponibilità di risorse, sui principali punti di forza e di debolezza, tenendo conto dei punti di vista della dirigenza e del comparto.

H. Visita alle articolazioni

1. Visita alla struttura fisica. La visita sarà guidata dal ReSAP e, possibilmente, dal facilitatore di quella articolazione che sono le persone a cui va indirizzata la maggior parte delle domande. Si esamineranno gli ambienti fisici, le condizioni di temperatura, luce, pulizia, la condizione in cui appaiono gli utenti, il modo di porsi del personale, il clima emotivo che si respira.
2. Verifica della documentazione: i visitatori devono poter accedere, nel rispetto della privacy, a qualunque tipo di documentazione vogliano visionare. Come regola, un documento che non può essere reperito e mostrato è da considerarsi come un documento inesistente.
3. Domande informali ai presenti: durante la visita alla struttura fisica i visitatori si soffermeranno a parlare con operatori, utenti, familiari che incontrano. Chiederanno opinioni, sotto diversi punti di vista, sulle attività del servizio ed, in particolare, dell'articolazione che si sta visitando.
4. Incontro con l'équipe: è un incontro di circa 90 minuti con tutta l'équipe che opera in quella articolazione, in cui è possibile approfondire l'autovalutazione e soprattutto i punti meno chiari o critici. E' importante che siano rappresentate tutte le figure professionali e che tutte possano esprimersi. I visitatori devono quindi evitare di rivolgere domande sempre alla stessa persona, ma devono chiedere informazioni a tutti i presenti. Se una persona o una professionalità è particolarmente silente è compito dei visitatori assicurarsi che anche questa possa esprimere il suo punto di vista.

I. Altri incontri durante la visita

Durante i tre giorni di visita il ReSAP deve organizzare almeno due incontri di 90 minuti ciascuno con figure particolari:

1. Incontro con i familiari. All'incontro di regola non dovrebbero essere presenti gli operatori del servizio. Può essere presente un operatore solo se ne viene fatta esplicita richiesta da parte del gruppo; in questo caso dovrebbe cercare di parlare il meno possibile del servizio e limitarsi ad incoraggiare i partecipanti ad esprimere il loro punto di vista. I visitatori devono porre attenzione a chiarire che lo scopo dell'incontro è quello di poter capire come funziona il servizio per avere nuove idee su come migliorare il proprio. In ogni caso si deve evitare di parlare delle storie cliniche dei singoli utenti e, soprattutto, si deve evitare di dare giudizi sui comportamenti passati del servizio e dei suoi operatori. Il ReSAP organizzerà l'incontro rivolgendosi ad associazioni di familiari là dove esistono e sono disponibili. In caso contrario l'incontro verrà realizzato coinvolgendo direttamente singoli familiari che accettino volontariamente di parteciparvi. Si deve ovviamente garantire l'anonimato su quanto verrà detto nella discussione.
2. Il Servizio potrà individuare e proporre modalità che consentano anche la partecipazione e l'espressione dei bambini e ragazzi seguiti dal servizio.
3. E' nota di merito l'organizzazione di incontri che implicino la partecipazione e il coinvolgimento di fruitori istituzionali e della rete dei servizi.
4. E' possibile ipotizzare e programmare e svolgere altri tipi di incontri utili a migliorare la conoscenza delle relazioni e dei nessi del servizio con l'utenza interna ed esterna

J. Restituzione assembleare

1. E' il momento finale della visita, durante il quale i visitatori danno una prima restituzione al personale del servizio visitato, esprimendo con cautela le loro opinioni a caldo sui punti di forza e di debolezza evidenziati. Nello stesso momento il gruppo di visita stimolerà la discussione al

fine di ricevere un feed back del proprio impegno da parte degli operatori, le cui considerazioni dovranno essere riportate all'Agenzia per il miglioramento della qualità dell'attività del gruppo di visita.

2. Dura circa due ore, ed è preceduta da un incontro dei visitatori di circa un'ora durante il quale si scambiano le impressioni ricevute e si accordano sul tipo di risposte da dare. (parla il coordinatore)
3. La restituzione assembleare è una fase fondamentale della visita: è il momento in cui gli operatori del servizio, che hanno discusso durante l'autovalutazione, che hanno faticato per prepararsi alla visita, che hanno pazientemente risposto per tre giorni a tutte le domande poste dai visitatori, si aspettano di sentirsi dire se il loro lavoro è di qualità o no. Per questi motivi la restituzione assembleare è da considerarsi un momento obbligatorio della visita, deve essere aperta a tutti quelli che desiderano parteciparvi, inclusi gli operatori delle articolazioni che non sono state visitate, deve essere formalizzata nel programma (indicandone la data, il luogo e l'orario con ampio anticipo) e deve essere pubblicizzata durante tutto il corso della visita. E' auspicabile che ad essa siano presenti, oltre al Responsabile del Servizio, il Direttore del Dipartimento di appartenenza e a secondo delle realtà locali anche altri rappresentanti Aziendali, come ad esempio il Direttore Sanitario. Include un importante momento di discussione collettiva, e di ascolto dei punti di vista degli operatori.

K. Contenuti della restituzione

E' compito del Coordinatore dei Visitatori esprimere all'assemblea le "impressioni" ricevute durante la visita. La restituzione assembleare verterà sui seguenti temi:

1. Commenti sull'autovalutazione e sulla preparazione della visita
2. Commenti sulla conduzione della visita
3. Discrepanze tra autovalutazione e quanto emerso dalla visita
4. Punti di forza e punti di debolezza del servizio
5. Consigli su come migliorare i punti di debolezza
6. Richiesta ai partecipanti all'assemblea di considerare se quanto detto corrisponde alle impressioni che essi stessi hanno del proprio servizio ed in particolare apertura della discussione conseguente
7. Conclusioni del Responsabile del servizio

L. Relazione scritta

1. I visitatori non sono tenuti a ricompilare il manuale dando nuovi punteggi di valutazione. E' però importante durante la visita tenere il manuale sempre ben presente in modo di apportare le proprie annotazioni ed assicurarsi di verificare tutti i requisiti riportati. E' inoltre utile verificare i requisiti con informatori diversi per competenza, posto di lavoro, professionalità per eliminare quanto possibile distorsioni di valutazione.
2. La relazione scritta deve essere elaborata in bozza avanzata alla fine della restituzione assembleare (momento in cui i visitatori tengono almeno un paio d'ore a questo scopo). Deve contenere in forma più dettagliata i contenuti riportati ai punti K.1 e seguenti: di ogni articolazione organizzativa, si devono elencare i punti di forza e di debolezza in relazione alle singole sezioni (1- Organizzazione generale e risorse, 2 - Integrazioni tra componenti organizzative e tra servizi, 3 - Gestione del personale e formazione, 4 - Ambienti fisici e attrezzature, etc...).

3. La stesura finale del documento deve essere completata entro i 20 giorni successivi alla fine della visita.
4. Deve essere firmata dal Coordinatore della Visita e controfirmata da tutti i visitatori. Il Coordinatore dei Visitatori deve inviare la versione definitiva della relazione scritta all'Agenzia alla fine dei 20 giorni di cui al punto L.3.
5. L'Agenzia ha tempo 10 giorni dalla ricezione della relazione scritta per vidimarla ed inviarla con lettera di accompagnamento ufficiale al Responsabile del Servizio.
6. Sarà il Responsabile del Servizio a decidere a chi altro inoltrarla sia relativamente ai vertici aziendali (Direttore di Dipartimento, Direttore Sanitario, Direttore Generale ecc) che agli operatori del servizio (facilitatori, operatori del gruppo qualità, responsabili di articolazioni, tutti gli operatori) e in quale dettaglio rianalizzarla insieme
7. La Relazione finale non conterrà giudizi di accreditamento o non accreditamento.



[Indice](#)

Richiesta di Visita di Accreditamento

Alla cortese attenzione di

Associazione Italiana per la Qualità e l'Accreditamento in Salute Mentale (QuASM)
c/o DSM A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda"
Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano

Il sottoscritto Dott.

Responsabile della

In quanto ricoprente il ruolo di

Chiede a codesta Associazione di poter partecipare ad un programma di Visite di Accreditamento Professionale tra Pari riguardante il

(servizio di NPIA) *denominazione legale*

con sede in*denominazione legale*

A tale scopo invia breve relazione illustrante sinteticamente i motivi della richiesta contenente inoltre le principali informazioni riguardanti le caratteristiche e l'organizzazione del (*denominazione legale*) interessato perché la Associazione Italiana per la Qualità e l'Accreditamento in Salute Mentale valuti se esistono i prerequisiti necessari a dare inizio al processo.

Chiede inoltre che tutta la corrispondenza venga inviata la seguente indirizzo

.....

Recapito telefonico.....

E-mail

Data

Firma.....



[Indice](#)

Glossario dei termini usati nelle Visite di accreditamento

Agenzia: con questo termine si definisce sinteticamente l'Associazione Italiana per la Qualità e l'Accreditamento in Salute Mentale nel suo ruolo di organizzatrice di visite di accreditamento.

Articolazione: una componente funzionale autonoma del Servizio

Associazione Italiana per la Qualità e l'Accreditamento in Salute Mentale: agenzia centrale di ricercatori che si assume l'incarico di garantire il sistema di visita, di designare i visitatori per ogni Servizio scegliendoli in un elenco di visitatori abilitati, di organizzare la visita, di valutarne l'esito e di trasmettere la relazione scritta definitiva sulla visita al direttore del Servizio.

Coordinatore dei visitatori: uno dei visitatori, nominato dall'Agenzia, con funzione di coordinare il gruppo dei visitatori, il processo di visita, la redazione della relazione finale.

Facilitatore: come il referente, ma con funzioni limitate ad una sola articolazione.

Referente del Servizio per il percorso di Accreditamento tra Pari (ReSAP): la persona del Servizio da visitare, possibilmente con competenze documentate in campo valutativo, che si assume l'impegno di implementare il meccanismo di autovalutazione nel proprio Servizio, di organizzare logisticamente la visita, di coordinarne lo svolgimento.

Servizio: si intende l'Unità Operativa o il Dipartimento da visitare, nel complesso delle sue articolazioni

Visita: il complesso di azioni e scambi fatte da un gruppo di visitatori per valutare un Servizio

Visitatore: persona appartenente all'Associazione Italiana per la Qualità e l'Accreditamento in Salute Mentale, con competenze documentate in campo valutativo, incaricata dall'Agenzia di effettuare una visita di accreditamento

TERMINOLOGIA UTILIZZATA NEL MANUALE⁵

• APPROPRIATEZZA

Si distingue tra appropriatezza professionale, intesa come erogazione della prestazione più efficace per il gruppo di pazienti a cui il soggetto in questione appartiene e al tempo stesso indicata per le personali caratteristiche di quel particolare paziente, ed appropriatezza organizzativa, che riguarda la sede di erogazione (ad esempio ambulatoriale anziché semiresidenziale o domicilio). Una prestazione appropriata dal punto di vista organizzativo potrebbe non essere appropriata da quello professionale.

⁵ Tratta prevalentemente da Costantino M.A., Camuffo M. e Bieber G. (2002) "Proposta metodologica per la costruzione di un Glossario delle Unità Organizzative di NPIA e delle attività correlate" *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, vol 69: 233-247; Sezione Scientifica di Epidemiologia e Organizzazione dei Servizi di NPIA della SINPIA -Versione G-NPIA-01 per la prova sul campo (Agosto 2003) del Glossario dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle attività correlate, e da Morosini P. e Perraro F. (1999), *Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità*, Torino, Centro Scientifico Editore.

• ATTIVITA'

Corrisponde al processo (output), quindi al comportamento degli operatori sanitari che a partire dalle strutture/risorse (input) conduce all'esito (outcome). Comprende quindi al proprio interno sia l'attività clinica rivolta al paziente (gli atti professionali tipici), che l'attività di supporto.

• ATTIVITA' CLINICA RIVOLTA AL PAZIENTE

Rappresenta il nucleo principale delle attività di un servizio, comprendendo tutta l'attività di diagnosi, cura e riabilitazione che è possibile attribuire in modo univoco ad un singolo soggetto (dotata cioè di *etichetta nome-paziente*), nonché le attività necessarie al coordinamento specifico del piano di cura. Include quindi qualunque atto effettuato per un soggetto e rilevabile come intervento/prestazione (attività→interventi→prestazioni), in sua presenza o in sua assenza, con i familiari, con la scuola, in équipe, nella predisposizione di documentazione clinica, relazioni, diagnosi funzionali, secondo quanto indicato dettagliatamente nelle voci specifiche.

E' differenziabile in:

- attività diretta: effettuata in presenza del soggetto
- attività indiretta: effettuata in sua assenza.

• ATTIVITA' DI SUPPORTO

Sono le attività non rivolte direttamente all'assistenza e quindi non attribuibili in modo preciso e univoco ad un singolo soggetto (ad una "linea produttiva"), ma ugualmente indispensabili per garantire il funzionamento dell'unità organizzativa nel suo insieme (attività finalizzate all'organizzazione del servizio, ai rapporti tra questo e l'azienda sanitaria/ospedaliera ed altri enti, alla formazione e alla ricerca, al supporto amministrativo, alle campagne preventive ed informative, a verifica e revisione di qualità, ecc.).

• CONCLUSIONE

Si intende l'interruzione del rapporto con l'utente e la sua famiglia. La conclusione può avvenire in modo concordato o non concordato tra famiglia e servizio. Si considera concluso l'intervento (di diagnosi o di trattamento) quando si verifica una delle condizioni seguenti:

1. il servizio, in accordo con l'utente e/o la famiglia, considera concluso l'intervento (conclusione concordata o dimissione, che può essere sia a utente guarito che migliorato);
2. mancano i presupposti per il proseguimento dell'intervento (non necessità di altre visite dopo la prima o mancanza di collaborazione o superamento dell'età);
3. il soggetto o la famiglia decidono di interrompere l'intervento in disaccordo con il servizio (interruzione attiva);
4. scade il termine convenzionale: per gli interventi ambulatoriali assenza dell'utente, non concordata con il servizio, superiore a 6 mesi (interruzione passiva);
5. è impossibile proseguire l'intervento per trasferimento del paziente;
6. è impossibile proseguire l'intervento per decesso del paziente;
9. altro.

• CONSULENZA

Valutazione specialistica svolta nei confronti di paziente in carico ad altro servizio sanitario (reparto di degenza ospedaliero, Pronto Soccorso, altro ospedale) o socio-assistenziale, a carattere occasionale.

• CONTATTO

Soggetto che riceve dal servizio almeno una prestazione nel corso dell'anno anche senza apertura di cartella clinica (le "teste" diverse che entrano nel servizio nel periodo considerato). Include quindi anche le consulenze occasionali effettuate per altri servizi (vedi sopra).

• **DIAGNOSI**

Va indicata in cartella al termine degli interventi che hanno condotto alla sua definizione e controllata al momento della conclusione del trattamento o di verifiche programmate in itinere.

Per i servizi territoriali, deve essere codificata secondo l'ICD10 multiassiale.

E' possibile utilizzare i Codici Z della classificazione ICD10 qualora non si evidenzia patologia in atto, oppure nel caso in cui l'intervento consista in una certificazione "amministrativa".

Per i ricoveri ospedalieri, viene utilizzato l'ICD9-CM. Esistono sistemi di transcodifica tra i due.

• **EPISODIO DI CURA**

Inizia al primo contatto con il servizio e termina alla conclusione (secondo quanto definito nel Glossario) degli interventi in corso per il paziente (diagnosi e/o trattamento).

La ripresa in carico (il paziente che torna dopo la conclusione) implica l'attivazione di un nuovo episodio di cura, ma non l'apertura di una nuova cartella.

• **ESITO (OUTCOME)**

Le condizioni di salute del soggetto e/o il grado di soddisfazione dello stesso, o dei familiari o della popolazione a seguito di uno specifico intervento sanitario (*ciò che si ottiene/outcome*). E' considerato il terzo "asse della qualità". Si possono distinguere gli esiti finali dagli esiti intermedi e dalla soddisfazione nei confronti dei servizi.

• **EVIDENCE-BASED MEDICINE (EBM)**

Si è preferito usare l'espressione Medicina basata sulle evidenze, anziché Medicina basata sulle prove di efficacia, in quanto le evidenze scientifiche non riguardano solo l'efficacia dei trattamenti. Si noti il plurale "evidenze". La traduzione con il singolare "evidenza" ignora che in inglese *evidence*, come *information*, non ha plurale.

• **GRAVITA'**

Grado di severità della patologia e/o delle sue conseguenze invalidanti. La sua valutazione, per essere confrontabile, richiede il ricorso a idonee scale o questionari.

E' quindi diversa da peso assistenziale, che si riferisce invece al peso dell'assistenza necessaria o erogata. Spesso, ma non sempre né in tutte le fasi della malattia, gravità e peso assistenziale possono risultare direttamente proporzionali.

• **INTERVENTO**

E' l'atto professionale complesso. E' la componente essenziale dell'attività clinica rivolta al paziente (quindi è parte del processo) ed è a sua volta composto da una o più prestazioni. Equivale quindi ad una "linea di produzione": potrebbe trattarsi di un "profilo" diagnostico o terapeutico, di un pacchetto di prestazioni correlate per un certo scopo, di un ricovero ospedaliero ecc.

• **LINEE GUIDA**

Le linee guida professionali sono procedure relative a comportamenti professionali che possono essere considerate come un ponte tra le evidenze scientifiche fornite dalla ricerca, l'esperienza dei professionisti e la pratica. Vanno viste come aiuto alle decisioni professionali e non come qualcosa di vincolante e di eccessivamente limitante la libertà del professionista. In altri termini si riconosce che la variabilità delle condizioni cliniche e delle situazioni psicologiche e sociali degli utenti è tale che può essere lecito o addirittura doveroso scostarsi dalle raccomandazioni della linee guida professionale; in questo caso però bisognerebbe specificare i motivi di tale scostamento. Vedi anche sopra il termine appropriatezza professionale

• **NUOVO UTENTE**

Soggetto che entra in contatto con il servizio per la prima volta e per cui viene aperta una nuova cartella. Nella maggior parte dei casi viene anche avviato un percorso diagnostico.

• **PERCORSO ASSISTENZIALE**

Traduzione di clinical o care pathways. Si è preferito questo termine a quello di percorso diagnostico-terapeutico o clinico o critico e di profilo assistenziale. Il termine assistenziale è ampio e comprende non solo gli aspetti più propriamente clinici ma anche l'assistenza alla persona per la cura di sé e per la gestione delle eventuali disabilità e il sostegno psicologico e sociale. D'altra parte il termine profilo viene usato anche per indicare le caratteristiche dei singoli pazienti e delle varie figure professionali, e solo in questo senso verrà usato in questo testo. Lì si potrebbe anche considerare linee guida clinico-organizzative.

• **PESO ASSISTENZIALE**

Indica il grado di assorbimento di risorse di uno specifico utente o gruppo di utenti. Può essere correlato a diversi fattori, tra cui età, gravità, comorbilità, situazione sociale, contesto di riferimento ecc..

• **PRESA IN CARICO**

Atto con cui si decide che alla prima visita/colloquio seguiranno (ed effettivamente seguono) altri interventi nell'anno (almeno altre 2 prestazioni) per definizione diagnostica o trattamento o altre attività. E' composto dall'insieme delle attività che seguono alla decisione.

• **PRESTAZIONE**

E' l'atto professionale semplice, diretto o indiretto, che compone e costituisce l'attività clinica rivolta al paziente (quindi è parte del processo). Una o più prestazioni correlate individuano un intervento o corrispondono ad esso (vedi).

Costituiscono dimensioni specifiche delle prestazioni: volume di prestazioni (prodotto), tempestività, accessibilità, appropriatezza, correttezza tecnica di esecuzione, coordinamento o integrazione delle prestazioni, continuità dell'assistenza, abilità di comunicazione/informazione verso l'utente/cliente.

• **PROCEDURA**

Il termine è qui usato solo per descrivere una procedura organizzativa, ossia un insieme di istruzioni e raccomandazioni su come eseguire una attività o un insieme di attività collegate (un processo nella seconda accezione qui di seguito). Si noti che le procedure ad elevato contenuto sanitario, che contengono raccomandazioni relative alla diagnosi, alla terapia, ecc. vengono qui dette percorsi assistenziali. Nell'uso normale in sanità per procedure, secondo il significato in inglese, si intendono anche le prestazioni di tipo diagnostico ed anche operazioni chirurgiche. Per questo significato, si è preferito usare "intervento" o "prestazione".

• **PROCESSO (OUTPUT)**

Qualsiasi azione specialistica di NPIA relativa all'assistenza sanitaria (*ciò che si fa/output*). E' considerato il secondo "asse della qualità", quello che si riferisce al comportamento degli operatori sanitari, distinto da "struttura" e da "esito".

• **PRODOTTO**

Da distinguere in: prodotto come insieme (entità, volume) di prestazioni erogate (produzione); prodotto come esito (outcome); prodotto come risultato. Nel primo caso il prodotto non considera i problemi fondamentali di appropriatezza, correttezza di esecuzione, tempestività delle prestazioni, né fa riferimento alle risorse impiegate.

• **PROTOCOLLO**

Termine non usato in questo testo se non per indicare un documento di accordo tra diverse organizzazioni, nella accezione di "protocollo di intesa".

• **RISULTATO**

Indica il grado di raggiungimento di un obiettivo. L'obiettivo può essere relativo ad un aspetto di struttura (ad es. apertura nuovo ambulatorio), di processo (ad es. riduzione tempi di attesa) o di esito (ad es. aumento soddisfazione pazienti).

• **SERVIZIO**

Indica l'insieme coordinato delle diverse Unità Organizzative di NPIA operanti in un'area specifica. In alcune realtà, Unità Organizzativa e Servizio possono coincidere (ad es. in un'azienda sanitaria di piccole dimensioni in cui c'è un unico Polo territoriale di NPIA e non esistono Unità Organizzative Ospedaliere; oppure in un'azienda ospedaliera separata dal territorio ma con un Reparto NPI.....).

• **SOGLIA**

I termini soglia o livello soglia, applicati ad un indicatore, vengono usati come sinonimi di “valore di riferimento”, per esprimere cioè il valore o l'ambito di valore che l'indicatore deve avere perché sia accettabile la qualità del fenomeno cui l'indicatore si riferisce.

• **STANDARD**

Termine anch'esso con diversi significati (indicatore più valore di riferimento o soglia; soglia o valore di riferimento; requisito di accreditamento o insieme di obiettivi generali). Qui è usato talvolta per indicare il valore di riferimento di un indicatore, più spesso per indicare l'insieme di indicatore e valore di riferimento. Lo standard così inteso rappresenta un obiettivo specifico, misurabile, e non è necessariamente uguale per tutte le aziende e neppure per tutte le unità operative che svolgono le stesse attività; il suo valore può dipendere infatti dalle risorse esistenti.

• **STRUTTURA (INPUT)**

Complesso delle risorse disponibili all'interno di un servizio o di una Unità Organizzativa (attrezzature, edifici, personale), e delle modalità organizzative (*ciò che è dato/input*). E' considerata il primo “*asse della qualità*”.

• **TRATTAMENTO**

Comprende tutte le attività di tipo terapeutico o riabilitativo che il servizio effettua per un utente, sia direttamente, anche se all'esterno dell'Unità Organizzativa, sia indirettamente (ad es. tramite i familiari, gli insegnanti ecc.). E' quindi concetto più ampio di “terapia”. La singola terapia, riabilitativa o farmacologia, rappresenta una parte del trattamento che può essere effettuato all'interno di un episodio di cura.

• **UNITÀ ORGANIZZATIVA**

Rappresenta l'entità organizzativa omogenea minima di erogazione delle attività, degli interventi e delle prestazioni. Viene fatto riferimento a quanto previsto dai progetti-obiettivo materno-infantile e salute mentale, e sono riportate tra parentesi alcune delle denominazioni possibili per facilitare l'individuazione della tipologia di Unità Organizzativa di riferimento, per consentire un minimo di confrontabilità.

• **UTENTE**

Soggetto da 0 a 18 anni d'età per il quale esiste una cartella clinica aperta presso il servizio ed a cui sono rivolte le attività. Per traslazione si registrano a suo nome tutte le prestazioni indirette, effettuate in sua assenza nel suo interesse. In casi particolari, può comprendere anche soggetti di età superiore ai 18 anni, se ancora seguiti dal servizio.

[→ Indice](#)