



Associazione Italiana Qualità e Accreditamento in Salute Mentale

Manuale di accreditamento professionale per il Dipartimento di Salute Mentale (edizione 2008 – III revisione)

Direttivo Nazionale QuASM:

Arcadio Erlicher (Presidente), Giovanni Rossi (Direttore scientifico), Germana Agnetti, Roberto Bosio, Renata Bracco, Daniela Costantini, Antonella Costantino, Pasquale De Luca, Andrea Gaddini, Alessandro Guidi, Giovanni Neri, Fabrizio Ramacciotti, Edoardo Re, Elisabetta Rossi, Domenico Semisa, Nuccia Boidi (SIP).

Indirizzo per la corrispondenza :

Arcadio Erlicher,
DSM Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda"
Piazza Ospedale Maggiore, 3 – 20162 MILANO
arcadio.erlicher@ospedaleniguarda.it
Sito QuASM: www.accreditamento.net

INDICE

1. Presentazione	pag. 3
2. Procedure per richiedere ed effettuare visite di accreditamento tra pari in salute mentale	pag. 5
3. Glossario dei termini usati nelle Visite di accreditamento	pag. 12
4. Istruzioni per la compilazione del Manuale	pag. 13
5. Abbreviazioni e glossario del Manuale	pag. 14
6. MANUALE	pag. 15
A. INTEGRAZIONE DIPARTIMENTALE	pag. 15
1. RISORSE, ORGANIZZAZIONE GENERALE, OBIETTIVI E GESTIONE	pag. 18
2. APPROFONDIMENTI :	pag. 22
A. PIANO FORMATIVO	
B. SISTEMA INFORMATIVO	
C. SISTEMA QUALITÀ	
D. INTEGRAZIONE DEL SERVIZIO NELLA COMUNITÀ CON ALTRI SERVIZI ED AGENZIE	
B. CENTRO DI SALUTE MENTALE	pag. 34
C. SPDC	pag. 57
D. STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE – CD	pag. 72
E. STRUTTURE RESIDENZIALI	pag. 88

PRESENTAZIONE

L'edizione del 2008 del Manuale di Accreditamento professionale per il Dipartimento di Salute Mentale costituisce la terza revisione dalla sua prima edizione del 1999.

Anche questa revisione ha rispettato i principi metodologici che sono stati alla base della costruzione di questo strumento, la partecipazione e il consenso dei professionisti.

Per questa revisione ci si è avvalsi della pratica esperienza nei servizi di salute mentale dello strumento, che dall'ormai lontano 1998, con il contributo dell'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del Programma Nazionale Salute Mentale, è stato applicato in almeno una quarantina tra DSM, Unità Operative di Psichiatria e singoli servizi psichiatrici diffusi su tutto il territorio nazionale. I suggerimenti e le critiche degli operatori dei diversi profili professionali che sono stati coinvolti nelle procedure di valutazione sono stati preziosi per apportare al Manuale quei correttivi e quegli aggiornamenti che hanno condotto a questa edizione, come sempre, per ragioni metodologiche, provvisoria e destinata a ulteriori e periodiche revisioni.

L'Associazione per la Qualità e l'Accreditamento in Salute Mentale (QuASM), Sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria (SIP), titolare e responsabile scientifica, per così dire, del prodotto, si è assunta il compito di tenere viva l'esperienza dell'applicazione del Manuale nell'attività concreta dei servizi e di svolgere il lavoro di sintesi necessario per arrivare alla presente pubblicazione.

In particolare, tuttavia, vanno citate alcune iniziative specifiche che hanno consentito questo risultato:

- a. Il Programma innovativo triennale della Regione Lombardia, che ha coinvolto in un'esperienza di formazione alle pratiche del miglioramento della qualità e all'applicazione delle procedure dell'accREDITamento professionale una quindicina di DSM della Regione e il cui obiettivo di contribuire all'edizione della revisione del Manuale era esplicitato;
- b. Il Programma di AccREDITamento professionale attuato negli anni scorsi nella Regione Veneto cui hanno partecipato 8 DSM.

Sempre per quanto riguarda la Regione Veneto, alcuni DSM di cui, per opportuna informazione, diamo di seguito i riferimenti, hanno già espresso l'intenzione di applicare, testandola, la nuova edizione del Manuale. Si tratta di:

- DSM USSL 12 Venezia (Direttore Fabrizio Ramacciotti e Referente Daniela Costantini)
- DSM USSL 13 Dolo (Direttore Alessandro Marcolin e Referente Adriana Del Borrello)
- DSM USSL 17 Monselice (Direttore Sandro Rodighiero e Referenti Maria Chieco e Luciano Liziero)
- DSM USSL 18 Rovigo (Direttore Emanuele Toniolo e Referente Giuseppina Meloni)

L'attuale edizione del Manuale è stata definita sulla base di un lavoro di sintesi di tutte queste esperienze avvenute nel corso degli ultimi quattro anni, coordinato dal Direttivo di QuASM e, con particolare intensità di partecipazione di professionisti dei due progetti sopra citati.

Per quanto riguarda i criteri di qualità, questa revisione si è orientata a semplificarli e ridurli, per quanto possibile, a correlarli con le evidenze, là dove era possibile e a introdurre tra i criteri stessi una reciproca ponderazione, individuandone alcuni gerarchicamente più importanti e prioritari per la definizione della qualità di un servizio, i cosiddetti requisiti *bold*.

Un altro elemento di novità è consistito nell'esplicitare dei *principi ispiratori* di riferimento etico e di policy, come fonte di riferimento per la individuazione dei requisiti successivi. Per

la particolare rilevanza, da questo punto di vista, i *principi ispiratori* riferiti alla dimensione dipartimentale dell'organizzazione occupano una parte considerevole e sono da considerarsi anche fonte di riferimento per l'articolazione dei singoli servizi del DSM. Analogamente, l'articolazione di tali *principi ispiratori* è puntualmente espressa per ciascuna dei capitoli che aggregano i requisiti qualitativi per il Centro di Salute Mentale, ritenuto il fulcro dell'organizzazione del servizio di salute mentale. Per le altre strutture, invece, viene richiamato, per ciascuna di loro, un *principio ispiratore* unico, per altro correlato con la filosofia espressa nei principi esplicitati per l'organizzazione dipartimentale nel suo insieme.

A proposito del Dipartimento di Salute Mentale, diversamente dalle precedenti edizioni del Manuale, non viene trattato tanto come una sorta di componente organizzativa al pari delle altre, sia pure gerarchicamente sovrastrutturata, ma piuttosto nella sua funzione di integrazione della varie componenti organizzative in cui si articola il servizio di salute mentale.

L'edizione 2008 del Manuale sarà disponibile sul sito di QuASM (www.accreditamento.net) e in cartaceo su richiesta all'Associazione 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.

Il Direttivo QuASM

Settembre 2008

[Indice](#)

Procedure per richiedere ed effettuare visite di accreditamento tra pari in salute mentale

01 Pre-verifica:

- 01.1 Il Servizio Psichiatrico (Dipartimento di Salute Mentale. Unità Operativa di Psichiatria, etc.) che intende richiedere l'effettuazione di una visita di accreditamento dovrà farne richiesta scritta all'Agenzia.
- 01.2 La richiesta deve essere compilata come da facsimile 1, su carta intestata dell'Ente richiedente e deve essere indirizzata a “Associazione Italiana per la Qualità e l'Accreditamento in Salute Mentale, Viale Ippocrate n.1 Milano” e deve essere firmata dal Responsabile del Servizio Richiedente.
- 01.3 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.
- 01.4 L'Agenzia prenderà in considerazione la richiesta di visita ed in caso di giudizio positivo provvederà ad inviare al Responsabile del Servizio tutta la documentazione necessaria (01.1.1). Non saranno di norma prese in considerazione richieste relative ad una sola Articolazione (ad esempio uno SPDC o una Residenza).
- 01.5 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, etc.)
- 01.6 Il Direttivo dell'Agenzia nomina un Coordinatore dei visitatori scegliendolo fra gli associati più esperti e ne dà comunicazione al Responsabile del Servizio da visitare.
- 01.7 Il Responsabile del Servizio da visitare nomina un Referente del Servizio e ne dà comunicazione all'Agenzia.

Materiale inviato

- 01.1.1 Materiale informativo sul processo di accreditamento
- 01.1.2 Procedure del processo di accreditamento
- 01.1.3 Copia informatica del manuale di accreditamento
- 01.1.4 Schema di programma di visita
- 01.1.5 Nome e recapiti del Coordinatore dei visitatori

02 Organizzazione della visita

- 02.1 Tutti gli accordi per l'organizzazione della visita, quando non altrimenti specificato, sono presi congiuntamente dal Referente del Servizio e dal Coordinatore dei visitatori.
- 02.2 Il Coordinatore dei visitatori, provvede a concordare con il Referente del Servizio il numero di Articolazioni di visitare, il tempo necessario per affrontare il processo di autovalutazione, la durata della visita (solitamente dai 3 ai 5 giorni), le date in cui la visita sarà effettuata.
- 02.3 L'Agenzia, entro un mese dalla data concordata per la visita, nomina i Visitatori che la effettueranno, scegliendoli fra i propri associati in modo tale che siano presenti visitatori di differenti professionalità (psichiatra, psicologo, infermiere professionale, etc.) e che siano provenienti da diversi contesti lavorativi.
- 02.4 La presenza durante la visita di osservatori nominati dall'Agenzia è subordinata al beneplacito scritto del Referente del Servizio
- 02.5 Il Referente del Servizio ha facoltà di invitare a sua discrezione osservatori a partecipare al processo di visita.

03 Preparazione alla visita

- 03.1 Il Referente del Servizio 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 a:
 - 03.1.1 Individuare all'interno del proprio servizio i facilitatori
 - 03.1.2 Presiedere il processo di autovalutazione
 - 03.1.3 Concordare con il coordinatore dei visitatori le date ed il programma di visita
 - 03.1.4 Inviare entro le date concordate la documentazione richiesta (04)
 - 03.1.5 Organizzare la visita nel proprio servizio
 - 03.1.6 Provvedere ad organizzare le esigenze logistiche dei visitatori
 - 03.1.7 Agevolare il più possibile il processo di visita
 - 03.1.8 Individuare uno spazio dove i visitatori possano discutere in privato o elaborare documenti
 - 03.1.9 Essere presente per tutta la durata della visita

04 Documentazione

04.1 Il referente del servizio invia a ciascuno dei visitatori (in modo che siano ricevuti almeno 30 giorni prima dello svolgimento della visita) copia dei documenti elencati. I documenti dovrebbero essere preferibilmente in supporto cartaceo ed inviati a mezzo posta. Qualora ciò non fosse possibile può essere accettata in seconda istanza la trasmissione in formato digitale a mezzo posta elettronica.

- 04.1.1 Il manuale compilato durante il processo di autovalutazione, con chiaramente indicato in ogni sua parte a quale particolare Articolazione si riferisce.
- 04.1.2 Una relazione sul processo di autovalutazione in cui sia chiaramente indicato quali Articolazioni hanno partecipato al processo di autovalutazione, come si situano nel Dipartimento o nella Unità Operativa, come sono collegate funzionalmente tra loro, quali Articolazioni non hanno partecipato al processo e perchè.
- 04.1.3 Una presentazione del Servizio (04.1.3)
- 04.1.4 La carta dei servizi
- 04.1.5 Dati di governo / report di attività
- 04.1.6 Regolamento del Dipartimento di Salute Mentale
- 04.1.7 Programma della visita
- 04.1.8 Tutti quei documenti ritenuti utili a fare capire le scelte e le attività del servizio.

04.1.3 - 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 informazioni sui seguenti aspetti

- 04.1.3.1 Storia del servizio
- 04.1.3.2 Tipologia organizzativa
- 04.1.3.3 Mission
- 04.1.3.4 Risorse
- 04.1.3.5 Organizzazione
- 04.1.3.6 Problemi particolari
- 04.1.3.7 Varie ed eventuali

0.5 Visita

- 0.5.1 Il programma di visita è concordato tra il Referente del Servizio e il Coordinatore dei Visitatori tenendo presente che:
- 0.5.2 Si deve visitare almeno una articolazione per tipo.

- 0.5.3 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.
- 0.5.4 La visita dura di norma tre giorni. Visite di durata più breve o più lunga possono essere concordate a parte tra Referente del Servizio e Coordinatore dei Visitatori, in caso di situazioni particolari.
- 0.5.5 I giorni concordati per la visita devono essere giorni lavorativi e giorni in cui le articolazioni visitate sono normalmente in funzione.
- 0.5.6 Dovrebbero essere programmati incontri con almeno una Associazione di Familiari, con una Associazione di Utenti (qualora tali Associazioni manchino con gruppi rappresentativi di utenti e familiari scelti dal Servizio) e con altre Associazioni o Enti che eventualmente collaborino attivamente con il Servizio.

Esempio di programma di visita

I giorno

Ore 9: arrivo ed incontro dei visitatori

Ore 9,30-11,30: incontro con i responsabili del DSM per esaminare l'organizzazione del DSM

Ore 12-16: visita articolazione più vicina (es. CSM)

Ore 16 -19: visita ad altra articolazione (es. SPDC)

II giorno

Ore 9: incontro dei visitatori

Ore 9,30-11,30: visita articolazione (es. centro diurno)

Ore 11,30-13: incontro con associazione (es. pazienti)

Ore 14,30 -16,30: visita articolazione (es. residenza)

Ore 16,30 -18,30: incontro con associazione (es. familiari)

III giorno

Ore 9: incontro dei visitatori

Ore 9,30-11,30: visita altra articolazione (es. altra residenza)

Ore 11,30 - 13: visita altra articolazione (es. altro CSM)

Ore 14-15: tempo a disposizione di visitatori per preparare la restituzione assembleare

Ore 15-17 restituzione assembleare

Ore 17: partenza dei visitatori

0.6 Inizio della visita (prima mattina)

- 0.6.1 Nella prima giornata di visita i visitatori, che provengono da città diverse, si incontrano per la prima volta al Servizio con il Referente del Servizio. 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 propongono al Referente eventuali modifiche qualora ne ravvisino la necessità.
- 0.6.2 Il Referente del Servizio deve essere pronto ad iniziare la visita.
- 0.6.3 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.
- 0.6.4 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 nell'ottica della dirigenza. Sarà in larga parte usato il primo modulo del manuale di accreditamento (Organizzazione del servizio) ma saranno possibili domande di chiarimento anche su altri moduli.

0.7 Visita alle articolazioni

- 0.7.1 Ogni visita ad una nuova articolazione inizia con la verifica della struttura fisica. La visita sarà guidata dal Referente del Servizio e, possibilmente, dal Facilitatore di quella articolazione. A loro sarà 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.
- 0.7.2 Verifica della documentazione sanitaria e non dell'Articolazione: i visitatori devono poter accedere 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.
- 0.7.3 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.
- 0.7.4 Incontro con l'Equipe. E' un incontro di circa 90 minuti con tutta l'equipe che opera in quella articolazione durante il quale i Visitatori esamineranno il manuale autocompilato chiedendo informazioni sulle principali procedure attuate dal Servizio e sui punti di forza e di debolezza evidenziati dai punteggi attribuiti. 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.
- 0.7.5 I Visitatori non attribuiranno nuovi punteggi al manuale: E' però importante seguire lo schema di domande proposto dal manuale modo da assicurarsi di andare a 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.

0.8 Altri incontri durante la visita

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

- 0.8.1 Incontro coi pazienti. All'incontro di regola non dovrebbero essere presenti né operatori del servizio né familiari. Può essere presente un operatore solo se ne viene fatta esplicita

- 0.8.2 Incontro con i familiari. Non dovrebbero essere presenti né operatori né pazienti. Per il resto valgono le stesse regole del gruppo di pazienti.
- 0.8.3 Incontro con Associazioni o Enti particolari. E' un incontro facoltativo. Può essere utile programmarlo se esistono Associazioni o Enti che lavorano in modo stretto ed integrato con il Servizio e se, ovviamente, c'è tempo a sufficienza. Valgono le stesse regole di sopra.

0.9 **Restituzione assembleare (conclusione della visita)**

- 0.9.1 E' il momento finale della visita, durante il quale i Visitatori danno un primo feedback al personale del servizio visitato, esprimendo le loro opinioni a caldo sui punti di forza e di debolezza evidenziati.
- 0.9.2 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.
- 0.9.3 La restituzione assembleare è un momento 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, riceveranno un primo feedback a caldo su quanto i Visitatori hanno visto e sull'idea che si sono fatti del funzionamento del Servizio. Per questi motivi la restituzione assembleare è da considerarsi un momento obbligatorio della visita, deve essere aperta a tutti quelli che desiderano parteciparvi, deve essere formalizzata nel programma (con indicazioni chiare del luogo e dell'ora in cui sarà tenuta) e deve essere pubblicizzata durante tutto il corso della visita. E' compito del Coordinatore dei Visitatori esprimere all'assemblea le "impressioni" ricevute durante la visita secondo lo schema seguente.

0.10 **Contenuti della restituzione assembleare**

- 0.10.1 Commenti sull'autovalutazione e sulla preparazione della visita
- 0.10.2 Commenti sulla conduzione della visita
- 0.10.3 Discrepanze tra autovalutazione e quanto emerso dalla visita
- 0.10.4 Punti di forza e punti di debolezza del Servizio
- 0.10.5 Consigli su come migliorare i punti di debolezza
- 0.10.6 Richiesta ai partecipanti all'assemblea di considerare se quanto detto corrisponde alle impressioni che esse stessi hanno del proprio Servizio
- 0.10.7 Discussione aperta con i partecipanti sulle scelte e sul funzionamento del Servizio
- 0.10.8 Conclusioni del Responsabile del servizio

0.11 **Relazione scritta**

- 0.11.1 La stesura finale del documento deve essere redatta nei 3 mesi successivi alla fine della visita in forma congiunta da parte di tutti i Visitatori sotto la supervisione del Coordinatore dei Visitatori
- 0.11.2 Deve essere firmata dal Coordinatore dei Visitatori e controfirmata da tutti i Visitatori.
- 0.11.3 Deve contenere in forma più dettagliata e analitica quanto già emerso nella restituzione assembleare

- 0.11.4 Si devono analizzare compiutamente i punti di forza e di debolezza del Servizio nel suo insieme e di ogni articolazione visitata, (CSM, SPDC, etc...) 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...) in relazione alla qualità del servizio erogato.
- 0.11.5 Il Coordinatore dei Visitatori deve inviare la versione definitiva della relazione scritta all'Agenzia .
- 0.11.6 L'Agenzia ha tempo 30 giorni dalla ricezione della relazione scritta per vidimarla ed inviarla con lettera di accompagnamento ufficiale al Responsabile del Servizio.
- 0.11.7 La relazione non conterrà giudizi di accreditamento o di non accreditamento ma solo valutazioni qualitative sui punto di forza e di debolezza del servizio erogato e pertanto non ha valore di certificazione.

[◀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
(DSM) *denominazione legale*
(U.O.) *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.....

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.

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

Articolazione: una componente funzionale autonoma del Servizio (ad esempio un SPDC, un centro diurno, etc.)

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

Referente del Servizio: 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.

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

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

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.

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.

[Indice](#)

Istruzioni per la compilazione del Manuale

Per ciascun requisito scrivere accanto 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 = Vi è un programma scritto per arrivare a soddisfare il requisito ma non si è fatto nulla per soddisfarlo
- 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. In questo caso occorre comunque precisare nei commenti in quale altro modo si soddisfano le esigenze implicite nel requisito stesso.
- 9 = Requisito non pertinente.

Per alcuni requisiti si chiede di dare due valutazioni, una relativo a P, Pratiche, ed uno relativo ad S, presenza e qualità di procedure o linee guida Scritte.

Per dare punteggio 3 a P, ci devono essere evidenze che le pratiche in esame sono state applicate in modo omogeneo da operatori diversi in almeno il 51% degli eventi o ospiti a cui si riferiscono; il punteggio P va dato sia in assenza sia in presenza di documenti di servizio scritti o linee guida scritte.

Per dare punteggio 3 a S relativamente a regolamenti e documenti di servizio, occorre che i regolamenti o le procedure siano appunto scritti, che siano stati aggiornati o confermati da non più di 3 anni e che nella loro stesura e/o approvazione sia stato coinvolto almeno un rappresentante per ciascuna figura professionale interessata e, se è il caso, almeno un rappresentante degli utenti. Nel caso di linee guida, occorre che le linee guida scritte siano state aggiornate o confermate da non più di tre anni, che prevedano che sia possibile non seguirle purché si specifichino i motivi, che sia documentato che ci si è sforzati nella loro redazione di tener conto delle evidenze scientifiche (ad esempio prendendo a modello rassegne/metaanalisi del tipo "Centro Cochrane" o coinvolgendo dei metodologi), che siano state discusse da tutte le discipline interessate (che la redazione non sia stata monodisciplinare).

In linea di massima, per quanto riguarda la frequenza di applicazione di un requisito, 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 la completezza di applicazione di requisiti complessi, che comprendono più sottorequisiti, si può indicare che per dare un punteggio 3 è necessario che siano soddisfatti almeno la metà dei sottorequisiti.

[**Indice**](#)

Abbreviazioni e glossario del Manuale

DSM	=	Dipartimento di Salute Mentale
CSM	=	Centro di Salute Mentale
SR	=	Strutture Residenziali
CD	=	Centro Diurno
SPDC	=	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, reparto di psichiatria di un ospedale generale dove è possibile effettuare i TSO
RM	=	Requisiti Minimi di accreditamento del DL 14 gennaio 1997
PO	=	Progetto Obiettivo nazionale
TSO	=	Trattamento Sanitario Obbligatorio

Componente organizzativa = una delle articolazioni organizzative del DSM, ad esempio SPDC; CSM, struttura riabilitativa

Servizio o servizio di salute mentale = in questo documento viene usato genericamente per indicare una qualsiasi componente organizzativa o l'intero dipartimento di salute mentale

[**ⓘ indice**](#)

Premessa

Il presente manuale per l'accreditamento consente ai professionisti di valutare la qualità delle strutture previste dal P.O. Salute Mentale: Centro Salute Mentale, Centro Diurno, Residenza, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura organizzate in forma dipartimentale.

L'organizzazione dipartimentale prevista dalla legge 180 e da tutta la normativa successiva ha lo scopo di garantire la continuità delle cure attraverso l'organizzazione unitaria intra ed extraospedaliera.

Per questa ragione il manuale prevede accanto alle liste di requisiti per ciascuna struttura la valutazione della integrazione dipartimentale.

INTEGRAZIONE DIPARTIMENTALE

L'integrazione dipartimentale ha la finalità di connettere le attività delle strutture previste dalle norme nazionali e regionali dedicate alla erogazione degli interventi di diagnosi e cura per la salute mentale.

Dell'integrazione dipartimentale è responsabile la direzione del DSM e/o una direzione di Struttura Complessa purchè la stessa sia composta dalle quattro tipologie (CSM, CD, Strutture Residenziali, SPDC) previste dai Progetti Obiettivo e dalle norme regionali.

Principi ispiratori

La Direzione del DSM garantisce, nell'ambito delle norme regionali, la gestione unitaria delle risorse assegnate al DSM e alle Unità Operative, ne promuove l'integrazione con le risorse istituzionali, volontarie e naturali presenti nel territorio, avendo esplicitato gli obiettivi perseguiti.

La Direzione del DSM presidia nella articolazione dei servizi la coerente e diffusa applicazione dei Principi ispiratori anche attraverso continue attività di miglioramento dei processi assistenziali, basate sulla forza delle evidenze e sul consenso dei professionisti.

1. Il Centro di Salute Mentale (CSM) ha una posizione centrale nella rete dipartimentale ed è titolare del progetto terapeutico-riabilitativo. Nel CSM è stato chiarito ed esplicitato in un documento scritto quali sono i suoi ambiti di intervento, quali le sue priorità e quali le sue risorse. Devono essere formulati obiettivi di intervento chiari, individuati ed attuati con il concorso di tutto il personale. Tali obiettivi dovrebbero essere valutati nei loro risultati annualmente. Il CSM deve privilegiare gli interventi per il mantenimento del paziente nel suo ambiente naturale di vita.
2. Le Strutture Residenziali (SR) sono parte integrante della rete dei servizi dipartimentali e ne condividono i principi ispiratori. Esse contribuiscono alla realizzazione di programmi terapeutico-riabilitativi, esclusivamente per utenti per cui è attivo un programma di cura presso il CSM territorialmente competente. Le azioni del gruppo di lavoro della SR vanno ad integrare e completare l'attività di valutazione dei bisogni, di definizione del programma terapeutico-riabilitativo individuale attivato presso il CSM e ne garantiscono l'attuazione, per quanto attiene

alla SR stessa, oltre che la verifica. Tutte queste azioni vengono svolte in stretto contatto con l'equipe curante presso il CSM. Le SR curano in modo particolare l'integrazione e le collaborazioni con soggetti esterni alla rete dipartimentale, in modo da garantire agli utenti l'accesso alle risorse formali ed informali utili alla realizzazione del programma di cura ed all'accesso ai diritti di cittadinanza.

3. Le Strutture semiresidenziali (Centri Diurni - CD) sono parte integrante della rete dei servizi dipartimentali, e ne condividono i principi ispiratori. Esse contribuiscono alla realizzazione di programmi terapeutico-riabilitativi, esclusivamente per utenti per cui è attivo un programma di cura presso il CSM territorialmente competente. Le azioni del gruppo di lavoro del CD vanno a integrare e completare l'attività di valutazione dei bisogni, di definizione del programma terapeutico-riabilitativo individuale attivato presso il CSM, e ne garantiscono l'attuazione per quanto attiene al CD stesso, oltre che la verifica. Tutte queste azioni vengono svolte in stretto contatto con l'equipe curante presso il CSM. I Centri Diurni curano in modo particolare l'integrazione e le collaborazioni con soggetti esterni alla rete dipartimentale, in modo da garantire agli utenti l'accesso alle risorse formali ed informali utili alla realizzazione del programma di cura ed all'accesso ai diritti di cittadinanza.
4. Il ricovero in SPDC è parte integrante di un programma di cure che vede la sua continuità nelle strutture territoriali. Per ogni ricovero devono essere formulati obiettivi concordati con le strutture del DSM coinvolte nel progetto di cura. Tale progetto deve essere finalizzato al superamento della crisi, allo sviluppo del massimo grado di consapevolezza del paziente, al suo coinvolgimento nel programma di cura e al mantenimento dei rapporti col proprio ambiente naturale di vita.
5. Il Servizio garantisce che i pazienti siano compiutamente informati del loro programma di cura, dei loro diritti e doveri; ogni decisione dovrebbe essere condivisa con il paziente.
6. Il Servizio è dotato di spazi decorosi, che devono garantire la riservatezza.
7. I bisogni di ogni utente vengono valutati secondo riferimenti professionali comuni garantiti attivamente dal lavoro di équipe e gli interventi sono differenziati qualitativamente in funzione di tali bisogni. Il migliore livello di assistenza viene garantito anche attraverso le opportune sinergie con le altre articolazioni organizzative del DSM
8. I familiari debbono essere adeguatamente sostenuti attraverso incontri, corsi di formazione/informazione, aiuto alle associazioni di categoria.
9. I Servizi garantiscono condizioni di sicurezza a pazienti e operatori nell'erogazione delle attività assistenziali attraverso l'individuazione e l'applicazione di procedure di gestione del rischio.
10. Lo sviluppo professionale garantisce il mantenimento della qualità professionale. Ogni anno il piano di formazione viene formulato alla luce delle indicazioni fornite

da tutto il personale. La formazione deve essere finalizzata all'apprendimento di informazioni utili a migliorare il lavoro quotidiano delle varie professionalità

11. IL DSM garantisce l'integrazione istituzionale, gestionale e professionale con i servizi e le agenzie presenti nella comunità di riferimento (territorio). La continuità terapeutica ed il processo complessivo di cura e di tutela della salute mentale sono assicurati attraverso le opportune forme di collaborazione con gli altri servizi sanitari e le altre agenzie presenti nel territorio, mediante adeguate strategie di rete.
12. L'uso sistematico di informazioni affidabili consente la rimodulazione degli obiettivi e dell'offerta di cure. La documentazione clinica deve essere accurata e completa e la sua qualità adeguatamente monitorata. Il sistema informativo permette di conoscere i volumi di attività, di rispondere adeguatamente al debito informativo aziendale, di programmare e supportare convenientemente i processi assistenziali.

Indice

0. DATI DI BASE
1. ORGANIZZAZIONE GENERALE, OBIETTIVI E GESTIONE E RISORSE
2. APPROFONDIMENTI :
 - A. PIANO FORMATIVO
 - B. SISTEMA INFORMATIVO
 - C. SISTEMA QUALITÀ
 - D. INTEGRAZIONE DEL SERVIZIO NELLA COMUNITÀ CON ALTRI SERVIZI ED AGENZIE

0. DATI DI BASE

Viene richiesta la documentazione disponibile relativa a:

1. Documento generale di organizzazione del DSM e delle sue U.O., (mission, vision, obiettivi, target e priorità)
2. Regolamento del DSM
3. Organizzazione funzionale (organigramma)
4. Caratteristiche strutturali dei Centri di Salute Mentale, Ambulatori, Centri diurni, Day Hospital, SPDC, Strutture Residenziali (caratteristiche edilizie, localizzazione, ecc.)
5. Personale distribuito per categoria professionale ed informazioni sulla stabilità e sul turn over
6. Tipologia e numero utenti prevalenti e nuovi utenti, suddivisi per sesso, età, diagnosi
7. Tipologia e numero di prestazioni effettuate
8. Tipologia e numero prestazioni per residenti erogate da altri (ad esempio case di cura, OPG, centri diurni e residenze accreditate)
9. Costi
10. Piano formativo
11. Caratteristiche e funzionalità del sistema informativo
12. Repertorio dei contratti e delle convenzioni
13. Eventuali progetti innovativi

1 . RISORSE, ORGANIZZAZIONE GENERALE, OBIETTIVI E GESTIONE

Principio ispiratore

La Direzione del DSM garantisce, nell'ambito delle norme regionali, la gestione unitaria delle risorse assegnate al DSM e alle unità operative, ne promuove l'integrazione con le risorse istituzionali, volontarie e naturali presenti nel territorio, avendo esplicitato gli obiettivi perseguiti.

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.1 Il DSM dispone di tutte le strutture previste dal P.O. nazionale e dalle normative regionali. <i>Per dare punteggio 3 tali strutture devono avere una capacità di accoglienza pari a quella prevista dal P.O. nazionale per ciascuna tipologia.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.2 Il DSM ha una carta dei servizi. <i>La Carta dei Servizi che può essere compresa in quella aziendale descrive le strutture presenti con modalità ed orari di accesso, individua le priorità di offerta di servizi e le attività svolte, indica i responsabili, le possibilità di segnalazione dei reclami e le procedure di risposta con l' indicazione dei tempi di attesa prevedibili.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.3 La Direzione del DSM promuove una rete di rapporti regolari con molteplici soggetti (pubblici, privati, enti locali, associazioni, istituzioni e servizi) al fine di ottimizzare l'organizzazione ed il coordinamento di servizi formali ed informali deputati alla tutela della salute mentale anche utilizzando gli accordi di programma previsti dai Piani di Zona.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.4. La Direzione del DSM ha una politica di sostegno e di coinvolgimento degli utilizzatori dei servizi.</p> <p><i>Per dare punteggio 3 è necessario che</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Ci sia una relazione organizzata tra le associazioni di utenti e familiari e la direzione del DSM</i> ➤ <i>Siano definite le procedure di condivisione delle politiche del DSM</i> ➤ <i>Siano disponibili strumenti definiti di rilevazione della soddisfazione rispetto ai servizi.</i> ➤ <i>Siano comunicate informazioni e istruzioni regolari e continuative ritenute adeguate sul disturbo proprio o del congiunto, nel prioritario interesse del paziente e con il suo consenso e sia garantito un appoggio dal servizio al contesto familiare anche in caso di emergenza.</i> ➤ <i>Siano messe in atto azioni per dare applicazione alla normativa sull'amministratore di sostegno.</i> 	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.5 La Direzione del DSM favorisce la costituzione di reti e di associazioni di utenti anche allo scopo di aumentare la loro partecipazione al Servizio.</p> <p><i>Il DSM mette a disposizione delle associazioni o dei gruppi di utenti e di familiari spazi e attrezzature. Vi è nella zona almeno una associazione di familiari/utenti che collabora con il servizio.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.6 La Direzione del DSM incoraggia l'intervento dei volontari.</p> <p><i>Vi sono volontari che lavorano in tutte le Unità del dipartimento; vi sono incontri congiunti periodici con le principali associazioni di volontariato.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.7 Il personale in servizio corrisponde a quello in organico e quello in organico agli standard regionali.</p> <p><i>(NB: il DM del 7 Aprile del 1994 prevede almeno un operatore ogni 1500 abitanti)</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.8 Il personale in servizio per numero e qualifica corrisponde almeno a quello medio della regione.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.9 La Direzione del DSM è responsabile della programmazione e della gestione delle risorse umane.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.10 Vi è un documento generale scritto del DSM che specifica i responsabili/coordinatori dell'organizzazione delle attività concernenti i singoli obiettivi .	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.11 Il DSM dispone di un ampio spettro di attività offerte.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.12 Vi è un documento generale della Direzione del DSM che specifica la definizione di una politica di gestione dell'emergenze e delle urgenze e le procedure ad esse connesse.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO			
1.13 La Direzione del DSM ha definito programmi per ridurre il ricorso dei residenti nel territorio di competenza a servizi fuori zona.	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
NOTE				

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.14 La Direzione del DSM promuove pratiche condivise e/o linee guide per l'analisi e l'eventuale gestione degli abbandoni da parte dei pazienti gravi	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.15 La Direzione del DSM assume iniziative rispetto al problema dei "casi" di persone affette da disturbi psichiatrici gravi del territorio di competenza non noti al servizio, ad esso segnalati o "persi di vista".	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.16 Vi è un documento generale della Direzione del DSM che individua gli obiettivi specifici (verificabili) per l'anno o per il triennio in corso . <i>Perché un obiettivo sia verificabile è necessario che sia formulato in modo che sia i sostenitori che avversari dell'obiettivo possano trovarsi d'accordo sul fatto che sia raggiunto o meno.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.17 La Direzione del DSM si fa carico del monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi. <i>Ad esempio, è redatta ogni anno una relazione che descrive le attività svolte e il grado di raggiungimento degli obiettivi.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.18 La Direzione del DSM conosce la quantità di risorse economiche assorbite dal bilancio della Azienda Sanitaria e dispone di idonea documentazione sull'analisi dei costi di propria competenza.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.19 La Direzione del DSM negozia annualmente il proprio budget con la direzione della ASL/Ospedale ed ha autonomia di gestione del medesimo.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.20 La Direzione del DSM promuove la ricerca di fondi aggiuntivi a quelli sanitari pubblici . <i>Per esempio: fondazioni, fondi speciali per l'occupazione, fondo speciale europeo.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.21 La Direzione del DSM promuove o partecipa a progetti di studio e di ricerca	
NOTE	

[◊indice](#)

2. APPROFONDIMENTI

2.1 PIANO FORMATIVO

Principio ispiratore

Lo sviluppo professionale garantisce il mantenimento della qualità professionale.

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.1.1 Esiste un piano annuale approvato e specificamente finanziato relativo alla formazione e all'aggiornamento del personale, esaustivo degli obblighi di acquisizione dei crediti ECM, che tiene conto delle esigenze formative specifiche delle diverse figure professionali, individuate attraverso una loro partecipazione attiva. Il piano deve includere precisi obiettivi di apprendimento, coerenti con le linee di sviluppo del DSM. <i>Per dare punteggio 3 il piano dovrebbe riguardare tutte le figure professionali e dare la possibilità ad ogni operatore di partecipare almeno ad una iniziativa.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.2 E' nominato un coordinatore della formazione del DSM che dedica parte del suo tempo di lavoro al coordinamento e alla valutazione delle attività formative; deve avere una preparazione specifica nella progettazione e nella valutazione nei corsi di formazione e aggiornamento.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.3 Viene effettuata una valutazione sul grado di realizzazione del piano di formazione dell'anno precedente. <i>Per dare punteggio 3 deve essere stato realizzato più del 50%</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.4 Ci sono documenti scritti o procedure consolidate ed uniformi per incoraggiare la presenza di tirocinanti, per il loro utilizzo, la loro formazione e la loro supervisione.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.5 Vi sono pratiche uniformi o procedure scritte per facilitare l'inserimento e la formazione sul campo del personale di nuova acquisizione. <i>Per dare punteggio 3 deve essere previsto un operatore esperto con diminuzione del suo carico di lavoro.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.6 Il piano di formazione ed aggiornamento tende a favorire la capacità di lavoro in équipe. <i>Per dare punteggio 3, almeno una delle iniziative di formazione nel triennio dovrebbe avere temi attinenti, o dovrebbe essere dedicata a gruppi multiprofessionali.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.7 Il piano di formazione ed aggiornamento tende a favorire l'acquisizione di competenze utili all'intervento di rete ed all'individuazione di risorse territoriali e comunitarie esterne ai servizi psichiatrici. <i>Per dare punteggio 3 almeno una delle iniziative di formazione nel triennio dovrebbe avere questo per tema.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.8 Il piano di formazione ed aggiornamento propone interventi formativi relativi all'accoglienza, alla valutazione della domanda, alla presa in carico. <i>Per dare punteggio 3 almeno una delle iniziative di formazione nel triennio, dovrebbe essere centrata su tali temi.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.9 Il piano di formazione promuove l'aggiornamento su metodiche diagnostiche e terapeutiche, interventi farmacologici, psicoterapici, riabilitativi, familiari. <i>Per dare punteggio 3 almeno una delle iniziative di formazione nel triennio, dovrebbe essere centrata su tali aree tematiche.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.10 Il piano di formazione privilegia metodiche diagnostiche e interventi la cui efficacia è provata da evidenze scientifiche, secondo i principi della Evidence Based Medicine.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.11 Il piano di formazione ed aggiornamento del personale prevede incontri formativi dedicati alla corretta rilevazione dei dati per il Sistema Informativo.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.12 Il piano di formazione e di aggiornamento del personale prevede la partecipazione degli operatori alla adozione di linee guida ed alla definizione di procedure di buona pratica <i>Per dare punteggio 3 il piano dovrebbe riguardare tutte le figure professionali e dare la possibilità ad ogni operatore di partecipare ad almeno un'iniziativa.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.13. Il piano di formazione e di aggiornamento del personale prevede incontri sui principi e le esperienze di MCQ e promuove la partecipazione a progetti di MCQ . <i>Per dare punteggio 3 il piano dovrebbe riguardare tutte le figure professionali e dare la possibilità ad ogni operatore di partecipare ad almeno una iniziativa</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.14 Nel piano di formazione e di aggiornamento del personale si prevede la frequenza di stages formativi presso altre strutture.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.15 Nel piano di formazione e di aggiornamento del personale si prevede la possibilità di discutere il proprio lavoro con un collega più esperto o un supervisore esterno.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.1.16 Sono richiesti e analizzati i dati relativi alla valutazione delle attività formative . <i>Sono analizzati i risultati immediati in termini di gradimento e di apprendimento e i risultati a distanza in termini di applicazioni di quanto appreso; per dare punteggio 3, negli ultimi due anni almeno il gradimento per tutti i corsi, l'apprendimento per un terzo dei corsi e i risultati a distanza per un corso.</i></p>	
NOTE	

2.2 SISTEMA INFORMATIVO

Principio ispiratore

L'uso sistematico di informazioni affidabili consente la rimodulazione degli obiettivi e dell'offerta di cure.

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2.1 La gestione del Sistema Informativo è in capo alla Direzione del DSM, che garantisce agli operatori l'accesso alle informazioni in base al ruolo svolto e alle necessità clinico-organizzative	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2.2 E' stato nominato a livello di DSM un responsabile del sistema Informativo. <i>La nomina dovrebbe essere accompagnata dalla descrizione delle sue funzioni-responsabilità che includono la promozione e il controllo della tempestività della rilevazione, della completezza, della riproducibilità e della accuratezza dei dati, la supervisione della loro registrazione e della loro analisi statistica, l'aiuto e l'educazione al loro utilizzo, e le attività di reporting interno.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2.3 Il Sistema Informativo consente di rispondere alle richieste informative dei livelli sovraordinati in modo completo, accurato e tempestivo.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2.4 Il Sistema Informativo consente di conoscere l'incidenza, la prevalenza e le caratteristiche degli utenti in carico, indipendentemente dall'Unità Operativa (CSM, etc.) con cui sono in rapporto.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2.5. Il Sistema Informativo fornisce dati sulle prestazioni effettuate adottando una classificazione condivisa e un glossario di riferimento.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2.6. Il Sistema Informativo consente di conoscere il numero dei pazienti “persi di vista”. <i>Il Dipartimento ha formulato una sua definizione operativa di” perso di vista”.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2.7. Il Sistema Informativo viene utilizzato per monitorare i TSO e i ricoveri ripetuti.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2.8 Il Sistema Informativo viene utilizzato per rilevare gli interventi riabilitativi individualizzati e gli inserimenti lavorativi in ambiente protetto e non protetto.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2.9 Il Sistema Informativo viene utilizzato per rilevare il ricorso a strutture di ricovero private da parte di utenti del proprio territorio sia nel caso che siano inviati dal servizio, sia in caso contrario.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2.10 Il Sistema Informativo viene utilizzato per report periodici sulle attività che sta monitorando.	
NOTE	

2.3 NUCLEO DI VALUTAZIONE – MCQ; procedure e linee guida

Principio ispiratore

Le organizzazioni sanitarie necessitano di continue attività di miglioramento dei processi assistenziali basate sulla forza delle evidenze e del consenso dei professionisti.

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.3.1 La Direzione del DSM ha attivato un Nucleo di Valutazione e Miglioramento di Qualità al fine di valutare l'efficienza e l'efficacia delle attività condotte dallo stesso.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.3.2 Ci sono strumenti sistematici di segnalazione di eventi negativi, per es., rifiuto prolungato dei farmaci, episodi di aggressività, suicidi o tentati suicidi, abbandoni di utenti affetti da patologie mentali gravi, perdita di lavoro, reati commessi dagli utenti. <i>Le segnalazioni suddette non hanno solamente uno scopo medico legale, ma portano anche all'analisi delle possibili cause e all'individuazione dei possibili fattori di prevenzione.</i> <i>Per dare punteggio 3 almeno due eventi devono essere monitorati sistematicamente; gli eventi dovrebbero essere espressi in termini operativi, essere rilevabili in modo riproducibile e devono essere specificate per iscritto le modalità di rilevazione e il Controllo di Qualità dei dati.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.3.3 Il DSM ha messo in atto iniziative per migliorare la qualità della documentazione clinica <i>Il Dipartimento ha iniziative e procedure per far sì che in tutte le sue Unità le cartelle cliniche siano facilmente reperibili e aggiornate, contengano valutazioni multidimensionali dei pazienti (psicopatologiche, fisiche e sociali) e piani di trattamento individuali.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.3.4 Si utilizzano nel DSM altri indicatori di esito (oltre agli eventi negativi) per misurare la qualità di vita e di salute degli utenti. <i>Indicare quali indicatori e su quali pazienti.</i> <i>Per dare punteggio tre deve essere stata effettuata negli ultimi due anni una rilevazione di questo tipo, o deve essere stata almeno progettata per iscritto la sua effettuazione entro 24 mesi.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.3.5 E' assicurata la riservatezza e l'uso confidenziale e non punitivo di questi indicatori. <i>La Direzione Generale dovrebbe essere informata di quali eventi il DSM intende monitorare, ma i dati dovrebbero rimanere all'interno del DSM ed essere utilizzati solo a fini di MCQ.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.3.6 Sono effettuati progetti di MCQ sulla completezza e la qualità dei dati rilevati dal Sistema Informativo di routine. <i>Per dare punteggio tre almeno un progetto nel corso degli ultimi tre anni deve essere arrivato alla fase di valutazione dell'intervento migliorativo.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.3.7 Ogni anno il DSM promuove almeno un progetto di MCQ relativo o alla qualità manageriale, o alla qualità professionale, o alla qualità percepita. <i>Ad esempio, progetti per la razionalizzazione dell'uso degli psicofarmaci, per migliorare la collaborazione con i familiari, rilevazioni sulla soddisfazione degli utenti.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.4.2 Il DSM ha rapporti stabili e continuativi con i Servizi Sociali. <i>Vengono tenute riunioni congiunte periodiche di coordinamento delle attività; vi sono assistenti sociali con esperienza specifica che lavorano in stretta collaborazione con i servizi psichiatrici. Può essere utile accertare se i Servizi Sociali hanno definito un budget specifico per la salute mentale e se condividono le priorità del DSM.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.4.3 Vi sono protocolli scritti e/o pratiche uniformi e consolidate di collaborazione con i servizi per le tossicodipendenze e l'alcoolismo, le loro comunità e le attività di mutuoaiuto.</p> <p style="text-align: center;">P S</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.4.4 Vi sono protocolli scritti e/o pratiche uniformi e consolidate di collaborazione con i servizi di assistenza ai soggetti disabili.</p> <p style="text-align: center;">P S</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.4.5 Vi sono protocolli scritti e/o pratiche uniformi e consolidate di collaborazione con i servizi di assistenza per gli anziani e le strutture residenziali per anziani.</p> <p style="text-align: center;">P S</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.4.6 Il DSM promuove e partecipa a iniziative di formazione dei medici di medicina generale su temi inerenti la salute mentale. <i>Per dare punteggio 3 le iniziative dovrebbero essere effettuate almeno una volta all'anno con almeno la partecipazione del 10% dei medici di base.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.4.7 Il DSM dispone di un ampio spettro di attività e programmi di formazione professionale e inserimenti lavorativi. <i>Questi programmi devono essere disponibili per almeno il 50% degli utenti in cui è riconosciuto il bisogno e i tempi di attesa per il loro utilizzo non devono in genere superare il mese.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.4.8 Esiste una politica di intervento tendente all'aumento delle convenzioni con cooperative di "tipo B" .</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.4.9 Esistono rapporti regolari con i Comuni e con altre istituzioni pubbliche per concordare programmi condivisi volti a garantire il diritto alla casa degli utenti del DSM nei percorsi di deistituzionalizzazione e di dimissione dal circuito psichiatrico.</p>	<input type="checkbox"/>
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.4.10 IL DSM promuove progetti volti a favorire il lavoro di rete e di integrazione con i diversi soggetti che nella comunità svolgono un ruolo per la tutela della salute mentale comprese scuole, associazioni giovanili, culturali, ricreative e sportive.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.4.11 Vi sono protocolli scritti e/o pratiche di buona collaborazione con le forze dell'ordine.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.4.12 Vi è un programma di presa in carico dell'assistenza psichiatrica negli istituti penitenziari eventualmente presenti nel territorio di riferimento.	
NOTE	

[🏠 indice](#)

CENTRO DI SALUTE MENTALE

INDICE

0. Dati di base
1. Organizzazione generale
2. Personalizzazione e diritti
3. Comfort ambientale
4. Caratteristiche generali della cura e dell'assistenza
5. Attività rivolta alle famiglie
6. Sicurezza dei pazienti e degli operatori
7. Gestione del personale e formazione
8. Integrazioni organizzative e collaborazioni
9. Documentazione clinica e Sistema Informativo

0. DATI DI BASE per il Centro di Salute Mentale (CSM):

numero utenti prevalenti nell'anno (distribuzione per età, sesso, diagnosi)
numero utenti incidenti nell'anno (distribuzione per età, sesso, diagnosi)
volume di prestazioni nell'anno
tipologia delle prestazioni

1. ORGANIZZAZIONE GENERALE

PRINCIPIO ISPIRATORE

Il CSM ha una posizione centrale nella rete dipartimentale ed è titolare del progetto terapeutico-riabilitativo. Nel CSM è stato chiarito ed esplicitato in un documento scritto quali sono i suoi ambiti di intervento, quali le sue priorità e quali le sue risorse. Devono essere formulati obiettivi di intervento chiari, individuati ed attuati con il concorso di tutto il personale. Tali obiettivi dovrebbero essere valutati nei loro risultati annualmente. Il CSM deve privilegiare gli interventi per il mantenimento del paziente nel suo ambiente naturale di vita.

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>1.1 Vi è evidenza di un documento scritto (separato o parte del documento generale del Dipartimento di Salute Mentale) che specifica gli obiettivi e le funzioni generali (la missione) del servizio.</u></p> <p><i>Questo documento deve specificare le priorità del servizio (ad esempio le categorie di utenti a cui esso si impegna a dare priorità nell'ambito delle risorse disponibili), le attività principali che si impegna a svolgere nei confronti degli utenti, il tipo di rapporti che intende avere con i familiari, le associazioni di volontariato e la popolazione generale. Inoltre dovrebbe affermare che il CSM è il servizio responsabile del progetto.</i></p> <p><i>Il documento deve essere condiviso da tutti e diffuso.</i></p> <p><i>Il documento viene rivisto e confermato o aggiornato almeno ogni 3 anni.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.2 Vi è evidenza che sono formulati e diffusi entro i primi tre mesi (separatamente o nell'ambito del documento generale del Dipartimento di Salute Mentale) il piano di attività e gli obiettivi che il servizio si prefigge per l'anno in corso.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>1.3 Il servizio territoriale utilizza le proprie risorse per garantire uno spettro ampio e flessibile di interventi ed attività.</u></p> <p><i>Il servizio territoriale dovrebbe erogare prestazioni differenziate per quanto riguarda la sede (ambulatoriali, domiciliari, invio in centro diurno ed in residenza) e per quanto riguarda il tipo (farmacologiche, psicoterapeutiche, socializzanti, riabilitative, di coinvolgimento dei familiari e della popolazione).</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>1.4 Vi è evidenza che il servizio territoriale ha programmi per contenere il ricorso ad accoglimenti prolungati in strutture sia intra che extra dipartimentali e per sostenere il paziente al proprio domicilio.</u></p> <p><i>Indicatori suggeriti: tassi di ricovero in SPDC, in SR, volume dell'attività domiciliare</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.5 Il servizio è facilmente accessibile. <i>La sede del servizio deve essere raggiungibile agevolmente con i mezzi pubblici o deve essere organizzato il trasporto degli utenti particolarmente svantaggiati.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.6 Il servizio è dotato di mezzi di trasporto, in numero adeguato ed in condizioni di efficienza. <i>Vi è disponibilità di mezzi di trasporto (del servizio o in convenzione) per il trasporto dei pazienti che ne hanno bisogno.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>1.7 Il servizio ha un numero adeguato di linee telefoniche.</u> <i>Per dare punteggio 3 occorre che chi telefona nelle ore di punta trovi almeno una volta su due la linea libera o nel caso di segreteria telefonica qualcuno risponda entro due minuti dalla risposta automatica.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>1.8 Il servizio è accessibile e operativo almeno 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana.</u> <i>Almeno una sede del servizio psichiatrico territoriale è aperta almeno 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana, con la presenza dei diversi profili professionali che consentono all'équipe di operare secondo gli standard abituali.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.9 I tempi di attesa per una prima visita approfondita priva del carattere di urgenza sono contenuti. <i>Per dare punteggio 3 non devono superare i 14 giorni</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.10 <u>Il CSM garantisce una valutazione immediata e risposta tempestiva alle richieste di intervento urgente.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.11 Esiste un organigramma che definisce i responsabili delle diverse articolazioni operative e dei progetti.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.12 Ci sono regolari riunioni organizzative e di discussione dei programmi individuali con la presenza degli operatori e dei rappresentanti delle articolazioni della struttura compatibilmente con le attività previste. <i>Per dare punteggio 3 dovrebbe esserci almeno una riunione settimanale.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.13 Ci sono regolari riunioni di discussione dei casi ad alto carico e/o ad alta complessità assistenziale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.14 Il processo di cura è organizzato secondo il modello del gruppo di lavoro multidisciplinare. <i>Ogni membro dell'équipe partecipa alla formulazione del progetto di cura, ne valuta l'andamento in discussioni regolari e ha precise responsabilità nella sua attuazione.</i> <i>Le funzioni/responsabilità di ogni membro dell'équipe vanno intese come contributo verso il raggiungimento degli obiettivi del servizio e non come somma rigida di mansioni.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.15 Ogni paziente in carico deve avere un operatore esplicitamente individuato cui riferirsi.	
NOTE	

2. PERSONALIZZAZIONE E DIRITTI

PRINCIPIO ISPIRATORE

Il Servizio cura che i pazienti siano compiutamente informati del loro programma di cura, dei loro diritti e doveri; ogni decisione dovrebbe essere condivisa con il paziente.

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.1 E' disponibile per chiunque un documento (es. Carta dei servizi) in cui vengono descritte le modalità di accessibilità e il processo assistenziale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2 Nel servizio esiste un foglio informativo leggibile che descriva chi lavora nel servizio ed i suoi compiti.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.3 Gli operatori sono facilmente identificabili dagli utenti. <i>Per es. mediante cartellino con nome scritto chiaro, funzione visibile e, eventualmente, foto.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.4 Il personale si rivolge alla persona parlando in maniera chiara, cortese e positiva. <i>Il linguaggio impiegato dovrebbe esprimere per la persona lo stesso rispetto che il personale si aspetta da lui.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.5 Ai pazienti e ai loro familiari viene comunicato il più presto possibile, in modo orale e/o mediante un opuscolo scritto, quali sono i loro diritti e le loro responsabilità nel percorso assistenziale e nel rapporto con il Servizio. <i>Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Opuscolo scritto <input type="checkbox"/></i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>2.6 Vi è evidenza che gli utenti sono tenuti informati e aggiornati su diagnosi, trattamento da effettuare, effetti collaterali dei farmaci e decorso della malattia e possibili alternative al trattamento proposto.</u></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.7 Il servizio dispone di opuscoli e dépliant scritti in modo divulgativo e comprensibile per gli utenti e i loro familiari sui principali disturbi psichiatrici e il loro trattamento.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.8 Gli utenti ricevono informazioni adeguate sugli altri servizi sanitari e sociali della zona. <i>I pazienti e le loro famiglie dovrebbero ricevere a questo proposito adeguate informazioni, sia a voce sia mediante la distribuzione di un opuscolo.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.9 Il CSM applica correttamente la normativa relativa al rispetto del trattamento dei dati sensibili.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>2.10 Il servizio favorisce la costituzione e il funzionamento di gruppi di auto aiuto e associazioni di utenti.</u> <i>Sono attive nel bacino d'utenza del servizio gruppi di auto aiuto o associazioni di utenti. Per dare punteggio 3 deve esistere nella zona almeno un gruppo.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.11 Vi e' evidenza che i reclami e suggerimenti degli utenti o famigliari sono analizzati al fine di poter migliorare la qualità del servizio.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.12 Vengono effettuate rilevazioni periodiche e campionarie sulla soddisfazione degli utenti.	
NOTE	

3. COMFORT AMBIENTALE

PRINCIPIO ISPIRATORE

Il servizio è ubicato in spazi decorosi, che devono garantire la riservatezza. Devono essere presenti almeno una stanza per ogni psichiatra/psicologo in turno e adeguati spazi di attesa e interazione per gli utenti.

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.1 Il servizio soddisfa le norme di sicurezza sia per gli utenti che per gli operatori. <i>Devono essere rispettate le norme legislative di sicurezza degli ambienti e antinfortunistiche (uscite di sicurezza, estintori, ecc.).</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>3.2 La struttura in cui è situato il servizio è dotata di temperatura, illuminazione ed aerazione adeguate e confortevoli, ed in ottemperanza alle normative vigenti. <i>Per attribuire punteggio 3 sia la temperatura che l'illuminazione e l'aerazione devono essere conformi alla normativa. L'attribuzione di punteggi superiori o inferiori è connessa a giudizi ulteriori sul grado di comfort.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>3.3 La struttura in cui è situato il centro è in condizioni igieniche buone.</u> <i>Il Centro viene pulito una volta al giorno e ogni volta che ve ne sia la necessità.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>3.4 La struttura in cui è situato il servizio non presenta barriere architettoniche.</u></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>3.5 Il numero degli studi è sufficiente rispetto a quello del personale.</u></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>3.6 Sono presenti un locale o specifico spazio di segreteria/informazioni, spazi di accoglienza adeguati all'utenza che accede al servizio, un locale-infermeria, una sala riunioni. I locali hanno un aspetto gradevole.</u> <i>Per attribuire punteggio 3 tutti i locali o gli spazi citati devono essere presenti nel rispetto della normativa richiamata. L'attribuzione di punteggi superiori o inferiori è connessa a giudizi ulteriori sul grado di comfort.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>3.7 Sono presenti servizi igienici distinti per l'utenza e per il personale.</u></p> <p><i>Per attribuire punteggio 3 devono essere presenti servizi igienici distinti ed adeguati alle esigenze. L'attribuzione di punteggi superiori è connessa a giudizi ulteriori sul grado di comfort.</i></p> <p><i>Si deve tenere conto del numero dei bagni rispetto al numero degli utenti e degli operatori.</i></p>	
NOTE	

4. CARATTERISTICHE GENERALI DELLA CURA E DELL'ASSISTENZA

PRINCIPIO ISPIRATORE:

I bisogni di ogni utente vengono valutati secondo riferimenti professionali comuni garantiti attivamente dal lavoro di équipe e gli interventi sono differenziati quali-quantitativamente in funzione di tali bisogni. Il migliore livello di assistenza viene garantito anche attraverso le opportune sinergie con le altre articolazioni organizzative del DSM.

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.1 Vi è evidenza di pratiche condivise e consolidate e/o linee guida scritte che definiscono la modalità di accoglienza dell'utente, tali da evidenziare i bisogni di cura e programmare l'intervento più appropriato.</p> <p><i>Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Linee guida scritte <input type="checkbox"/></i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.2 Il processo di valutazione iniziale prende in considerazione stato psichico, funzionamento sociale, condizioni familiari e sociali ed include la conoscenza delle condizioni fisiche, avvalendosi se è il caso di più fonti di informazione.</u></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.7 Vi sono procedure scritte o evidenza di pratiche uniformi per individuare le priorità degli interventi in rapporto alla gravità e all'urgenza.</u></p> <p><i>Ad esempio una specie di sistema di triage psichiatrico che tiene conto del rischio di suicidio, di violenza e di emarginazione.</i></p> <p><i>Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Linee guida scritte <input type="checkbox"/></i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.8 Viene posta attenzione alla salute fisica degli utenti, anche in rapporto agli effetti indesiderati dei farmaci.</p> <p><i>Gli utenti in carico vengono rivalutati almeno una volta ogni sei mesi</i></p> <p><i>Per dare punteggio 3 la persona deve essere visitata almeno due volte l'anno.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.9 Per gli utenti che ne hanno necessità vengono svolte attività riabilitative inerenti all'acquisizione o riacquisizione delle abilità della vita quotidiana, delle abilità di base o delle abilità di relazione sociale.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.10 Vengono promosse o favorite attività di formazione professionale e di inserimento lavorativo.</u></p> <p><i>Dovrebbero essere promossi corsi di formazione professionale, borse lavoro, contatti con gli ambienti di lavoro in cui i pazienti sono inseriti, oltre a mantenere collegamenti con le agenzie (ad esempio le cooperative).</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.11 Vi e' evidenza di rapporti di collaborazione con le altre strutture per la tutela della salute mentale (SPDC, Strutture residenziali) che si esplicitano in attività concordate o in programmi congiunti individualizzati.</u></p> <p><i>L'equipe che ha in carico il paziente effettua riunioni periodiche con gli operatori delle altre strutture coinvolte per definire un programma congiunto e per valutarne lo svolgimento. Per dare punteggio 3 le riunioni devono essere almeno mensili.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.12. Esistano protocolli scritti di collaborazione con il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza.</u></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.13 Esiste evidenza di una continuità del rapporto terapeutico da parte del servizio anche durante il ricovero presso il SPDC.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.14 Ammissioni e dimissioni dal SPDC dei pazienti in carico sono pianificate congiuntamente al servizio inviante.</u></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.15 Esistono protocolli scritti o evidenza di pratiche consolidate per l'effettuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi e degli Accertamenti Sanitari Obbligatoriosi.</u></p> <p><i>Pratiche condivise Protocolli scritti</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.16 Vi è evidenza di pratiche condivise e consolidate e/o linee guida scritte che definiscono la modalità di dimissione dell'utente.</p> <p><i>La decisione di concludere un progetto terapeutico riabilitativo viene discussa dagli operatori con la persona e, se è il caso, con i familiari.</i></p> <p>Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Linee guida scritte <input type="checkbox"/></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.17 Vi è evidenza che il servizio cerca di restare in contatto con chi presenta un disturbo grave e si rifiuta di mantenere il rapporto di cura,</u></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.18 Vi è evidenza di pratiche condivise, consolidate e uniformi per l'analisi e l'eventuale gestione degli abbandoni da parte dei pazienti gravi.</p>	
NOTE	

5. ATTIVITA' RIVOLTA ALLE FAMIGLIE

PRINCIPIO ISPIRATORE

I familiari sono adeguatamente sostenuti attraverso incontri, corsi di formazione/informazione, aiuto alle associazioni di categoria.

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>5.1 I familiari sono incoraggiati e sostenuti nel diventare una risorsa per i propri congiunti in trattamento.</u></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>5.2 Vi e' evidenza che gli utenti ed i loro familiari sono informati adeguatamente sulle misure da adottare in caso di recidiva o ricomparsa della sintomatologia acuta.</p> <p><i>L'utente e la famiglia dovrebbero essere coinvolti nell'identificazione e nel riconoscimento dei segni precoci di crisi e ricevere istruzioni sulle misure da prendere immediatamente in caso di ricaduta e su come ottenere un rapido aiuto in caso di necessita', anche nei periodi notturni e festivi.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>5.3 I familiari hanno la possibilità di discutere il programma del congiunto con un operatore qualificato, previo valido consenso del paziente.</u></p> <p><i>I familiari dovrebbero poter incontrare periodicamente l'operatore di riferimento del caso che sia in grado di informarli sui suoi progressi e che in ogni caso dovrebbe essere disponibile a discutere i dubbi e le ansie dei familiari sul trattamento e sulle conseguenze della malattia mentale in questione.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>5.4 I familiari dei pazienti gravi sono sostenuti attraverso programmi e iniziative.</u></p> <p><i>Esistono iniziative strutturate, non estemporanee, autonome o concordate con altri servizi o istituzioni, per il sostegno o la tutela dei minori conviventi, per ridurre il carico familiare soggettivo oggettivo ed emotivo derivante dalle cure prestate al congiunto malato .</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>5.5 Il servizio favorisce la costituzione e il funzionamento di gruppi di auto aiuto e/o associazioni di familiari.</u></p>	
NOTE	

6. SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI

PRINCIPIO ISPIRATORE

I servizi garantiscono condizioni di sicurezza a pazienti e operatori nell'erogazione delle attività assistenziali attraverso l'individuazione e l'applicazione di procedure di gestione del rischio.

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>6.1 E' disponibile una scorta adeguata di farmaci fondamentali e di altro materiale sanitario di pronto soccorso secondo quanto previsto dalla legge 626 del '94 e successive modificazioni.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.2 Vi è evidenza di pratiche condivise e uniformi e/o linee guida scritte che assicurano a tutto il personale la capacità di affrontare una situazione di emergenza sanitaria, o di emergenza psichiatrica.	
<i>Pratiche condivise</i> <input type="checkbox"/> <i>Linee guida scritte</i> <input type="checkbox"/>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
6.3 Vi è evidenza di pratiche condivise e uniformi e/o linee guida scritte che assicurano a tutto il personale una formazione specifica nella prevenzione e nella gestione degli atti auto ed etero aggressivi.	
<i>Tutto il personale dovrebbe essere preparato ad affrontare un utente aggressivo o una situazione di violenza collettiva, in modo da ridurre al minimo i pericoli per la propria incolumità e i pericoli per l'incolumità dei pazienti.</i>	
<i>Pratiche condivise</i> <input type="checkbox"/> <i>Linee guida scritte</i> <input type="checkbox"/>	
NOTE	

7. GESTIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE

PRINCIPIO ISPIRATORE

Lo sviluppo professionale garantisce il mantenimento della qualità professionale. Ogni anno il piano di formazione viene formulato alla luce delle indicazioni fornite da tutto il personale. La formazione deve essere finalizzata all'apprendimento di informazioni utili a migliorare il lavoro quotidiano delle varie professionalità.

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.1 Esiste un'attribuzione, formalizzata e aggiornata, di eventuali particolari funzioni o compiti interni al CSM.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.2 Esistono momenti strutturati di incontro o discussione con persone qualificate del CSM o esterne sulle difficoltà incontrate nell'esecuzione del proprio lavoro.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>7.3 Esiste un sistema formalizzato del Servizio atto a coordinare le richieste di formazione e di verificarne il loro soddisfacimento.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.4 E' prevista la partecipazione ad iniziative formative che accomunano gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.5 Vi sono programmi di Miglioramento Continuo della Qualità in corso di realizzazione, secondo il ciclo classico del MCQ.	
NOTE	

8. INTEGRAZIONI ORGANIZZATIVE E COLLABORAZIONI

PRINCIPIO ISPIRATORE:

Il DSM garantisce l'integrazione istituzionale, gestionale e professionale con i servizi e le agenzie presenti nella comunità di riferimento (territorio). La continuità terapeutica ed il processo complessivo di tutela della salute mentale sono assicurati attraverso le opportune forme di collaborazione con gli altri servizi sanitari e le altre agenzie presenti nel territorio, mediante adeguate strategie di rete.

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.1 Vi è un collegamento regolare con i Medici di Medicina Generale, con gli operatori di distretto e con l'ospedale generale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.1 Vi è un collegamento regolare con i Medici di Medicina Generale, con gli operatori di distretto e con l'ospedale generale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>8.3 Esistono protocolli scritti o vi è evidenza di pratiche consolidate di collaborazione con il servizio d'emergenza. (118)</u> <i>Pratiche condivise protocolli scritti</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>8.4 Esistono protocolli scritti o vi è evidenza di pratiche consolidate di collaborazione con i servizi distrettuali per anziani.</p> <p style="text-align: center;"><i>Pratiche condivise protocolli scritti</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>8.5 Vi sono contatti regolari con i servizi sociali della zona.</p> <p><i>Contatti regolari consentono di essere aggiornati sui servizi disponibili e di facilitarne l'uso coordinato da parte dei propri pazienti. Le agenzie con cui tenere contatti regolari possono comprendere non solo il servizio sociale in senso stretto ma anche quelle che si occupano delle case popolari, del collocamento al lavoro e di formazione professionale e dell'assistenza degli immigrati.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>8.6 Vi è evidenza di pratiche consolidate di collaborazione con la magistratura e il giudice tutelare.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>8.7 Esistono protocolli scritti o vi è evidenza di pratiche consolidate di collaborazione con le scuole della zona</p> <p style="text-align: center;"><i>Pratiche condivise protocolli scritti</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>8.8 Esistono protocolli scritti o vi è evidenza di pratiche consolidate di collaborazione con agenzie per attività formative rivolte agli utenti.</p> <p><i>Dovrebbero essere tenute riunioni congiunte periodiche di regia e coordinamento delle attività con cooperative sociali e agenzie formative (che accedono ai fondi del Fondo Sociale Europeo, ai fondi regionali per la formazione e/o con gli enti deputati alla formazione permanente (alfabetizzazione).</i></p> <p><i>Pratiche condivise Protocolli scritti</i></p>	
<p>NOTE</p>	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>8.9 Vi sono regolari rapporti con le associazioni di volontariato.</p>	
<p>NOTE</p>	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>8.10 Vi sono rapporti di collaborazione con le agenzie socioculturali presenti nel territorio</p>	
<p>NOTE</p>	

9. DOCUMENTAZIONE CLINICA E SISTEMA INFORMATIVO

PRINCIPIO ISPIRATORE

L'uso sistematico di informazioni affidabili consente la rimodulazione degli obiettivi e dell'offerta di cure. La documentazione clinica deve essere accurata e completa e la sua qualità adeguatamente monitorata. Il sistema informativo permette di conoscere i volumi di attività, di rispondere adeguatamente al debito informativo aziendale, di programmare e supportare convenientemente i processi assistenziali.

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>9.1 Ogni utente in carico ha una sua cartella clinica completa e aggiornata, ben leggibile e ordinata.</u> <i>Per dare punteggio 3, almeno il 50% delle cartelle cliniche dovrebbero contenere una valutazione sia dello stato psichico, sia del funzionamento sociale, sia delle condizioni sociali e familiari, con l'evidenza esplicita dei problemi in atto, nonché il piano di trattamento con la descrizione degli interventi decisi e di quelli effettuati, come pure dei loro effetti. I pazienti devono poter accedere alla propria documentazione su richiesta.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
9.2 In caso di invio della persona ad un altro servizio, il CSM, oltre ai contatti informali, fa pervenire una relazione contenente le informazioni sull'utente e sul suo programma terapeutico riabilitativo.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>9.3 Quando il servizio prende in carico un utente grave, lo informa sull'utilità di comunicare al medico curante le sue condizioni ed i trattamenti iniziati al fine di sollecitarne la collaborazione.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>9.4 Il servizio individua eventi sentinella o eventi particolarmente indesiderati da monitorare ed effettivamente in corso di monitoraggio.</u> <i>Per es. perdita di lavoro, , errori di somministrazione farmacologica, suicidi, violenze subite o attuate, ecc.. Queste informazioni devono essere ad uso interno del servizio.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>9.5 Il servizio rileva e trasmette i dati richiesti dal DSM, dall'Azienda e dalla regione nei tempi previsti in modo corretto ed accurato.</u></p>	
NOTE	

[◁Indice](#)

SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA - SPDC

INDICE

0. Dati di base
 1. Organizzazione generale
 2. Personalizzazione e diritti
 3. Comfort ambientale
 4. Caratteristiche generali della cura e dell'assistenza
 5. Attività rivolta alle famiglie
 6. Sicurezza dei pazienti e degli operatori
 7. Gestione del personale e formazione
 8. Integrazioni organizzative e collaborazioni
 9. Documentazione clinica e Sistema Informativo
-

0. DATI DI BASE per il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
- 0.1. numero posti letto in SPDC
- 0.2. numero ricoverati.....nell'anno
- 0.3. numero ricoveri.....nell'anno nr. TSO..... nr. TSV.....
- 0.4. numero pazienti che recidivano nel ricovero.....
- 0.5. numero di pazienti al primo ricovero.....
- 0.6. indice di turn-over degli utenti.....
- 0.7. giornate di degenza.....
- 0.8. degenza media.....
- 0.9. indice di saturazione.....
- 0.10. popolazione bacino di utenza
- 0.11 ambito di collocazione del SPDC (aziende ospedaliere, presidi ospedalieri di ASL, policlinici universitari)
- 0.12. testo della convenzione tra aziende sanitarie (nel caso che il SPDC non sia collocato in ospedale amministrato dalla stessa ASL di cui il DSM fa parte)

PRINCIPIO ISPIRATORE

Il ricovero in SPDC è parte integrante di un programma di cure che vede la sua continuità nelle strutture territoriali. Per ogni ricovero devono essere formulati obiettivi concordati con le strutture del DSM coinvolte nel progetto di cura. Tale progetto deve essere finalizzato al superamento della crisi, allo sviluppo del massimo grado di consapevolezza del paziente, al suo coinvolgimento nel programma di cura e al mantenimento dei rapporti col proprio ambiente naturale di vita.

1. ORGANIZZAZIONE GENERALE

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.1 Vi è evidenza che il servizio è organizzato per essere facilmente accessibile in caso di urgenza per i ricoveri inviati dal territorio, anche prevedendo l'accesso diretto in reparto.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.2 Vi è evidenza che il servizio è organizzato per essere facilmente accessibile per i ricoveri programmati inviati dal territorio.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.3 <u>Vi è evidenza che l'attività è organizzata secondo un modello di lavoro integrato multiprofessionale.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.4 Vi è evidenza di regolari riunioni con gli operatori delle altre strutture territoriali dell'UOP/DSM.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.5 Vi è evidenza della presenza di riunioni quotidiane e partecipate dal personale in servizio in cui si discutono i casi, i problemi emergenti e le strategie da adottare.	
NOTE	

2. PERSONALIZZAZIONE E DIRITTI

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.1 E' disponibile un documento per l'utenza, oltre alla Carta dei Servizi, relativo al percorso assistenziale e agli aspetti di contesto.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2 Vi è evidenza che il personale si rivolge al paziente parlando in maniera chiara, cortese, rispettosa e con attitudine positiva in ogni circostanza.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.3 Vi è evidenza di procedure condivise e applicate per la salvaguardia della riservatezza delle informazioni relative all'utenza. <i>Per dare un punteggio elevato, le procedure devono essere scritte, impegnare al segreto professionale e d'ufficio tutto il personale, specificare i limiti e le circostanze in cui è lecito dare informazioni relative all'utente ad un'altra persona senza il suo consenso, o il consenso di un suo rappresentante legale.</i> <i>Pratiche condivise</i> <input type="checkbox"/> <i>Linee guida scritte</i> <input type="checkbox"/>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.4 Vi è evidenza che il personale fornisce ai pazienti che ne sono sprovvisti oggetti per la cura personale e le esigenze di base.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.5 Durante il giorno è consentito ai pazienti, nei limiti del decoro, vestirsi come desiderano.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.6 <u>Vi è evidenza che gli utenti in carico e i loro familiari sono coinvolti il più possibile nella formulazione degli obiettivi del trattamento di ricovero.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.7 <u>Tutti gli utenti che lo desiderano e le cui condizioni psicofisiche lo consentono possono uscire dal reparto secondo modalità concordate.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.8 Viene favorito il libero accesso a tutte le persone che il paziente desidera incontrare in assenza di gravi e documentate controindicazioni.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.9 <u>Il SPDC ha istituito pratiche uniformi e consolidate e/o linee guida scritte e dispositivi organizzativi ed assistenziali tali da eliminare l'uso della contenzione.</u>	
<i>Per dare punteggio 5 la contenzione non deve essere mai effettuata; trattandosi di un evento sentinella i punteggi 3 e 4 non sono da utilizzare; per dare punteggio 2 la contenzione deve essere un evento eccezionale documentato e con procedure standardizzate che salvaguardano la sicurezza della persona; per dare punteggio 1 deve essere un evento eccezionale in assenza di procedure concordate; 0: non si fa nulla o quasi nulla e non esistono progetti concreti per arrivare a soddisfare il requisito.</i>	
NOTE	

3. Comfort ambientale

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.1 L'ambiente è gradevole, con arredamento in buono stato di manutenzione e a misura delle necessità delle persone.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.2 Nell'ambiente sono presenti elementi strutturali che favoriscono la privacy (ad esempio è presente una stanza dove effettuare un colloquio riservato).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.3 <u>Gli utenti hanno a disposizione del mobilio ad uso esclusivo per conservare gli oggetti personali.</u>	
<i>Per considerare soddisfatto questo requisito, ogni utente deve avere a sua disposizione uno spazio sicuro per conservare le proprie cose.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.4 <u>Nell'ambiente sono presenti elementi strutturali che favoriscono la sicurezza delle persone.</u>	
<i>Le chiusure dei bagni/docce dei pazienti possono essere disattivate facilmente in caso di emergenza. Le finestre sono dotate di sistemi di prevenzione dell'apertura. Le strutture presenti non facilitano le manovre di impiccagione. Specchi o altri vetri sono infrangibili. Le porte di accesso alle zone pericolose sono in sicurezza.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.5 Il paziente ha la possibilità di comunicare con l'esterno attraverso mezzi sia propri che messi a disposizione dalla struttura (telefono, fax, internet, ecc.).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.6 Vi sono spazi idonei per le attività socializzanti e ricreative.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.7 I pasti sono di buona qualità e avvengono in un locale idoneo. <i>I pasti serviti ai pazienti rispettano i requisiti nutrizionali; sono disponibili diete particolari per i pazienti che ne necessitano o che lo richiedono per particolari motivi (culturali, religiosi).</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.8 Vi è evidenza che il reparto si è posto il problema dei ricoverati fumatori ed abbia individuato delle soluzioni.	
NOTE	

4. CARATTERISTICHE GENERALI DELLA CURA E DELL'ASSISTENZA

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.1 <u>Vi è evidenza che al momento del ricovero la persona è accolta secondo una procedura definita.</u>	
NOTE	

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

4.2 Vi è evidenza che al momento del ricovero sono fornite ai pazienti e ai familiari le informazioni sull'organizzazione e le regole del reparto.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>4.3 Vi è evidenza che ogni persona ricoverata riceve, entro 24 ore dal ricovero, una valutazione clinica sul piano fisico completata dagli esami necessari.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.4 Vi è evidenza che la valutazione sul piano psicologico e la raccolta anamnestica si servono di più fonti di informazione e sono rispettose della soggettività e della privacy della persona.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>4.5 Vi è evidenza che i programmi per gli utenti sono discussi anche con la presenza degli operatori delle strutture territoriali coinvolte.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.6 Ciascuna persona ricoverata ha un piano di trattamento scritto.	
<i>Dovrebbero essere definiti/ridefiniti gli interventi e gli obiettivi del ricovero.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.7 Vi è evidenza che esiste un riferimento medico per ogni paziente durante il ricovero.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.8 <u>Vi è evidenza che vi sono colloqui giornalieri adeguati per durata, rispettosi della privacy e del punto di vista del paziente.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.9 Vi è evidenza che in caso di necessità vi sono colloqui tempestivi.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.10 Vi è evidenza dell'applicazione di procedure finalizzate alla prevenzione e gestione degli effetti collaterali dei farmaci.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.11 Vi è evidenza che si discute con il paziente degli effetti collaterali dei farmaci.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.12 Vi è evidenza che le linee guida rispetto a patologie e condizioni specifiche sono tenute in considerazione nella pratica.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.13 Vi è evidenza che il servizio metta in atto misure preventive degli atti auto ed eteroaggressivi.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.14 Vi è evidenza che è stimolata nella persona ricoverata e nei familiari la riflessione sui motivi ed il senso del ricovero con colloqui individuali e/o con l'attivazione di gruppi specifici.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.15 Il personale presta sempre la dovuta attenzione all'aspetto dei pazienti non autosufficienti nella cura di sé.	
<i>I pazienti sono sollecitati a prendersi cura della loro igiene personale e del loro aspetto. Il personale aiuta fisicamente chi ne ha bisogno.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.16 Esiste un programma di attività quotidiane al quale gli utenti sono invitati a partecipare.	
<i>Per dare punteggio 3 deve esistere un programma giornaliero comprendente le attività relative alla cura di sé, degli spazi personali e di quelli comuni. un programma settimanale comprendente attività fisiche, sociali, culturali.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.17 Nel periodo di assessment sono valutate eventuali difficoltà alla dimissione per individuare precocemente le strategie opportune.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.18 <u>Vi è evidenza che la dimissione del paziente è concordata con lo psichiatra curante a cui viene inviato un modulo di dimissione standard.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.19 Vi è evidenza che per i pazienti non in cura presso uno specifico Servizio o uno Specialista di fiducia è programmato l'invio al servizio territoriale di competenza.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.20 Vi è evidenza che gli utenti ed i loro familiari sono istruiti adeguatamente sulle misure da adottare in caso di recidiva o ricomparsa della sintomatologia acuta.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.21 Vi è evidenza che i familiari sono coinvolti nelle ammissioni e dimissioni dei congiunti.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.22 Vi è evidenza che le osservazioni critiche e i suggerimenti di utenti e familiari sono utilizzati dal servizio per migliorare la qualità dello stesso.	
NOTE	

5. ATTIVITA' RIVOLTA ALLE FAMIGLIE

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>5.1 Gli operatori forniscono le informazioni di cui i familiari hanno bisogno e viene data loro la possibilità di confrontarsi con gli operatori stessi.</u>	
<i>Il personale dovrebbe essere disponibile a discutere i dubbi e le preoccupazioni dei familiari sulle attività e sul programma di trattamento, previo valido consenso del paziente.</i>	
NOTE	

6. SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.1 Vi è evidenza di pratiche condivise e uniformi e/o linee guida scritte che assicurano a tutto il personale una formazione specifica nella prevenzione e nella gestione degli atti auto ed etero aggressivi.</p> <p><i>Tutto il personale dovrebbe essere preparato ad affrontare un utente aggressivo o una situazione di violenza collettiva, in modo da ridurre al minimo i pericoli per la propria incolumità e i pericoli per l'incolumità dei pazienti.</i></p> <p>Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Linee guida scritte <input type="checkbox"/></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.2 Vi è evidenza di pratiche condivise e uniformi e/o linee guida scritte che assicurano a tutto il personale la capacità di affrontare una condizione di emergenza sanitaria, o di emergenza psichiatrica.</p> <p>Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Linee guida scritte <input type="checkbox"/></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.3 Il SPDC ha un proprio piano relativo al <i>risk management</i> specifico della struttura stessa.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.4 <u>Il SPDC individua eventi sentinella, o eventi particolarmente indesiderati (TS, intossicazione da farmaci, atti aggressivi, fughe, ADR da farmaci) il cui prodursi attiva una tempestiva analisi della situazione e la attuazione di opportuni interventi correttivi.</u></p>	
NOTE	

7. GESTIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.1 <u>Vi è evidenza che Il personale ha l'opportunità di discutere in modo soddisfacente delle difficoltà incontrate nell'esecuzione del proprio lavoro.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.2 Esiste un sistema formalizzato del Servizio atto a coordinare le richieste di formazione e di verificarne il loro soddisfacimento.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.3 E' prevista la partecipazione ad iniziative formative che accomunano gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.4 Esistono programmi di Miglioramento Continuo della Qualità in corso di realizzazione, secondo il ciclo classico del MCQ.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.5 Esistono corsi che assicurano a tutto il personale una formazione specifica nella prevenzione e nella gestione degli atti auto ed etero aggressivi.	
NOTE	

8. INTEGRAZIONI ORGANIZZATIVE E COLLABORAZIONI

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.1 <u>Vi è evidenza che sono regolamentati i rapporti con il Pronto Soccorso.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.2 Vi è evidenza di una regolamentazione delle consulenze psichiatriche negli altri reparti dell'ospedale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.3 Vi è evidenza di una regolamentazione delle consulenze dei medici da parte di altri reparti dell'ospedale agli utenti psichiatrici in regime ordinario o in urgenza.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.4 Vi è evidenza di pratiche di collaborazione con il SERT secondo le linee programmatiche del DSM.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.5 Vi è evidenza di pratiche di collaborazione con i Servizi per ANZIANI secondo le linee programmatiche del DSM.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.6 Vi è evidenza di pratiche di collaborazione con i Servizi NPIA secondo le linee programmatiche del DSM	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.7 Vi è evidenza di regolari rapporti con le associazioni di volontariato	
NOTE	

9. DOCUMENTAZIONE CLINICA E SISTEMA INFORMATIVO

REQUISITO	PUNTEGGIO
9.1 <u>Le cartelle cliniche sono aggiornate secondo gli standard previsti e sono ben leggibili, ordinata e custodite in luogo accessibile agli operatori, ma rispettoso della privacy.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
9.2 Alla dimissione del paziente viene compilata una relazione che contiene le informazioni relative al motivo del ricovero, agli accertamenti significativi, alla diagnosi, alla terapia farmacologica somministrata, alle condizioni del paziente alla dimissione, alla terapia ed ai controlli consigliati alla dimissione (compreso un appuntamento con il medico di riferimento).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
9.3 <u>Il servizio individua e registra con apposita documentazione eventi sentinella o eventi particolarmente rilevanti da monitorare.</u>	
<i>Per es. fughe in TSO, contenzioni, atti violenti con infortunio o danni ingenti a cose.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
9.4 <u>Esistono progetti, almeno annuali, per la valutazione della qualità della documentazione clinica.</u>	
NOTE	

[**🔍 indice**](#)

STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE – Centro Diurno

INDICE

0. Dati di base
 1. Organizzazione generale
 2. Personalizzazione e diritti
 3. Comfort ambientale
 4. Caratteristiche generali della cura e dell'assistenza
 5. Attività rivolta alle famiglie
 6. Sicurezza dei pazienti e degli operatori
 7. Gestione del personale e formazione
 8. Integrazioni organizzative e collaborazioni
 9. Documentazione clinica e Sistema Informativo
-

-
- | | |
|------|---|
| 0. | DATI DI BASE PER LE STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI |
| 0.1. | numero utenti prevalenti nell'anno (distribuzione per età, sesso, diagnosi) |
| 0.2. | numero utenti incidenti nell'anno (distribuzione per età, sesso, diagnosi) |
| 0.3. | volume di prestazioni nell'anno |
| 0.4. | tipologia delle prestazioni |
| 0.5. | numero pazienti dimessi nell'anno |
-

Principio ispiratore

Le Strutture semiresidenziali (Centri Diurni) sono parte integrante della rete dei servizi dipartimentali, e ne condividono i principi ispiratori. Esse contribuiscono alla realizzazione di programmi terapeutico - riabilitativi, esclusivamente per utenti per cui è attivo un programma di cura presso il CSM territorialmente competente. Le azioni del gruppo di lavoro del CD vanno ad integrare e completare l'attività di valutazione dei bisogni, di definizione del programma terapeutico - riabilitativo individuale attivato presso il CSM, e ne garantiscono l'attuazione, per quanto attiene al CD stesso, oltre che la verifica. Tutte queste azioni vengono svolte in stretto contatto con l'equipe curante presso il CSM. I Centri Diurni curano in modo particolare la integrazione e le collaborazioni con soggetti esterni alla rete dipartimentale, in modo da garantire agli utenti l'accesso alle risorse formali ed informali utili alla realizzazione del programma di cura ed all'accesso ai diritti di cittadinanza.

1. ORGANIZZAZIONE GENERALE

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>Vi è evidenza di un documento in cui sono specificate per il singolo CD: la tipologia; la caratterizzazione; la finalità e la collocazione nella rete dei servizi del DSM (le specifiche del CD sono congruenti con la normativa nazionale e regionale).</p> <p><i>Esiste idonea documentazione che specifica le priorità del servizio (ad esempio le categorie di utenti a cui esso è principalmente destinato, le attività principali che si impegna a svolgere nei confronti degli utenti, il tipo di rapporti che intende avere con i familiari, le associazioni di volontariato e la popolazione generale. Inoltre tale documento dovrebbe esplicitare le procedure di invio del paziente e di accoglienza presso la struttura, oltre che quelle di dimissione; i rapporti con i CSM responsabili del progetto terapeutico-riabilitativo e le modalità e frequenza delle attività di coordinamento e verifica sui singoli casi.</i></p> <p><i>Per dare punteggio 3 il documento deve essere condiviso da tutti e diffuso. Il documento deve essere rivisto e confermato, o aggiornato, almeno ogni 3 anni.</i></p>	
<p>NOTE</p>	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>1.2 E' previsto in maniera stabile e non occasionale un momento di integrazione progettuale con i servizi di salute mentale territoriali di riferimento (CSM, SR, altre strutture riabilitative del DSM).</u></p> <p><i>Per dare punteggio 3 deve essere effettuata una riunione almeno una volta al mese.</i></p>	
<p>NOTE</p>	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>1.3 Vi è evidenza di procedure definite, e/o linee guida, relative ai trattamenti da svolgersi nel CD (programmi terapeutici, programmi riabilitativi, gestione del milieu terapeutico, relazione d'aiuto).</u></p> <p><i>Tali procedure, o linee guida, devono basarsi in modo esplicito sulle migliori evidenze disponibili, comprese anche le buone pratiche operative derivate da consenso di esperti.</i></p>	
<p>NOTE</p>	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.4 Vi sono programmi di MCQ congiunti con altri servizi del DSM.	
NOTE	

2. PERSONALIZZAZIONE E DIRITTI

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.1 E' disponibile un documento fornito all'utenza (es. Carta dei servizi) in cui vengono descritte le modalità di accessibilità e il processo assistenziale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2 Gli operatori si rivolgono ai pazienti parlando sempre in maniera chiara, cortese, rispettosa e con attitudine positiva in ogni circostanza.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>2.3 Gli ospiti sono sostenuti nel compiere scelte individuali per quanto riguarda i diversi ambiti dei loro interessi.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.4 Vi è evidenza di procedure condivise e applicate per la salvaguardia della riservatezza delle informazioni relative all'utenza.</p> <p><i>Per dare un punteggio elevato, le procedure devono essere scritte, impegnare al segreto professionale e d'ufficio tutto il personale, specificare i limiti e le circostanze in cui è lecito dare informazioni relative all'utente ad un'altra persona senza il suo consenso, o il consenso di un suo rappresentante legale.</i></p> <p>Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Linee guida scritte <input type="checkbox"/></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>2.5 Si pone attenzione a che l'utente possa confrontarsi periodicamente con gli operatori del Centro Diurno sul programma concordato.</u></p>	
NOTE	

3. COMFORT AMBIENTALE

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>3.1 La struttura ha caratteristiche di spazio abitativo accogliente e curato, i locali sono arredati in modo gradevole, la temperatura e l'illuminazione sono improntate a garantire comfort ad utenti ed operatori.</u></p> <p><i>Per dare punteggio 3 devono almeno essere soddisfatti i requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalla normativa nazionale (v. Requisiti Minimi Strutturali D.P.R. 14/01/97) e regionale.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>3.2 Sono presenti più spazi comuni, la cui ampiezza è commisurata al numero di pazienti che il Centro Diurno accoglie; vi sono spazi idonei per le attività ricreative e riabilitative.</p> <p><i>Ad esempio: sala riunioni, la sala da pranzo, ecc. Lo stesso locale può essere utilizzato per diversi scopi</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>3.3 Il Centro Diurno è facilmente raggiungibile per gli utenti.</u></p> <p><i>Per dare punteggio 3 la sede del servizio deve essere raggiungibile agevolmente con i mezzi pubblici da qualunque punto del bacino d'utenza in non più di un'ora e deve essere organizzato il trasporto degli utenti particolarmente svantaggiati, o che hanno difficoltà ad accedere al programma presso il CD.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>3.4 Le condizioni di pulizia della struttura sono soddisfacenti.</p> <p><i>La struttura viene pulita una volta al giorno e ogni volta che ve ne sia la necessità.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>3.5 E' presente una stanza dove effettuare un colloquio riservato.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>3.6 I pasti sono di buona qualità, avvengono in un locale idoneo, su tavole apparecchiate e con a disposizione di ogni utente posate di ogni tipo.</p> <p><i>I pasti serviti ai pazienti rispettano i requisiti nutrizionali; sono disponibili diete particolari per i pazienti che ne necessitano o che lo richiedono per particolari motivi (culturali, religiosi).</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>3.7 Vi è disponibilità di mezzi di trasporto in misura idonea a svolgere le attività previste dai programmi individuali e collettivi.</p>	
NOTE	

4. CARATTERISTICHE GENERALI DELLA CURA E DELL'ASSISTENZA

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.1 Vi è evidenza che l'attivazione di un programma terapeutico riabilitativo presso il CD avviene seguendo una procedura di proposta di inserimento che prevede il confronto tra gli operatori del CSM inviante e gli operatori del CD, al fine di verificare l'appropriatezza dell'inserimento e la sua fattibilità.</u></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.2 Per ciascun ospite inserito nel CD viene stilato un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.</u></p> <p><i>Per ogni utente in carico, il servizio territoriale inviante e gli operatori della struttura semiresidenziale congiuntamente stilano un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato in cui vengono stabiliti gli obiettivi intermedi e finali da perseguire, ed essi sono periodicamente verificati.</i></p> <p><i>Per dare punteggio 3 almeno il 90% degli utenti dovrebbe avere un piano di trattamento ed un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato, scritti.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.3 Il CD verifica che ogni paziente abbia un proprio programma di cura personalizzato presso il servizio inviante di cui sono espliciti frequenza e modalità degli incontri, oltre che le figure di riferimento (medico, e/o psicologo e operatore).</u></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.4 Nel CD viene individuato un operatore di riferimento che garantisca continuità e stabilità di relazione per ogni utente che ne abbia bisogno.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.5 Vi è evidenza di pratiche condivise e consolidate e/o linee guida scritte che definiscono la modalità di accoglienza dell'utente.</p> <p><i>In ciò comprendiamo le fasi di presentazione all'utente del CD, la conoscenza diretta del gruppo utenti/operatori, la consegna di materiale informativo, la verifica della adesione al programma, la graduazione dell'ingresso effettivo.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Linee guida scritte <input type="checkbox"/></i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.6 Vi è evidenza che sia presente una scheda di accettazione (“contratto”) sottoscritta dall’ospite dove vengono esplicitati gli obiettivi del trattamento, i tempi e il regolamento interno della struttura.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.7 Gli utenti vengono coinvolti il più possibile nella formulazione degli obiettivi del trattamento.</u></p> <p><i>Sono disponibili per gli operatori indicazioni formali relative al come ed al quando, a seconda delle possibilità dell’utente (ad es. all’inizio dell’inserimento, o in tempi successivi), verificare la possibilità e realizzare tale coinvolgimento.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.8 Per ogni utente viene effettuata una valutazione delle abilità e disabilità specifiche e del livello di funzionamento interpersonale e sociale al fine di formulare il progetto riabilitativo individualizzato.</u></p> <p><i>Per es. attività riabilitative inerenti all’acquisizione o riacquisizione delle abilità di base e relative alla gestione della vita quotidiana, o all’acquisizione o riacquisizione delle abilità connesse con la vita sociale e lavorativa.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.9 Gli operatori del CD promuovono e garantiscono l’aspetto decoroso e la cura di sé dei pazienti non autosufficienti.</p> <p><i>I pazienti sono sollecitati a prendersi cura della loro igiene personale e del loro aspetto. Il personale aiuta fisicamente chi ne ha bisogno.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.10 E' previsto, in maniera stabile e non occasionale, un momento di incontro assembleare tra gli utenti ed il personale del Centro Diurno per decidere nuove attività e fare il punto su quelle in corso.</p> <p><i>Per dare punteggio 3 la riunione deve avere una cadenza almeno mensile.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.11 Le uscite dalla struttura sono regolamentate rispetto al programma personalizzato.</p> <p><i>I pazienti di norma escono da soli avvisando il personale.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.12 Vi è evidenza di un programma di attività quotidiane e settimanali al quale gli utenti del CD sono invitati a partecipare.</p> <p><i>Per dare punteggio 3 deve esistere un programma giornaliero ed un programma settimanale comprendente attività fisiche, sociali, culturali.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.13 Vi è evidenza che la struttura semiresidenziale organizza autonomamente attività ricreative, di socializzazione e riabilitative per gli ospiti sia utilizzando risorse e spazi interni, che risorse, opportunità e spazi esterni alla struttura stessa.</u></p> <p><i>L'utilizzo di occasioni esterne deve essere quantitativamente e qualitativamente significativo nell'arco della settimana, del mese ed annualmente.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.14 La frequenza del Centro Diurno può essere programmata sia in termini di semi residenzialità, che di partecipazione a specifiche attività nell'ambito del progetto riabilitativo individuale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>4.15 Viene posta attenzione alla salute fisica degli utenti, anche in rapporto agli effetti indesiderati dei farmaci.</u>	
<i>Nella riunione di equipe viene dedicato uno spazio specifico alla valutazione delle condizioni fisiche dei singoli pazienti.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.16 E' assicurato un adeguato collegamento con i medici di medicina generale ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli ospiti.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.17 Ogni modificazione del programma terapeutico riabilitativo del Centro Diurno, e in particolar modo relativamente alla dimissione, é discussa tra gli operatori del CD e gli operatori del servizio inviante.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.18 La comunicazione delle modifiche rilevanti del progetto terapeutico riabilitativo sono condivise e discusse con l'utente e con i suoi familiari.	
NOTE	

5. ATTIVITA' RIVOLTA ALLE FAMIGLIE

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>5.1 Gli operatori del CD forniscono le informazioni di cui i familiari hanno bisogno e viene data loro la possibilità di confrontarsi con gli operatori stessi.</u></p> <p><i>Il personale dovrebbe essere disponibile a discutere i dubbi e le preoccupazioni dei familiari sulle attività e sul programma di inserimento nel CD.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>5.2 Gli operatori del CD possono effettuare visite domiciliari per garantire il necessario raccordo con i familiari dei pazienti (accompagnamento da/a casa per le attività quotidiane presso il CD, o in altre occasioni previste dal programma di cura).</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>5.3 Vi è evidenza che siano facilitati i contatti con la rete amicale del paziente e con le figure significative, oltre i familiari.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>5.4 Il Centro Diurno si pone, in generale, come luogo liberamente accessibile da parte di familiari ed amici dei pazienti.</p> <p><i>Tale "apertura" viene gestita con le normali regole della civile convivenza, ovvero tramite accordi telefonici, tranne in quei casi in cui i contatti tra paziente e contesto sono diversamente previsti ed organizzati nel programma terapeutico personalizzato.</i></p>	
NOTE	

6. SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.1 Vi è evidenza di pratiche condivise e uniformi e/o linee guida scritte che assicurano a tutto il personale una formazione specifica nella prevenzione e nella gestione degli atti auto ed etero aggressivi.</p> <p><i>Tutto il personale dovrebbe essere preparato ad affrontare un utente aggressivo o una situazione di violenza collettiva, in modo da ridurre al minimo i pericoli per la propria incolumità e i pericoli per l'incolumità dei pazienti.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Linee guida scritte <input type="checkbox"/></i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.2 Vi è evidenza di pratiche condivise e uniformi e/o linee guida scritte che assicurano a tutto il personale la capacità di affrontare una condizione di emergenza sanitaria, o di emergenza psichiatrica.</p> <p style="text-align: center;"><i>Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Linee guida scritte <input type="checkbox"/></i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.3 Il Centro Diurno ha un proprio piano relativo al <i>risk management</i> specifico della struttura stessa.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.4 Il Centro Diurno individua <u>eventi sentinella, o eventi particolarmente indesiderati (TS, intossicazione da farmaci, atti aggressivi, fughe, ADR da farmaci) il cui prodursi attiva una tempestiva analisi della situazione e la attuazione di opportuni interventi correttivi.</u></p>	
NOTE	

7. GESTIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.1 Almeno il 90% del personale del CD è assegnato stabilmente alla struttura, in modo da garantire la continuità del lavoro con gli ospiti.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.2 L'équipe del Centro Diurno è composta da diverse figure professionali, come da requisiti minimi nazionali.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.3 <u>Il processo di cura è organizzato secondo il modello del gruppo di lavoro multidisciplinare.</u> <i>Ogni membro dell'équipe partecipa alla formulazione del progetto di cura, ne valuta l'andamento in discussioni regolari e ha precise responsabilità nella sua attuazione.</i> <i>Le funzioni/responsabilità di ogni membro dell'équipe vanno intese come contributo verso il raggiungimento degli obiettivi del servizio e non come somma rigida di mansioni.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.4 <u>Sono previste riunioni di équipe, a cadenza almeno settimanale, aventi come tema aspetti organizzativi e di monitoraggio dell'andamento dei progetti (salute fisica degli utenti, condizioni psichiche, aspetti relazionali individuali e di gruppo).</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.5 <u>Sono attivate riunioni ulteriori per affrontare situazioni problematiche, o urgenti, o per la discussione di casi “difficili”, anche congiuntamente con gli operatori del servizio inviante.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.6 Il gruppo di lavoro del Centro Diurno discute annualmente il suo fabbisogno formativo da proporre nel programma formativo del DSM, comprese le attività di supervisione.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.7 Vi è evidenza che gli operatori del Centro Diurno fruiscano di iniziative formative specifiche.	
<i>Viene garantito un monte ore formativo di 30 ore all'anno per le iniziative specifiche per i CD.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.8 Vi è evidenza che gli operatori del Centro Diurno partecipino ad iniziative formative comuni a tutti gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale.	
<i>Viene garantita la partecipazione per un monte ore formativo di 20 ore all'anno per le iniziative comuni a tutti gli operatori del DSM.</i>	
NOTE	

8. INTEGRAZIONI ORGANIZZATIVE, COLLABORAZIONI

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.1 <u>Vi sono rapporti stabili e strutturati con gli altri servizi (Servizi sociali, Servizi di Accompagnamento al Lavoro e altri soggetti erogatori di servizi) le cui attività sono utili alla realizzazione del programma riabilitativo di ciascun paziente, anche in contesti esterni al Centro Diurno.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.2 Sono coltivati i rapporti con le associazioni di volontariato.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.3 Vi sono rapporti di collaborazione con le agenzie socioculturali presenti nel territorio.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.4 Vi sono contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti individuali, in integrazione con le azioni del CSM.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.4 Vi sono contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti individuali, in integrazione con le azioni del CSM.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.4 Vi sono contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative	

per sostenere i progetti individuali, in integrazione con le azioni del CSM.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.4 Vi sono contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti individuali, in integrazione con le azioni del CSM.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.5 Vi sono contatti con i datori di lavoro dei pazienti al fine del sostegno nella realizzazione dei programmi di inserimento lavorativo, in integrazione con le azioni del CSM.	
<i>Per dare punteggio 3 agli items compresi in questa sezione tali rapporti devono essere strutturati, collaudati e facilmente utilizzabili ed essere compresi nel repertorio delle possibilità e facilitazioni che il Centro Diurno fornisce agli utenti in base al programma terapeutico-riabilitativo individuale. Sono parte integrante e non occasionale del contenuto professionale ed operativo del CD stesso.</i>	
NOTE	

9. DOCUMENTAZIONE CLINICA E SISTEMA INFORMATIVO

REQUISITO	PUNTEGGIO
9.1 <u>Ogni utente in carico ha una cartella clinica compilata in modo adeguato.</u>	
<i>Ogni cartella dovrebbe contenere informazioni sullo stato clinico e sulle disabilità, sul programma riabilitativo, sugli obiettivi definiti in modo esplicito, sugli interventi terapeutici e riabilitativi decisi ed effettuati, come pure sui loro esiti. Tale cartella deve essere facilmente reperibile e aggiornata.</i>	
<i>Gli aggiornamenti del diario clinico devono essere firmati e datati. Per dare punteggio 3, almeno l' 80% delle cartelle deve contenere quanto sopra descritto.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>9.2 La proposta di inserimento da parte del CSM nel Centro Diurno prevede oltre ai contatti informali, anche una relazione contenente le informazioni sull'utente e sul suo programma terapeutico riabilitativo.</p> <p><i>Per dare punteggio 3, la relazione è presente per almeno il 90% dei pazienti.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>9.3 Nel corso del programma di trattamento sono monitorate periodicamente le diverse aree dell'intervento riabilitativo attraverso strumenti standardizzati, che possano registrare le modifiche nelle condizioni cliniche e nei livelli di funzionamento dei singoli pazienti.</u></p> <p><i>Ad es. HoNOS, BPRS, FPS, VADO, ecc.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>9.4 Il Centro Diurno rileva e trasmette i dati richiesti dal DSM, dalla azienda e dalla regione in modo corretto ed accurato e nei tempi previsti.</p>	
NOTE	

[🏠 indice](#)

STRUTTURE RESIDENZIALI

INDICE

0. Dati di base
1. Organizzazione generale
2. Personalizzazione e diritti
3. Comfort ambientale
4. Caratteristiche generali della cura e dell'assistenza
5. Attività rivolta alle famiglie
6. Sicurezza dei pazienti e degli operatori
7. Gestione del personale e formazione
8. Integrazioni organizzative e collaborazioni
9. Documentazione clinica e Sistema Informativo

0. DATI DI BASE PER LE STRUTTURE RESIDENZIALI

- 0.1.** numero utenti prevalenti nell'anno (distribuzione per età, sesso, diagnosi)
- 1.2.** numero utenti incidenti nell'anno (distribuzione per età, sesso, diagnosi)
- 1.3.** volume di prestazioni nell'anno
- 1.4.** tipologia delle prestazioni
- 0.5.** numero pazienti dimessi nell'anno

Principio ispiratore

Le Strutture Residenziali sono parte integrante della rete dei servizi dipartimentali, e ne condividono i principi ispiratori. Esse contribuiscono alla realizzazione di programmi terapeutico-riabilitativi, esclusivamente per utenti per cui è attivo un programma di cura presso il CSM territorialmente competente. Le azioni del gruppo di lavoro della SR vanno ad integrare e completare l'attività di valutazione dei bisogni, di definizione del programma terapeutico-riabilitativo individuale attivato presso il CSM, e ne garantiscono l'attuazione, per quanto attiene alla SR stessa, oltre che la verifica. Tutte queste azioni vengono svolte in stretto contatto con l'equipe curante presso il CSM. Le SR curano in modo particolare la integrazione e le collaborazioni con soggetti esterni alla rete dipartimentale, in modo da garantire agli utenti l'accesso alle risorse formali ed informali utili alla realizzazione del programma di cura ed all'accesso ai diritti di cittadinanza.

1. ORGANIZZAZIONE GENERALE

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>1.1 Vi è evidenza di un documento in cui sono specificate per la singola SR: la tipologia; la caratterizzazione; la finalità e la collocazione nella rete dei servizi del DSM (le specifiche della SR sono congruenti con la normativa nazionale e regionale).</p> <p><i>Esiste idonea documentazione che specifica le priorità del servizio (ad esempio le categorie di utenti a cui esso è principalmente destinato, le attività principali che si impegna a svolgere nei confronti degli utenti, il tipo di rapporti che intende avere con i familiari, le associazioni di volontariato e la popolazione generale. Inoltre tale documento dovrebbe esplicitare le procedure di invio del paziente e di accoglienza presso la struttura, oltre che quelle di dimissione; i rapporti con i CSM responsabili del progetto terapeutico-riabilitativo e le modalità e frequenza delle attività di coordinamento e verifica sui singoli casi.</i></p> <p><i>Per dare punteggio 3 il documento deve essere condiviso da tutti e diffuso. Il documento deve essere rivisto e confermato, o aggiornato, almeno ogni 3 anni.</i></p>	
<p>NOTE</p>	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>1.2 E' previsto in maniera stabile e non occasionale un momento di integrazione progettuale con i servizi di salute mentale territoriali di riferimento (CSM, CD, altre strutture riabilitative del DSM).</u></p> <p><i>Per dare punteggio 3 deve essere effettuata una riunione almeno una volta al mese.</i></p>	
<p>NOTE</p>	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>1.3 Vi è evidenza di procedure definite, e/o linee guida, relative ai trattamenti da svolgersi nella SR (programmi terapeutici, programmi riabilitativi, gestione del milieu terapeutico, relazione d'aiuto).</u></p> <p><i>Tali procedure, o linee guida, devono basarsi in modo esplicito sulle migliori evidenze disponibili, comprese anche le buone pratiche operative derivate da consenso di esperti.</i></p>	
<p>NOTE</p>	

REQUISITO	PUNTEGGIO
1.4 Vi sono programmi di MCQ congiunti con altri servizi del DSM.	
NOTE	

2. PERSONALIZZAZIONE E DIRITTI

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.1 E' disponibile un documento fornito all'utenza (es. Carta dei servizi) in cui vengono descritte le modalità di accessibilità e il processo assistenziale.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
2.2 Gli operatori si rivolgono ai pazienti parlando sempre in maniera chiara, cortese, rispettosa e con attitudine positiva in ogni circostanza.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>2.3 Gli ospiti sono sostenuti nel compiere scelte individuali per quanto riguarda i diversi ambiti dei loro interessi.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>2.4 Vi è evidenza di procedure condivise e applicate per la salvaguardia della riservatezza delle informazioni relative all'utenza.</p> <p><i>Per dare un punteggio elevato, le procedure devono essere scritte, impegnare al segreto professionale e d'ufficio tutto il personale, specificare i limiti e le circostanze in cui è lecito dare informazioni relative all'utente ad un'altra persona senza il suo consenso, o il consenso di un suo rappresentante legale.</i></p> <p style="text-align: center;">Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Linee guida scritte <input type="checkbox"/></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>2.5 Si pone attenzione a che l'utente possa confrontarsi periodicamente con gli operatori della SR sul programma concordato.</u>	
NOTE	

3. COMFORT AMBIENTALE

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>3.1 La struttura ha caratteristiche di abitazione accogliente e curata, i locali sono arredati in modo gradevole, la temperatura e l'illuminazione sono improntate a garantire comfort ad utenti ed operatori</u>	
<i>Per dare punteggio 3 devono almeno essere soddisfatti i requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalla normativa nazionale (v. Requisiti Minimi Strutturali D.P.R. 14/01/97) e regionale.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.2 Le stanze degli utenti devono essere spaziose e confortevoli, le condizioni di pulizia della struttura devono essere soddisfacenti e l'arredo deve essere decoroso.	
<i>Le stanze non dovrebbero avere più di due letti e deve essere disponibile almeno una stanza con un solo letto. La struttura viene pulita due volte al giorno e ogni volta che ve ne sia la necessità; le lenzuola vengono cambiate settimanalmente e ogni volta che ve ne sia la necessità; i mobili sono dignitosi e gli ambienti accoglienti.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>3.3 La struttura è organizzata in modo tale che ogni utente abbia un proprio spazio che può considerare suo e che può personalizzare.</u></p> <p><i>Ogni ospite dovrebbe avere una stanza, o una parte di stanza, nettamente delimitata che garantisca la privacy; e che sia rispettato da tutti come un suo spazio personale. Ogni utente ha la possibilità di disporre in modo diverso il mobilio, di portare oggetti personali, di avere un mobile chiuso a chiave.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>3.4 Sono presenti spazi comuni, la cui ampiezza è commisurata al numero di pazienti che la SR accoglie, compresi spazi idonei per le attività ricreative e riabilitative.</p> <p><i>Ad esempio: sala riunioni, la sala da pranzo, ecc. Lo stesso locale può essere utilizzato per diversi scopi.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>3.5 Nella SR è presente una stanza dove effettuare un colloquio riservato.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>3.6 I pasti sono di buona qualità, avvengono in un locale idoneo, su tavole apparecchiate in modo completo e gradevole.</p> <p><i>I pasti serviti ai pazienti rispettano i requisiti nutrizionali; sono disponibili diete particolari per i pazienti che ne necessitano o che lo richiedono per particolari motivi (culturali, religiosi).</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
3.7 Vi è disponibilità di mezzi di trasporto in misura idonea a svolgere le attività previste dai programmi individuali e collettivi.	
NOTE	

4. CARATTERISTICHE GENERALI DELLA CURA E DELL'ASSISTENZA

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>4.1 Vi è evidenza che l'attivazione di un programma terapeutico riabilitativo presso la SR avviene seguendo una procedura di proposta di inserimento che prevede il confronto tra gli operatori del CSM inviante e gli operatori della SR, al fine di verificare l'appropriatezza dell'inserimento e la sua fattibilità.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>4.2 Ciascun ospite ha un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.</u>	
<i>Per ogni utente in carico, il servizio territoriale inviante e gli operatori della struttura residenziale congiuntamente stilano un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato in cui vengono stabiliti gli obiettivi intermedi e finali da perseguire, ed essi sono periodicamente verificati. Per dare punteggio 3 almeno il 90% degli utenti dovrebbe avere un piano di trattamento ed un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato, scritti.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>4.3 La SR verifica che il paziente abbia un proprio programma di cura personalizzato presso il servizio inviante di cui sono espliciti frequenza e modalità degli incontri, oltre che le figure di riferimento (medico, e/o psicologo ed operatore).</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.4 Nella SR viene individuato un operatore di riferimento che garantisca continuità e stabilità di relazione per ogni utente che ne abbia bisogno.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.5 Vi è evidenza di pratiche condivise e consolidate e/o linee guida scritte che definiscono la modalità di accoglienza dell'utente.</p> <p><i>In ciò comprendiamo le fasi di presentazione all'utente della SR, la conoscenza diretta del gruppo utenti/operatori, la consegna di materiale informativo, la verifica della adesione al programma, la graduazione dell'ingresso effettivo.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Linee guida scritte <input type="checkbox"/></i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.6 Vi è evidenza che sia presente una scheda di accettazione ("contratto") sottoscritta dall'ospite dove vengono esplicitati gli obiettivi del trattamento, i tempi e il regolamento interno della struttura.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.7 Gli utenti vengono coinvolti il più possibile nella formulazione degli obiettivi del trattamento.</u></p> <p><i>Sono disponibili per gli operatori indicazioni formali relative al come ed al quando, a seconda delle possibilità dell'utente (ad es. all'inizio dell'inserimento, o in tempi successivi), verificare la possibilità e realizzare tale coinvolgimento.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.8 Per ogni utente viene effettuata una valutazione delle abilità e disabilità specifiche e del livello di funzionamento interpersonale e sociale al fine di formulare il progetto riabilitativo individualizzato.</u></p> <p><i>Per es. attività riabilitative inerenti all'acquisizione o riacquisizione delle abilità di base e relative alla gestione della vita quotidiana, o all'acquisizione o riacquisizione delle abilità connesse con la vita sociale e lavorativa.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.9 Il personale della SR promuove e garantisce l'aspetto decoroso e la cura di sé dei pazienti non autosufficienti.</p> <p><i>I pazienti sono sollecitati a prendersi cura della loro igiene personale e del loro aspetto. Il personale aiuta fisicamente chi ne ha bisogno.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.10 Vi è evidenza di una riunione generale degli ospiti residenti per discutere l'organizzazione interna della comunità.</p> <p><i>Per dare punteggio 3 la riunione deve avere una cadenza settimanale.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.11 Le uscite dalla struttura sono regolamentate rispetto al programma personalizzato.</p> <p><i>I pazienti di norma escono da soli avvisando il personale.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.12 Vi è evidenza di un programma di attività quotidiane e settimanali al quale gli utenti sono invitati a partecipare.</p> <p><i>Per dare punteggio 3 deve esistere un programma giornaliero comprendente le attività relative alla cura di sé, degli spazi personali e di quelli comuni; un programma settimanale comprendente attività fisiche, sociali, culturali.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.13 Vi è evidenza che la struttura residenziale organizza autonomamente attività ricreative, di socializzazione e riabilitative per gli ospiti sia utilizzando risorse e spazi interni, che risorse, opportunità e spazi esterni alla SR stessa.</u></p> <p><i>L'utilizzo di occasioni esterne deve essere quantitativamente e qualitativamente significativo nell'arco della settimana, del mese ed annualmente.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>4.14 Viene posta attenzione alla salute fisica degli utenti, anche in rapporto agli effetti indesiderati dei farmaci.</u></p> <p><i>Nella riunione di equipe viene dedicato uno spazio specifico alla valutazione delle condizioni fisiche dei singoli pazienti.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>4.15 E' assicurato un adeguato collegamento con i medici di medicina generale ed i servizi distrettuali, sulla base delle necessità degli ospiti.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.16 Ogni modificazione del programma terapeutico riabilitativo del Centro Diurno, e in particolar modo relativamente alla dimissione, è discussa tra gli operatori del CD e gli operatori del servizio inviante.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
4.17 La comunicazione delle modifiche rilevanti del progetto terapeutico riabilitativo vengono condivise e discusse con l'utente, e con i suoi familiari.	
NOTE	

5. ATTIVITA' RIVOLTA ALLE FAMIGLIE

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>5.1 Gli operatori della SR forniscono le informazioni di cui i familiari hanno bisogno e viene data loro la possibilità di confrontarsi con gli operatori stessi.</u> <i>Il personale dovrebbe essere disponibile a discutere i dubbi e le preoccupazioni dei familiari sulle attività e sul programma di inserimento nella SR.</i>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
5.2 Il personale della SR effettua visite domiciliari per garantire il necessario raccordo con i familiari dei pazienti (es. accompagnamento a casa nei fine settimana, o in altre occasioni previste dal programma di cura).	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
5.3 Vi è evidenza che siano facilitati i contatti con la rete amicale del paziente e con le figure significative, oltre i familiari.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>5.4 La SR si pone, in generale, come luogo liberamente accessibile da parte di familiari ed amici dei pazienti.</p> <p><i>Tale "apertura" viene gestita con le normali regole della civile convivenza, ovvero tramite accordi telefonici, tranne in quei casi in cui i contatti tra paziente e contesto sono diversamente previsti ed organizzati dal programma terapeutico personalizzato.</i></p>	
NOTE	

6. SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.1 Vi è evidenza di pratiche condivise e uniformi e/o linee guida scritte che assicurano a tutto il personale una formazione specifica nella prevenzione e nella gestione degli atti auto ed etero aggressivi.</p> <p><i>Tutto il personale dovrebbe essere preparato ad affrontare un utente aggressivo o una situazione di violenza collettiva, in modo da ridurre al minimo i pericoli per la propria incolumità e i pericoli per l'incolumità dei pazienti.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Linee guida scritte <input type="checkbox"/></i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.2 Vi è evidenza di pratiche condivise e uniformi e/o linee guida scritte che assicurano a tutto il personale la capacità di affrontare una condizione di emergenza sanitaria, o di emergenza psichiatrica.</p> <p style="text-align: center;"><i>Pratiche condivise <input type="checkbox"/> Linee guida scritte <input type="checkbox"/></i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>6.3 La SR ha un proprio piano relativo al <i>risk management</i> specifico per la struttura.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>6.4 La SR individua eventi sentinella, o eventi particolarmente indesiderati (TS, intossicazione da farmaci, atti aggressivi, fughe, ADR da farmaci) il cui prodursi attiva una tempestiva analisi della situazione e la attuazione di opportuni interventi correttivi.</u></p>	
NOTE	

7. GESTIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.1 Almeno il 90% del personale della SR è assegnato stabilmente alla struttura, in modo da garantire la continuità del lavoro con gli ospiti.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>7.2 L'équipe della SR è composta da diverse figure professionali come da requisiti minimi nazionali.</p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>7.3 Il processo di cura è organizzato secondo il modello del gruppo di lavoro multidisciplinare.</u></p> <p><i>Ogni membro dell'équipe partecipa alla formulazione del progetto di cura, ne valuta l'andamento in discussioni regolari e ha precise responsabilità nella sua attuazione.</i></p> <p><i>Le funzioni/responsabilità di ogni membro dell'équipe vanno intese come contributo verso il raggiungimento degli obiettivi del servizio e non come somma rigida di mansioni.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>7.4 Sono previste riunioni di équipe, a cadenza almeno settimanale, aventi come tema aspetti organizzativi e di monitoraggio dell'andamento dei progetti (salute fisica degli utenti, condizioni psichiche, aspetti relazionali individuali e di gruppo).</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<u>7.5 Sono attivate riunioni ulteriori per affrontare situazioni problematiche o urgenti o per la discussione di casi "difficili", anche congiuntamente con gli operatori del servizio inviante.</u>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.6 Il gruppo di lavoro della SR discute annualmente il suo fabbisogno formativo da proporre nel programma formativo del DSM, comprese le attività di supervisione.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.7 Vi è evidenza che gli operatori della SR partecipino ad iniziative formative specifiche per la loro attività per almeno 30 ore all'anno.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
7.8 Vi è evidenza che gli operatori della SR partecipino ad eventi formativi comuni a tutti gli operatori del Dipartimento di Salute Mentale per un minimo di 20 ore all'anno.	
NOTE	

8. INTEGRAZIONI ORGANIZZATIVE E COLLABORAZIONI

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.1 Vi sono rapporti stabili e strutturati con gli altri servizi (Servizi sociali, Servizi di Accompagnamento al Lavoro e altri soggetti erogatori di servizi) le cui attività sono utili alla realizzazione del programma riabilitativo di ciascun paziente anche in contesti esterni alla SR.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.2 Sono coltivati i rapporti con le associazioni di volontariato.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.3 Vi sono rapporti di collaborazione con le agenzie socioculturali presenti nel territorio.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
8.4 Vi sono contatti con le istituzioni scolastiche e con le agenzie formative per sostenere i progetti terapeutico-riabilitativi individuali, in integrazione con le azioni del CSM.	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>8.5 Vi sono contatti con i datori di lavoro dei pazienti al fine del sostegno nella realizzazione dei programmi di inserimento lavorativo, in integrazione con le azioni del CSM.</p> <p><i>Per dare punteggio 3 agli items compresi in questa sezione tali rapporti devono essere strutturati, collaudati e facilmente utilizzabili ed essere compresi nel repertorio delle possibilità e facilitazioni che la SR fornisce agli utenti in base al programma terapeutico riabilitativo individuale. Sono parte integrante e non occasionale del contenuto professionale ed operativo della SR stessa.</i></p>	
NOTE	

9. DOCUMENTAZIONE CLINICA E SISTEMA INFORMATIVO

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>9.1 Ogni utente in carico ha una cartella clinica compilata in modo adeguato.</p> <p><i>Ogni cartella dovrebbe contenere informazioni sullo stato clinico e sulle disabilità, sul programma riabilitativo, sugli obiettivi definiti in modo esplicito, sugli interventi terapeutici e riabilitativi decisi ed effettuati, come pure sui loro esiti. Tale cartella deve essere facilmente reperibile e aggiornata.</i></p> <p><i>Gli aggiornamenti del diario clinico devono essere firmati e datati.</i></p> <p><i>Per dare punteggio 3, almeno l' 80% delle cartelle deve contenere quanto sopra descritto.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>9.2 La proposta di inserimento da parte del CSM nella SR prevede oltre ai contatti informali, anche una relazione scritta contenente le informazioni sull'utente e sul suo programma terapeutico riabilitativo.</p> <p><i>Per dare punteggio 3, la relazione è presente per almeno il 90% dei pazienti.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p><u>9.3 Nel corso del programma di trattamento sono monitorate periodicamente le diverse aree dell'intervento riabilitativo attraverso strumenti standardizzati, che possano registrare le modifiche nelle condizioni cliniche e nei livelli di funzionamento dei singoli pazienti.</u></p> <p><i>Ad es. HoNOS, BPRS, FPS, VADO, ecc.</i></p>	
NOTE	

REQUISITO	PUNTEGGIO
<p>9.4 La SR rileva e trasmette i dati richiesti dal DSM, dalla azienda e dalla regione in modo corretto ed accurato e nei tempi previsti.</p>	
NOTE	

[◀ indice](#)