

Parte Seconda

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE
PER IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

SOMMARIO

Sviluppo e sperimentazione di un programma di Accreditamento “tra pari” dei Dipartimenti di Salute Mentale.....	4
7.1 questionario di organizzazione generale del DSM (1998).....	7
1. POLITICHE COMPLESSIVE DEI SERVIZI	8
2. AREE GESTIONALI	11
3. ORGANIZZAZIONE GENERALE E RISORSE	14
7.2 questionario servizi territoriali di salute mentale (1998).....	17
1. ORGANIZZAZIONE GENERALE E RISORSE	18
2. INTEGRAZIONE TRA COMPONENTI ORGANIZZATIVE E TRA SERVIZI	20
3. GESTIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE	21
4. AMBIENTE FISICO, ARREDAMENTO, ATTREZZATURE	22
5. SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEL PERSONALE	24
6. CARATTERISTICHE GENERALI DELL'ASSISTENZA	24
7. DOCUMENTAZIONE CLINICA E SISTEMA INFORMATIVO	28
8. PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA	29
9. RAPPORTI CON LE FAMIGLIE	31
10. RAPPORTI CON ALTRI SERVIZI, CON LA POPOLAZIONE E CON LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	32
7.3 questionario servizi psichiatrici ospedalieri (1998).....	34
1. ORGANIZZAZIONE GENERALE	35
2. INTEGRAZIONE TRA COMPONENTI ORGANIZZATIVE E TRA SERVIZI	36
3. GESTIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE	37
4. AMBIENTE FISICO, ARREDAMENTO, ATTREZZATURE	38
5. SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEL PERSONALE	40
6. CARATTERISTICHE GENERALI DELL'ASSISTENZA	41
7. DOCUMENTAZIONE CLINICA E SISTEMA INFORMATIVO	43
8. PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA	44
9. RAPPORTI CON LE FAMIGLIE	46
10. RAPPORTI CON ALTRI SERVIZI, CON LA POPOLAZIONE E CON LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	46
7.4 questionario per centri diurni (1998).....	47
1. ORGANIZZAZIONE GENERALE	48
2. INTEGRAZIONE TRA COMPONENTI ORGANIZZATIVE E TRA SERVIZI	49
3. GESTIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE	50
4. AMBIENTE FISICO, ARREDAMENTO, ATTREZZATURE	51
5. SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEL PERSONALE	53
6. CARATTERISTICHE GENERALI DELL'ASSISTENZA	53
7. DOCUMENTAZIONE CLINICA E SISTEMA INFORMATIVO	55
8. PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA	56
9. RAPPORTI CON LE FAMIGLIE	57
7.5 questionario per le residenze (1998).....	58
1. ORGANIZZAZIONE GENERALE	59
2. INTEGRAZIONE TRA COMPONENTI ORGANIZZATIVE TRA SERVIZI	61
3. GESTIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE	61
4. AMBIENTE FISICO, ARREDAMENTO, ATTREZZATURE	62
5. SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEL PERSONALE	64
6. CARATTERISTICHE GENERALI DELL'ASSISTENZA	65
7. DOCUMENTAZIONE CLINICA E SISTEMA INFORMATIVO	66
8. PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE	66
9. RAPPORTI CON LE FAMIGLIE	68
10. RAPPORTI CON ALTRI SERVIZI, CON LA POPOLAZIONE E CON LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	68

7 MANUALE DI ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE PER IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

I questionari presentati in questo manuale sono il prodotto di vari incontri del Consensus Group, a cui hanno partecipato i seguenti ricercatori:

Responsabili della ricerca: Arcadio Erlicher, psichiatra, Giovanni Rossi, psichiatra; **Gruppo di collaborazione:** Cristina Barbini, psicologa, Paolo Bertagni, psichiatra, Augusto Righi, psichiatra; **Consulenti:** Pierluigi Morosini, medico epidemiologo, Elisabetta Rossi, psichiatra; **Partecipanti:** **Bari:** Stella Armando, sociologa, Domenico Semisa, psichiatra; **Bologna nord:** Maura Guerzoni, caposala, Antonella Piazza, psichiatra; **Gorizia:** Michele Populin, psichiatra, Enzo Quai, infermiere professionale; **Mantova:** Fiorina Genovese, psichiatra, Gianfranco Marastoni, caposala; **Massa Carrara:** Anna Maria Glavina, caposala, Alessandro Guidi, psichiatra; **Milano :** Germana Agnetti, psichiatra, Piero Brambilla, caposala, Carlo Ippazio Ciardo, infermiere professionale, Edoardo Re, psichiatra; **Modena:** Roberto Averna, infermiere professionale, Giovanni Neri, psichiatra, Marisa Rossetti, psichiatra, **Pordenone:** Margherita Gobbi, psicologa, Nadia Sinicco, psichiatra **Trieste:** Renata Bracco, infermiere professionale, Pierpaolo Mazzuia, psichiatra.

Sviluppo e sperimentazione di un programma di Accreditamento “tra pari” dei Dipartimenti di Salute Mentale

Requisiti per l’Accreditamento dei Servizi Psichiatrici

ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE VOLONTARIO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Questo manuale-questionario ha tratto ispirazione da parecchie fonti: il lavoro Quality Assurance dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, sede di Ginevra, edizione 1994, i documenti del Clinical Standards Advisory Group del Ministero della Sanità inglese (HSMO, 1995), il progetto obiettivo nazionale sulla salute mentale (DPR 7 aprile 1994), il manuale Standard for Mental Health Service: a cliente centered approach, del Canadian Council on Health Services Accreditation, draft 1997, il documento australiano National Standards for Mental Health Services, edizione 1997, prodotto per il governo australiano dall’Australian Health Minister’s Advisory Council’s for Mental Health Working Group, le esperienze relative alla applicazione della carta dei servizi nel mondo sanitario, i requisiti minimi per l’accreditamento di cui al DL 14 gennaio 1997.

Un importante contributo è venuto anche dalle esperienze di accreditamento professionale volontario promosse dalla Società Italiana per la Qualità dell’Assistenza - VRQ ed in particolare da quella relativa all’accreditamento delle Residenze per Anziani non autosufficienti.

I primi tre documenti suddetti inoltre erano già stati valutati e adattati alle esigenze dei servizi di salute mentale italiano dai partecipanti nel 1995-96 della Lombardia e dell’Emilia Romagna al progetto AC.QUA e a due progetti analoghi condotti nello stesso periodo nelle USL della Toscana di nord ovest e in una USL pugliese.

Il presente progetto, che rappresenta la continuazione di queste iniziative, è finanziato dall’Istituto Superiore di Sanità nell’ambito del progetto di ricerca finalizzato nazionale Salute Mentale e si propone di sperimentare in che misura questo manuale questionario possa essere un valido riferimento per scambi di visite di consulenza reciproca, in cui ogni struttura visitata fornisce visitatori per le visite agli altri partecipanti, in una ottica di scambio di esperienze e di formazione reciproca. Prima di ricevere una visita, una struttura è tenuta a rispondere alle domande di questo manuale questionario. La discussione dei requisiti e il processo di autovalutazione sono forse più importanti dei suggerimenti ricevuti successivamente dai visitatori per rafforzare gli aspetti positivi e correggere le lacune di un’organizzazione che voglia utilizzare al meglio le sue risorse per promuovere il soddisfacimento dei bisogni degli utenti, dei loro familiari e della popolazione del bacino di riferimento e nello stesso tempo essere avvantaggiata nel superare le difficoltà conseguenti agli elementi di competitività inseriti nel Servizio Sanitario Nazionale.

Per ciascun requisito si chiede di 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 in questa prima fase 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.

Occorre anche per ogni domanda-requisito descrivere in poche parole le motivazioni che hanno portato ad attribuire quel punteggio.

Abbreviazioni e glossario

SPDC = Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, reparto di psichiatria di un ospedale

generale dove è possibili effettuare i TSO

- DSM = Dipartimento di Salute Mentale
- RM = Requisiti Minimi di accreditamento del DL 14 gennaio 1997
- PO = Progetto Obiettivo del DPR 7 aprile 1994
- CSM = Centro di Salute Mentale o Centro Psico-Sociale
- TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio
- CRT = Centro Riabilitativo Terapeutico, struttura residenziale ad alta intensità riabilitativa e permanenza idealmente limitata ad alcuni mesi

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

7.1 questionario di organizzazione generale del DSM (1998)

Sviluppo e sperimentazione di un programma di Accreditamento "tra pari" dei Dipartimenti di Salute Mentale
Requisiti per l'Accreditamento dei Servizi Psichiatrici

ORGANIZZAZIONE GENERALE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Indice

0. Dati di base

1. Politiche complessive dei servizi

a- indirizzi generali

b- formazione

c- articolazione di attività

d- integrazione tra componenti organizzative e tra servizi

e- personalizzazione, umanizzazione e rapporti con le famiglie

2. Aree gestionali

a- definizione degli obiettivi

b- risorse economiche e politica degli investimenti

c- sistema informativo

3. Organizzazione generale e risorse

0. DATI DI BASE

Viene richiesta la documentazione disponibile relativa a:

0.1. Centri di Salute Mentale, Ambulatori, Centri diurni, Day Hospital, SPDC, Strutture Residenziali, e loro caratteristiche edilizie

0.2. Personale distribuito per categoria professionale

0.3. Organizzazione funzionale (organigramma)

0.4. Dati sul turn-over e assenteismo professionale

0.5. Tipologia e numero utenti prevalenti e nuovi utenti

0.6. Tipologia e numero di prestazioni effettuate

0.7. Costi

0.8. Numero iniziative esterne ed interne di formazione e tempo per la formazione nella organizzazione generale del DSM.

1. POLITICHE COMPLESSIVE DEI SERVIZI

A- INDIRIZZI GENERALI

1.1. Vi è un documento generale scritto del Dipartimento di Salute Mentale che specifica gli scopi generali del servizio.

1.2. Vi è un documento generale scritto del Dipartimento di Salute Mentale che specifica le priorità (categorie di utenti e programmi prioritari) del servizio.

1.3. Vi è un documento generale scritto del Dipartimento di Salute Mentale che specifica le strategie di intervento principali.

1.4. Esiste un regolamento del DSM scritto e approvato .

1.5. Il regolamento definisce i rapporti tra i servizi e le strutture del DSM .

1.6. Il regolamento definisce i rapporti con i servizi non dipartimentali .

1.7. Il regolamento specifica le modalità di accoglimento della domanda .

1.8. Il regolamento definisce le procedure decisionali all'interno del DSM.

B- FORMAZIONE

1.9. Esiste un piano di formazione e di aggiornamento del personale per la partecipazione e la redazione di linee guida e documenti di servizio.

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.

1.10. Esiste un piano di formazione e di aggiornamento del personale per la partecipazione a progetti di MCQ .

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.

1.11. Esiste un piano di formazione e di aggiornamento del personale per la frequenza di stages formativi presso altre strutture.

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.

1.12. Esiste un piano di formazione e di aggiornamento del personale per la discussione del proprio lavoro da parte di un collega più esperto.

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.

1.13. E' nominato un coordinatore della formazione del Dipartimento che dedichi parte del suo tempo di lavoro al coordinamento e alla valutazione delle attività formative e deve avere una preparazione specifica nella progettazione e nella valutazione nei corsi di formazione e aggiornamento.

1.14. E' definito il tempo di lavoro dedicato alla formazione, parte interna e parte esterna.

1.15. Sono richiesti e analizzati i dati relativi alla valutazione delle attività formative .

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.

1.16 Vi sono buone pratiche uniformi e buone procedure scritte per facilitare l'inserimento e la formazione sul campo del personale di nuova acquisizione? Per dare punteggio 3 deve essere previsto un operatore esperto con diminuzione del carico di lavoro.

C- ARTICOLAZIONE DI ATTIVITÀ

1.17. Il Dipartimento dispone di un ampio spettro di attività e programmi gestiti direttamente in comune con altri DSM o in convenzione rispetto a programmi d'interventi psicoterapeutici.

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.

1.18. Il Dipartimento dispone di un ampio spettro di attività e programmi di addestramento professionale, e inserimenti.

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.

1.19. Il Dipartimento dispone di un ampio spettro di attività e programmi di insegnamento delle abilità sociali, programmi e programmi psicoeducativi per

le famiglie;

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.

D- INTEGRAZIONI TRA COMPONENTI ORGANIZZATIVE E TRA SERVIZI

1.20. Il Dipartimento di Salute Mentale ha rapporti stabili e continuativi con i Servizi Sociali.

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.

1.21. Vi sono protocolli scritti e buone pratiche di collaborazione con i medici di medicina generale .

Per dare punteggio 3 ci devono essere evidenze che almeno il 15% dei medici di medicina generale collabora con il Servizio. Vi sono accordi sulle indicazioni, sull'invio al Servizio di Salute Mentale; il Servizio Psichiatrico comunica regolarmente ai medici di medicina generale il programma di presa in carico e di trattamento dei loro assistiti, previo consenso dell'utenza.

P S

1.22. Il Dipartimento di Salute Mentale promuove e partecipa a iniziative di formazione dei medici di medicina generale su temi psichiatrici.

Per dare punteggio 3 le iniziative dovrebbero essere effettuate almeno una volta all'anno con almeno la partecipazione del 10% dei medici di base.

1.23. Vi sono protocolli scritti e pratiche uniformi e consolidate con il Dipartimento materno infantile.

P S

1.24. Vi sono protocolli scritti e pratiche uniformi e consolidate con i servizi per le tossicodipendenze e l'alcolismo e le loro comunità.

P S

1.25. Vi sono protocolli scritti e pratiche uniformi e consolidate con i servizi di mutuoaiuto per l'alcolismo.

P S

1.26. Vi sono protocolli scritti e pratiche uniformi e consolidate con i servizi di assistenza per gli anziani e le strutture residenziali per anziani .

P S

1.27. Vi sono pratiche di buona collaborazione con le forze dell'ordine.

1.28. Il Dipartimento di Salute Mentale incoraggia l'intervento dei volontari .
Vi sono volontari che lavorano in tutte le Unità del dipartimento; vi sono incontri congiunti periodici con le principali associazioni di volontariato

1.29. Il Dipartimento incoraggia il contributo di obiettori di coscienza .
Esistono documenti scritti o procedure consolidate ed uniformi per l'utilizzo, la formazione e la supervisione degli obiettori.

P S

1.30. Il Dipartimento di Salute Mentale costituisce una rete di rapporti regolari con altre agenzie sociali/culturali per favorire o promuovere l'accesso ai diritti di cittadinanza degli utenti.

E- PERSONALIZZAZIONE, UMANIZZAZIONE E RAPPORTI CON LE FAMIGLIE

1.31. Esistono rapporti regolari con i Comuni e con altre agenzie pubbliche per concordare programmi condivisi a reperire abitazioni per gli utenti .

1.32. Il Dipartimento di Salute Mentale ha una politica di sostegno e di coinvolgimento delle famiglie.

I familiari non si sentono colpevolizzati, ricevono informazioni che considerano adeguate sul disturbo del loro congiunto, si sentono appoggiati dal servizio anche in caso di emergenza e ricevono istruzioni su come aiutare il loro congiunto e al tempo stesso avere una loro vita indipendente.

1.33. Il Dipartimento di Salute Mentale favorisce la costituzione di reti e di associazioni di utenti anche allo scopo di aumentare la loro partecipazione al Servizio.

Il DSM mette a disposizione delle associazioni o dei gruppi di utenti e di famigliari spazi e attrezzature.

vi è nella zona almeno una associazione di familiari che collabora con il servizio.

1.34. Il Dipartimento di Salute Mentale ha una carta dei servizi separata o congiunta con quella della azienda. Esiste una guida per i servizi.

I servizi forniti dal DSM sono adeguatamente messi a conoscenza degli altri servizi sanitari e sociali e della popolazione generale ad esempio mediante la diffusione di un opuscolo. E' auspicabile che siano indicati, oltre ai servizi forniti, gli impegni di qualità assunti.

2. AREE GESTIONALI

a- DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

2.1. Vi è un documento generale scritto del Dipartimento di Salute Mentale che specifichi gli obiettivi specifici (verificabili) per l'anno o per il triennio in corso .

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.

2.2. Vi è un documento generale scritto del Dipartimento di Salute Mentale che specifichi le scadenze di raggiungimento di tali obiettivi .

2.3. E' redatta ogni anno una relazione che descrive le attività svolte e il grado di raggiungimento degli obiettivi.

Per dare punteggio 3 la relazione deve essere diffusa entro il mese di maggio dell'anno successivo.

2.4. Vi è un documento generale scritto del Dipartimento di Salute mentale che specifichi la definizione di una politica di gestione dell'emergenze e delle urgenze.

2.5. Ci sono documenti scritti e/o procedure consolidate e uniformi che specifichino l'integrazione tra le varie unità e le attività del Dipartimento.

In particolare, dovrebbe essere assicurata la continuità dell'assistenza, ad esempio mediante la nomina di un operatore di riferimento che segua il paziente, e dovrebbero essere concordati i trasferimenti di un paziente da un'unità ad un'altra (ad esempio dal servizio territoriale al SPDC).

P S

2.6. Il Dipartimento, in particolare per i pazienti gravi, promuove l'integrazione degli interventi psicofarmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi.

Vengono formulati piani di trattamento integrati.

2.7. Il responsabile del Dipartimento si fa carico degli obiettivi di integrazione degli integrazione e del monitoraggio del loro raggiungimento.

2.8. Il Dipartimento riesce ad eliminare il ricorso dei residenti nel bacino di riferimento a servizi fuori zona.

2.9. Il Dipartimento si pone il problema dei "casi" di persone affette da disturbi psichiatrici gravi non noti al servizio.

2.10. 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 S

b- RISORSE ECONOMICHE E POLITICA DI INVESTIMENTI

2.11. Il Dipartimento conosce la quantità di risorse economiche assorbite dal bilancio della Azienda Sanitaria.

2.12. Il Dipartimento ha autonomia (almeno parziale) di gestione del proprio budget.

2.13. Esiste una quota aggiuntiva di bilancio per compiti ed esigenze specifiche e documentate del Dipartimento di Salute Mentale.

Per esempio, in caso di aree metropolitane, concentrazione di pazienti gravi, dispersione territoriale, competenze particolari (assistenza ad utenti extracomunitari, ecc....).

2.14. il Dipartimento ha un sistema per valutare i propri fornitori .

2.15. Il Dipartimento controlla i programmi di investimento .

2.16. Il Dipartimento usufruisce di fondi aggiuntivi a quelli sanitari .

Per esempio: fondazioni, fondi speciali per l'occupazione, fondo speciale europeo.

2.17. Una percentuale del budget del Dipartimento è dedicata alle politiche del lavoro .

Per politiche del lavoro s'intendono contributi economici, sussidi, borse lavoro, inserimenti lavorativi, convenzioni con agenzie del territorio.

2.18. Esiste una politica d'intervento tendente all'aumento delle risorse impiegate per le borse lavoro e di parallelo decremento di quelle destinate ai sussidi.

2.19. Esiste una politica di intervento tendente all'aumento delle convenzioni con cooperative di "tipo B" .

2.20. Esistono programmi di formazione/educazione dell'utenza per favorirne l'integrazione sociale .

Per esempio: corsi di alfabetizzazione, ecc...

c- sistema informativo

2.21 Il Dipartimento si pone il problema della qualità della documentazione clinica

Il Dipartimento ha iniziative e meccanismi per far sì che in tutte le sue Unità le cartelle cliniche siano facilmente reperibili e aggiornate, contengano valutazioni multi dimensionali dei pazienti (psicopatologiche, fisiche e sociali) e piani di trattamento individuali.

2.22. Si utilizzano nel Dipartimento altri indicatori di esito (oltre agli eventi negativi) per misurare la qualità di vita e di salute dei pazienti.

Indicare quali indicatori e su quali pazienti.

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.

2.23. E' assicurata la riservatezza e l'uso confidenziale e non punitivo di questi indicatori.

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

2.24. Sono effettuati progetti di MCQ sulla completezza e la qualità de i dati rilevati dal Sistema Informativo di routine.

Per dare punteggio tre almeno un progetto nel corso degli ultimi tre anni deve essere arrivato alla fase di valutazione dell'intervento migliorativo.

3. ORGANIZZAZIONE GENERALE E RISORSE

3.1. Vi è un documento generale scritto del Dipartimento di Salute Mentale che specifica i responsabili/coordinatori dell'organizzazione delle attività concernenti i singoli obiettivi .

3.2. Il Responsabile del Dipartimento ha autonomia nella gestione delle risorse del personale.

3.3. Il personale in servizio corrisponde a quello in organico e quello in organico agli standard regionali.

(NB: il DM del 7 Aprile del 1994 prevede almeno un operatore ogni 1500 abitanti)

3.4. Il personale in servizio per numero e qualifica corrisponde almeno a quello medio della regione.

3.5. Esistono documenti scritti o procedure consolidate ed uniformi per facilitare l'inserimento del personale di nuova acquisizione.

P S

3.6. Il Dipartimento di Salute Mentale dispone di un ampio spettro.

3.7. Il Dipartimento ha tutte le strutture previste dal P.O. nazionale .

3.8. L'ex O.P. è stato riconvertito in strutture non psichiatriche e non sanitarie.

3.9. Gli ex degenti degli O.P. con prevalenti bisogni di assistenza sanitaria, originari del Dipartimento, sono stati accolti in strutture residenziali con moduli non superiori ai 20 posti.

Indicare, se presenti, il numero di ex degenti residenti nell'area del Presidio ex O.P.

3.10. E' stato nominato a livello di Dipartimento un responsabile del Sistema Informativo.

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.

3.11. Il Sistema Informativo consente di rilevare il livello di raggiungimento degli obiettivi.

3.12. Il Sistema Informativo consente di rispondere alle altre richieste informative dei livelli sovra ordinati in modo completo, accurato e tempestivo.

3.13. Il Sistema Informativo consente di conoscere l'incidenza e la prevalenza degli utenti in carico, indipendentemente dall'Unità Operativa con cui sono in rapporto.

3.14. Il Sistema Informativo consente di conoscere il numero dei pazienti persi di vista.

Il Dipartimento ha formulato una sua definizione operativa di perso di vista.

3.15. Il Sistema Informativo consente di monitorare i TSO .

3.16. Ci sono strumenti sistematici di segnalazione di eventi negativi, per es.: rifiuto prolungato dei farmaci, episodi di aggressività, suicidi o tentati suicidi, abbandoni di pazienti gravi, perdita di lavoro, reati commessi dai pazienti.

Le segnalazioni suddette portano anche alla analisi delle possibili cause e dei possibili fattori di prevenzione, non hanno solamente uno scopo medico legale. 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.

3.17. La biblioteca è adeguata.

Dovrebbe essere presente un locale adibito a biblioteca ad uso del personale. La biblioteca non deve essere necessariamente collocata in una struttura del Dipartimento, ma deve essere raggiungibile in mezz'ora con i mezzi pubblici. Per dare punteggio 3 deve avere almeno 4 tra le principali riviste internazionali a pagamento, e deve essere aperta almeno 6 ore nei giorni feriali; deve permettere la facile consultazione diretta delle riviste dell'anno e di almeno tre annate precedenti; deve essere possibile eseguire facilmente fotocopie in numero ragionevole.

7.2 questionario servizi territoriali di salute mentale (1998)

Sviluppo e sperimentazione di un programma di Accreditamento "tra pari" dei Dipartimenti di Salute Mentale
Requisiti per l'Accreditamento dei Servizi Psichiatrici

SERVIZI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE

Indice

0. Dati di base
1. Organizzazione generale e risorse
2. Integrazioni tra componenti organizzative e tra servizi
3. Gestione del personale e formazione
4. Ambienti fisici e attrezzature
5. Sicurezza dei pazienti e degli operatori
6. Caratteristiche generali dell'assistenza
7. Documentazione clinica e Sistema Informativo
8. Personalizzazione e umanizzazione
9. Rapporti con le famiglie
10. Rapporti con altri servizi, con la popolazione e con le associazioni di volontariato

0. DATI DI BASE

Viene richiesta la documentazione disponibile relativamente a:

- 0.1. numero utenti prevalenti nell'anno.....
- 0.2. numero utenti incidenti nell'anno.....
- 0.3. volume di prestazioni nell'anno.....
- 0.4. tipologia delle prestazioni.....
- 0.5. distribuzione per età, sesso, diagnosi.

1. ORGANIZZAZIONE GENERALE E RISORSE

Vengono qui riportati solo i requisiti del centro di salute mentale o che possono variare rispetto a quelli generali del Dipartimento di Salute Mentale.

E' comunque indispensabile consultare anche il documento relativo all'organizzazione generale del dipartimento.

1.1 Vi è 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 centro di salute mentale.

Questo documento dovrebbe specificare le priorità del centro (ad esempio le categorie di utenti a cui esso si impegna a dare priorità nell'ambito delle risorse disponibili), le attività principali che il centro si impegna a svolgere nei confronti degli utenti, il tipo di rapporti che il centro 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.

Il documento deve essere condiviso da tutti e deve essere diffuso.

Il documento viene rivisto e confermato o aggiornato almeno ogni 3 anni.

1.2 Vengono formulati entro il mese di ottobre (separatamente o nell'ambito del documento generale del Dipartimento di Salute Mentale) il piano di attività e gli obiettivi che il centro si prefigge per l'anno successivo.

1.3 Viene redatta e diffusa entro il mese di aprile dell'anno successivo la relazione consuntiva (separata o nell'ambito della relazione generale del Dipartimento di Salute Mentale) sulle attività svolte e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.

1.4 Il servizio può erogare uno spettro ampio e flessibile di interventi .

Il servizio eroga prestazioni per quanto riguarda la sede ambulatoriali, domiciliari, in centro diurno, e per quanto riguarda il tipo (farmacologiche, psicoterapeutiche, socializzanti, riabilitative, di coinvolgimento dei familiari e della popolazione).

1.5 Il servizio riesce ad eliminare il ricorso ai ricoveri prolungati in strutture residenziali private.

1.6 In media almeno il 30% del lavoro del personale è dedicato ad attività svolte all'esterno degli ambulatori e dei centri diurni.

Comprende anche il tempo dedicato ad attività di rete e di coinvolgimento di altri servizi, oltre che alle visite domiciliari.

1.7 Il servizio è facilmente accessibile per gli orari di apertura.

Per dare punteggio 3 la sede centrale del servizio deve essere aperta almeno 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana.

(vedi RM DPR del 14.01.'97)

1.8 E' presente personale medico per tutto il periodo d'apertura.

(vedi RM DPR del 14.01.'97)

1.9 Durante il periodo d'apertura è possibile programmare la presenza di diverse figure professionali.

1.10 I tempi di attesa per i casi non urgenti dalla presentazione alla prima visita approfondita sono adeguati.

Per dare punteggio 3 non dovrebbero superare i 7 giorni .

1.11 I tempi di attesa dalla segnalazione alla visita per le urgenze sono adeguati.

Per dare punteggio 3 non dovrebbero superare le 2 ore.

1.12 I tempi di attesa tra l'arrivo in ambulatorio e la visita programmata sono adeguati.

Non dovrebbero superare la mezz'ora dall'orario prefissato per l'appuntamento.

1.13 Il servizio è dotato di mezzi di trasporto.

La disponibilità di mezzi di trasporto (del servizio o in convenzione) per il trasporto all'ambulatorio e al centro diurno dei pazienti che ne hanno bisogno. (Vedi RM DPR 14/1/1997)

1.14 I tempi di attesa, per essere inseriti in un programma di visite domiciliari, sono contenuti .

Per dare punteggio 3 i tempi di attesa non sono più di 10 giorni dal riconoscimento del bisogno.

1.15 Esiste un organigramma che definisce i responsabili delle diverse articolazioni operative e dei progetti.

1.16 Ci sono, almeno una volta al mese, regolari riunioni organizzative.

1.17 Il lavoro sul campo è organizzato secondo il modello per équipe.

Per gruppi di lavoro multidisciplinari il più possibile stabili.

Ogni équipe è costituita da almeno 3 figure professionali diverse; ogni membro dell'équipe partecipa alla formulazione dei piani di trattamento, ne valuta l'andamento in discussioni regolari e ne ha precise responsabilità nella loro attuazione.

2. INTEGRAZIONE TRA COMPONENTI ORGANIZZATIVE E TRA SERVIZI

2.1 Vi sono pratiche consolidate e uniformi e/o protocolli scritti che regolamentano le consulenze psichiatriche negli ospedali sprovvisti di SPDC

P S

2.2 Esistono protocolli scritti o pratiche consolidate e uniformi di collaborazione con i servizi sociali.

Dovrebbero essere tenute riunioni congiunte periodiche di coordinamento delle attività; i servizi sociali condividono gli obiettivi del servizio salute mentale e vi contribuiscono con risorse proprie; nel dare il punteggio non considerare se le eventuali carenze dipendono dal SSM o dal servizio sociale.

P S

2.3 Esistono pratiche consolidate e uniformi o protocolli scritti di collaborazione con i medici di medicina generale.

2.4 Esistono protocolli scritti o pratiche consolidate di collaborazione con le forze dell'ordine.

P S

2.5. Ci sono protocolli scritti e buone pratiche di collaborazioni con il servizio di neuropsichiatria infantile e della età evolutiva.

P S

2.6. Ci sono protocolli scritti o pratiche consolidate di collaborazione con il sert / noa.

P S

2.7 Esistono protocolli scritti o pratiche consolidate di collaborazione con la magistratura e il giudice tutelare.

P S

2.8 Esistono protocolli scritti o pratiche consolidate di collaborazione con il servizio d'emergenza. (118)

P S

2.9 Esistono protocolli scritti o pratiche consolidate di collaborazione con i servizi distrettuali per anziani.

P S

2.10 Esistono protocolli scritti o pratiche consolidate di collaborazione con le scuole della zona.

P S

3. GESTIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE

3.1 Il personale ha l'opportunità di discutere con il proprio responsabile delle difficoltà incontrate nell'esecuzione del proprio lavoro.

3.2 Il personale ha l'opportunità di discutere con i colleghi delle difficoltà incontrate nell'esecuzione del proprio lavoro.

3.3 Il personale ha la possibilità di discutere con una persona qualificata, anche appartenente al servizio, delle difficoltà che incontra nel lavoro con gli utenti.

3.4 Per ciascuna categoria di personale è disponibile una descrizione delle sue funzioni/responsabilità, al di là di quanto previsto dai contratti di lavoro.
Le funzioni responsabilità vanno viste come contributo verso il raggiungimento degli obiettivi del servizio e non come somma rigida di mansioni.

3.5 Vengono analizzati regolarmente i dati sul turn over del personale.
Numero e profilo professionale degli operatori che hanno lasciato definitivamente il servizio nel corso dell'anno precedente (in percentuale) La valutazione deve tenere in considerazione le dimensioni e l'articolazione dell'équipe.

3.6 Un operatore viene incaricato di coordinare le richieste di formazione e di verificarne il loro soddisfacimento.

3.7 E' definito il tempo di lavoro dedicato alla formazione .
Parte di questo tempo è svolto all'interno delle strutture e parte all'esterno.

4. AMBIENTE FISICO, ARREDAMENTO, ATTREZZATURE

4.1 Il servizio soddisfa le norme locali di sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori.

*Devono essere rispettate le norme legislative di sicurezza degli ambienti e antinfortunistiche (uscite di sicurezza, estintori, ecc.)
Per dare punteggio 3 deve essere stata effettuata una visita del servizio di prevenzione/sicurezza.*

4.2 L'ambiente termico della struttura in cui è situato il servizio è adeguato.

La temperatura ambientale della struttura in cui si trova il servizio deve essere adeguata secondo gli standard previsti dalla normativa.

4.3 La struttura in cui è situato il servizio è dotata di una buona illuminazione.

4.4 La struttura in cui è situato il servizio è dotato di una buona areazione.

4.5 La struttura in cui è situato il servizio è in condizioni igieniche sufficienti.

Viene pulito una volta al giorno e ogni volta che ve ne sia la necessità.

4.6 La struttura in cui è situato il servizio non presenta barriere architettoniche.

4.7 La struttura in cui è situato il servizio è dotato di locali insonorizzati.

4.8 Il numero degli studi è sufficiente rispetto a quello del personale.

4.9 I locali hanno un'ampiezza tale da permettere di effettuare ad esempio le terapie con le famiglie o con i gruppi.

Lo stesso locale può essere utilizzato per diversi scopi, ma non contemporaneamente.

4.10 I locali sono arredati in modo gradevole .

4.11 E' presente un locale infermeria .

4.12 E' presente una sala riunioni .

4.13 Ci sono spazi di accoglienza a disposizione degli utenti.

Si deve tenere conto dell'ampiezza degli spazi rispetto alla frequenza degli utenti. (vedi RM DPR del 14.01.'97)

4.14 Sono presenti bagni riservati all'utenza .

Si deve tenere conto dell'ampiezza del locale rispetto alla frequenza degli utenti.

4.15 Sono presenti bagni per il personale.

4.16 E' presente un locale di segreteria/informazioni.

(vedi RM DPR del 14.01.'97)

4.17 E' disponibile in ogni CSM una scorta adeguata di farmaci fondamentali e di altro materiale sanitario secondo quanto previsto dalla legge 626 del '94 e successive modificazioni ed in particolare per i trattamento:

a) delle emergenze psichiatriche (effetti collaterali degli psicofarmaci compresi i neurodislettici, le benzodiazepine, e gli antiparkinsoniani)

b) dei piccoli traumi.

4.18 La sede ambulatoriale del servizio è raggiungibile da qualunque punto del bacino d'utenza in non più di un'ora con i mezzi pubblici in condizioni di

traffico normale.

Per dare punteggio 3 una sede deve essere raggiungibile almeno in un'ora.

4.19 Il servizio ha un numero adeguato di linee telefoniche.

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.

5. SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEL PERSONALE

5.1 Vengono rispettate le norme di prevenzione dal contagio relative alle malattie infettive.

5.2 Esiste una dotazione di materiale necessario al rispetto di queste norme .

6. CARATTERISTICHE GENERALI DELL'ASSISTENZA

6.1 Ciascun utente in carico ha un piano di trattamento scritto .

Dovrebbero essere definiti gli interventi su un piano psicologico psicofarmacologico e sociale, essere individuati gli operatori di riferimento e gli operatori responsabili dei singoli aspetti del piano. Inoltre, dovrebbero essere individuati e temporizzati obiettivi specifici di trattamento verificabili in modo riproducibile.

Il raggiungimento degli obiettivi deve essere verificato periodicamente secondo il previsto piano di trattamento.

Per dare punteggio 3 almeno il 50% dei pazienti ad alta priorità dovrebbe avere un piano di trattamento scritto .

6.2 I casi del CSM vengono discussi anche con la presenza degli operatori delle altre strutture territoriali coinvolte.

Per dare punteggio 3, si dovrebbero effettuare due riunioni la settimana di cui una con gli operatori delle altre strutture.

6.3 Vi sono pratiche condivise e consolidate e/o linee guida scritte che definiscono la modalità di accoglienza del paziente.

P S

6.4 Vi sono pratiche condivise e consolidate e/o linee guida scritte che definiscono la modalità di presa in carico del paziente.

P S

6.5 Vi sono pratiche condivise e consolidate e/o linee guida scritte che definiscono la modalità di dimissione del paziente.

P S

6.6 Vi sono pratiche condivise, consolidate e uniformi e/o linee guida scritte per la gestione degli abbandoni da parte dei pazienti gravi.

Deve essere precisato cosa si intende per abbandono; deve essere identificato un responsabile dei tentativi di ripresa di contatto con il paziente.

Per dare punteggio 3 devono essere stati fatti tentativi di ripresa di contatto in almeno il 90% dei pazienti gravi persi di vista.

P S

6.7 Vi sono pratiche condivise e consolidate e/o linee guida scritte che definiscono le modalità di risposta del personale alle richieste telefoniche.

P S

6.8 Esistono pratiche condivise e applicate omogeneamente e/o linee guida scritte per formulare la diagnosi secondo una classificazione internazionale.

P S

6.9 Il servizio ha programmi mirati per effettuare gli interventi il più precocemente possibile .

6.10 Vi sono procedure scritte o pratiche uniformi per individuare le priorità degli interventi in rapporto alla gravità e all'urgenza.

Ad esempio una specie di sistema di triage psichiatrico che tiene conto del rischio di suicidio, di violenza e di emarginazione.

P S

6.11 Il servizio cerca di non perdere di vista anche chi si rifiuta al trattamento.

Futuri contatti non intrusivi, rapporti periodici con chi ha segnalato il caso, sostegno ai familiari.

6.12 Il processo di valutazione iniziale si serve di più fonti di informazione.

Se è il caso, si chiedono informazioni anche ad altri servizi e, con il consenso del paziente, ai suoi familiari e a altre persone da lui indicate.

6.13 Il processo di valutazione iniziale è comprensivo (stato psichico, funzionamento sociale, condizioni familiari e sociali) ed include la conoscenza delle condizioni fisiche.

6.14 I pazienti in carico sono rivalutati periodicamente.

Per dare punteggio 3 il paziente deve essere rivalutato almeno due volte l'anno in modo multidisciplinare.

6.15 Una rivalutazione completa del paziente viene effettuata anche in altre situazioni predefinite.

Ad esempio, se il paziente rifiuta il trattamento, fa del male a se stesso o ad un'altra persona, non si presenta al servizio per più di 3 mesi, sta per essere dimesso o quando il monitoraggio degli esiti (soddisfazione verso il servizio, funzionamento sociale, misure di qualità di vita) mostra un progressivo peggioramento.

6.16 I contatti con i pazienti sono di durata adeguata .

I carichi di lavoro permettono ad esempio che le prime visite approfondite da parte di uno psichiatra o di uno psicologo durino 45 minuti o più, e visite successive, escluse le somministrazioni di farmaci, 20 minuti o più.

6.17 Vengono svolte attività riabilitative per tutti i pazienti a trattamento a lungo termine (almeno un anno) per i quali si sono individuate carenze nelle abilità della vita quotidiana, e si formula un piano riabilitativo per colmare le carenze individuate.

6.18 Vengono svolte attività riabilitative per tutti i pazienti a trattamento a lungo termine (almeno un anno) per i quali si sono individuate carenze nelle abilità di base, e si formula un piano riabilitativo per colmare le carenze individuate.

6.19 Vengono svolte attività riabilitative per tutti i pazienti a trattamento a lungo termine (almeno un anno) per i quali si sono individuate carenze nelle abilità di relazione sociale, e si formula un piano riabilitativo per colmare le carenze individuate.

6.20 Il personale informa adeguatamente i pazienti sugli altri servizi sanitari e sociali della zona.

I pazienti e le loro famiglie dovrebbero ricevere a questo proposito adeguate informazioni, sia a voce sia mediante la distribuzione di un opuscolo.

6.21 Vengono svolte attività di addestramento professionale e di inserimento lavorativo.

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).

6.22 E' stato individuato un referente per i farmaci.

Deve essere individuato un referente che tiene i rapporti con la farmacia, effettua richieste di farmaci, controlla le scadenze dei farmaci, ecc...

6.23 Vi sono pratiche di monitoraggio dei farmaci .

6.24 Vi sono pratiche di monitoraggio dei long-acting .

6.25 Viene nominato un operatore di riferimento in maniera stabile e continuativa per ogni paziente.

6.26 Il servizio è all'occorrenza e per quanto di competenza interviene nell'aiuto a vittime di grandi traumi e violenze.

6.27 Esistono procedure per attivare il servizio su segnalazione nei confronti di persone non in carico.

6.28 La decisione di concludere un trattamento attivo viene discussa dagli operatori tra loro, con il paziente e, se è il caso, con i familiari.

6.29 La dimissione deve essere trascritta nella cartella clinica del paziente.

6.30 Il follow-up dopo la fine del trattamento attivo viene effettuato:

a) breve (6 mesi-1 anno) per gli utenti non gravi

b) a lungo termine (almeno 3 anni con periodicità di 6 mesi) per gli utenti gravi.

Per dare punteggio 3 si consideri un follow-up per almeno il 30% degli utenti non gravi, e per almeno il 50% degli utenti gravi.

6.31 Si assumono iniziative per capire i motivi dell'interruzione dei rapporti e per riallacciare i rapporti con i pazienti per i quali si ritiene particolarmente utile che rimanga il contatto con il servizio.

In questi casi si dovrebbe contattare il medico di base, i familiari, ecc...

7. DOCUMENTAZIONE CLINICA E SISTEMA INFORMATIVO

7.1 Esiste un "diario di bordo".

Per "diario di bordo" s'intende un diario dove apporre in modo che sia facilmente consultabile da tutti gli operatori gli ultimi eventi significativi riguardanti il paziente in carico.

7.2 Ogni utente in carico ha una sua cartella clinica completa e aggiornata .

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, la descrizione degli interventi decisi - piano di trattamento - e di quelli effettuati, come pure dei loro effetti.

I pazienti devono poter accedere alla propria documentazione su richiesta.

Quasi tutte le cartelle devono essere aggiornate come minimo al penultimo incontro con il paziente.

7.3 Le cartelle di cui sopra sono ben leggibili e ordinate .

Per dare punteggio 3, almeno il 50% delle cartelle deve permettere facilmente di conoscere i problemi in atto ed il trattamento in corso.

7.4 Ogni nota sulla cartella è firmata e datata e contiene la data dell'eventuale appuntamento successivo e la terapia in corso.

7.5 Le cartelle sono facilmente reperibili .

Per dare punteggio 3, almeno l'80% in 5 minuti a partire da dove dovrebbero essere archiviate.

7.6 Vi è un sistema unificato di documentazione clinica per tutte le categorie di personale (ad esempio cartella medica ed infermieristica unificate) .

7.7 Vengono effettuati progetti di MCQ per quanto riguarda completezza e qualità della documentazione clinica.

Per dare punteggio 3, almeno un progetto nel corso degli ultimi 6 mesi che sia arrivato alla fase di valutazione dell'intervento migliorativo.

7.8 In caso di invio del paziente ad un altro centro o servizio sanitario, il servizio fa pervenire insieme al paziente o prima una relazione contenente le informazioni essenziali sulle condizioni ed il trattamento del paziente e gli scopi dell'invio.

Per dare punteggio 3, in almeno l'80% dei pazienti.

7.9 Quando il servizio prende in carico un paziente grave, invia al medico curante una comunicazione che descrive le condizioni del paziente e i trattamenti iniziati e ne sollecita la collaborazione.

Per dare punteggio 3, in almeno il 50% dei pazienti gravi presi in carico.

7.10 Il servizio individua eventi sentinella o eventi particolarmente indesiderati da monitorare e in effetto in monitoraggio.

Per es. suicidi, perdita di lavoro, drop out, errori di somministrazione farmacologica, reati commessi dei pazienti, nr. TSO/popolazione (soglia a 2/10.000 abitanti), nr. pazienti in OPG.

Queste informazioni devono essere ad uso interno del servizio.

7.11 Il servizio rileva e trasmette i dati richiesti dal DSM, dalla azienda e dalla regione in modo corretto ed accurato.

8. PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

8.1 E' disponibile un documento fornito all'utenza (es. Carta dei servizi) in cui vengono descritte le modalità di accessibilità.

8.2 E' disponibile un documento fornito all'utenza (es. Carta dei servizi) in cui

viene descritto il processo assistenziale.

8.3 Durante l'orario di apertura il servizio è attrezzato per rispondere direttamente o indirettamente in tempi rapidi alle esigenze dei pazienti.

8.4 Il personale si rivolge al paziente parlando sempre in maniera chiara, cortese e positiva.

Il linguaggio impiegato dovrebbe esprimere per il paziente lo stesso rispetto che il personale si aspetta da lui.

8.5 I pazienti sono tenuti informati sulla diagnosi, sul trattamento da effettuare, degli effetti collaterali dei farmaci e del decorso della malattia.

Dovrebbero essere informati periodicamente (ad esempio ad ogni visita dello psichiatra) sui loro progressi in relazione agli obiettivi.

8.6 Ai pazienti e ai loro familiari viene comunicato, nell'ambito dell'accoglienza o nelle prime fasi della presa in carico, verbalmente o per iscritto, quali sono i loro diritti e le loro responsabilità nel percorso assistenziale.

8.7 Il servizio dispone di opuscoli e dépliant scritti in modo divulgativo per gli utenti e i loro familiari sui principali disturbi psichiatrici e il loro trattamento.

8.8 Esiste un comitato di partecipazione che prevede la presenza di utenti, familiari, organizzazioni di volontariato, operatori e il responsabile del servizio o un suo delegato.

8.9 I pazienti che ne fanno richiesta possono entrare in possesso di una copia della cartella clinica secondo la normativa vigente.

8.10 Vi sono procedure condivise e applicate per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative ai pazienti.

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 al paziente ad un'altra persona senza il suo consenso o il consenso di un suo rappresentante legale.

P S

8.11 Gli utenti in carico e, se indicato, i loro familiari vengono coinvolti il più possibile nella formulazione degli obiettivi del trattamento.

8.12 Gli operatori sono facilmente identificabili dagli utenti.

Per es. mediante cartellino con nome scritto chiaro, funzione visibile e,

eventualmente, foto.

8.13 Esistono pratiche consolidate e uniformi e/o linee guida scritte che facilitano i reclami e i suggerimenti dei pazienti e dei familiari.

P S

8.14 Sono utilizzati dal servizio i reclami pervenuti per migliorare la qualità dello stesso.

8.15 Esistono pratiche consolidate e uniformi e/o linee guida scritte su come gestire registrare e rispondere alle osservazioni critiche.

P S

8.16 I familiari che lo richiedono hanno la possibilità di discutere il trattamento del paziente con un operatore qualificato.

I familiari dovrebbero poter incontrare periodicamente l'operatore di riferimento del caso che sia in grado di informarli sui progressi del paziente 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.

9. RAPPORTI CON LE FAMIGLIE

9.1 In genere i familiari sono incoraggiati a prendere parte attiva nel trattamento dei pazienti.

Ad es. nel riconoscimento dei segni precoci di crisi e nella partecipazione dei programmi riabilitativi dei pazienti psicotici .

Per dare punteggio tre almeno il 30% delle famiglie dei pazienti psicotici deve avere un proprio componente formato a riconoscere i segni precoci di crisi del paziente e a favorire l'adesione al trattamento farmacologico.

P S

9.2 I familiari ed i pazienti sono istruiti adeguatamente sulle misure da adottare in caso di recidiva o ricomparsa della sintomatologia acuta.

Il paziente 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 necessità anche nei periodi notturni e festivi.

9.3 I familiari dei pazienti gravi sono sostenuti attraverso programmi e iniziative.

9.4 Si effettuano talora visite domiciliari per migliorare la capacità relazionale e di fronteggiamento (coping) dei familiari.

10. RAPPORTI CON ALTRI SERVIZI, CON LA POPOLAZIONE E CON LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

10.1 Vi sono buoni rapporti di collaborazione con le altre unità del dipartimento di salute mentale (SPDC, Strutture Intermedie, PS).

10.2 Esiste una continuità del rapporto terapeutico da parte del servizio anche durante il ricovero presso il SPDC.

10.3 Ammissioni e dimissioni dal SPDC dei pazienti in carico sono pianificate congiuntamente.

10.4 Vi sono programmi di MCQ congiunti con altri servizi del DSM.

10.5 Vi è un collegamento regolare con gli altri servizi sanitari della stessa zona.

In particolare con gli operatori di distretto e con l'ospedale. Lo scopo non è solo di facilitare il follow-up, ma anche di migliorare le modalità di invio nei due sensi.

10.6 Il servizio favorisce la costituzione e il funzionamento di associazioni di utenti e loro familiari.

Sono attive nel bacino d'utenza del servizio associazioni di utenti e/o di familiari. Per dare punteggio 3 deve esistere nella zona almeno un'associazione dei famigliari che collabora con il servizio.

10.7 Vi sono contatti regolari con i servizi sociali della zona.

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.

10.8 Vi sono regolari rapporti con i comuni

10.9 Vi sono regolari rapporti con le associazioni di volontariato.

10.10 Vi sono contatti con i datori di lavoro dei pazienti, quando servono.

Mantenere o ritornare a svolgere un lavoro regolare è un obiettivo realistico per molti pazienti. può dimostrarsi efficace il mantenere contatti con i datori di lavoro (e/o con gli uffici del personale delle aziende) per il monitoraggio dei progressi dei pazienti ed anche per lo sviluppo di programmi generali di inserimento lavorativo e di prevenzione delle recidive.

7.3 questionario servizi psichiatrici ospedalieri (1998)

Sviluppo e sperimentazione di un programma di Accreditamento "tra pari" dei Dipartimenti di Salute Mentale
Requisiti per l'Accreditamento dei Servizi Psichiatrici

SERVIZI PSICHIATRICI OSPEDALIERI

Indice

0. Dati di base

1. Organizzazione generale e risorse
2. Integrazioni tra componenti organizzative e tra servizi
3. Gestione del personale e formazione
4. Ambienti fisici e attrezzature
5. Sicurezza dei pazienti e degli operatori
6. Caratteristiche generali dell'assistenza
7. Documentazione clinica e Sistema Informativo
8. Personalizzazione e umanizzazione
9. Rapporti con le famiglie
10. Rapporti con altri servizi, con la popolazione e con le associazioni di volontariato.

0. DATI DI BASE

Viene richiesta la documentazione disponibile relativamente a:

- 0.1. numero posti letto
- 0.2. numero ricoverati.....nell'anno
- 0.3. numero ricoveri.....nell'anno nr. TSO..... nr. TSV.....
- 0.4. giornate di ricovero nell'anno.....
- 0.5. numero pazienti che recidivano nel ricovero.....
- 0.6. numero di pazienti al primo ricovero.....
- 0.7. indice di turn-over degli utenti.....
- 0.8. giornate di degenza.....
- 0.9. degenza media.....
- 0.10. indice di saturazione.....

1. ORGANIZZAZIONE GENERALE

Vengono qui riportati solo i requisiti del Servizio Psichiatrico Ospedaliero o che possono variare rispetto a quelli generali del Dipartimento di Salute Mentale.

E' comunque indispensabile consultare anche il documento relativo all'organizzazione generale del dipartimento.

1.1 Vi è 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 psichiatrico ospedaliero.

Questo documento dovrebbe specificare le priorità del Servizio (ad esempio le categorie di utenti a cui esso s'impegna a dare priorità nell'ambito delle risorse disponibili), le attività principali che il Servizio s'impegna a svolgere nei confronti degli utenti, il tipo di rapporti che il Servizio intende avere con familiari, le associazioni di volontariato e la popolazione generale. Il documento deve essere condiviso da tutti gli operatori e deve essere diffuso.

Il documento viene rivisto e confermato o aggiornato almeno ogni 3 anni.

1.2 Vengono formulati entro il mese di ottobre (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 successivo.

1.3 Viene redatta e diffusa entro il mese di aprile dell'anno successivo la relazione consuntiva (separata o nell'ambito della relazione generale del dipartimento di salute mentale) sulle attività svolte e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.

1.4 Almeno due terzi del personale addetto all'assistenza lavora esclusivamente nella struttura ospedaliera.

Per addetto all'assistenza s'intende il personale che lavora direttamente con i pazienti.

1.5 Il servizio è facilmente accessibile per quanto riguarda i ricoveri riconosciuti urgenti dallo psichiatra.

Dovrebbe essere sempre possibile il ricovero nella struttura.

1.6 Il servizio è facilmente accessibile per quanto riguarda il tempo d'attesa per un ricovero programmato (non urgente):

L'attesa non dovrebbe superare i 7 giorni.

1.7 Ci sono regolari riunioni organizzative con la presenza di tutte le categorie professionali e di rappresentanti di tutte le unità del servizio.

Dovrebbe esserci una riunione almeno una volta al mese con un ordine del giorno e un verbale.

1.8 Ogni nuovo paziente è sottoposto a una visita medica completa entro la prima giornata di ricovero.

Il requisito si applica anche ai pazienti riammessi dopo una dimissione recente.

1.9 Il lavoro è organizzato secondo il modello per équipe .

Ogni componente dell'équipe partecipa alla formulazione dei piani di trattamento, ne valuta l'andamento in discussioni regolari e ha precise responsabilità nella loro attuazione.

1.10 I contatti con gli utenti sono qualitativamente adeguati .

I contatti del medico con l'utente hanno frequenza giornaliera.

1. 11 I colloqui con gli utenti sono qualitativamente adeguati .

In caso di necessità l'utente può avere un colloquio con un medico sia di giorno sia di notte, della durata di almeno 15 minuti.

2. INTEGRAZIONE TRA COMPONENTI ORGANIZZATIVE E TRA SERVIZI

2.1 Vi sono pratiche consolidate e uniformi e/o linee guida scritte che garantiscono consulenze psichiatriche negli altri reparti dell'ospedale

P S

2.2 Esistono pratiche consolidate e uniformi e/o linee guida scritte di collaborazione con i medici di medicina generale.

P S

2.3 Esistono pratiche consolidate e uniformi e/o linee guida scritte che regolamentano le consulenze dei medici di altri reparti dell'ospedale agli utenti psichiatrici in regime ordinario o in urgenza.

P S

2.4 Esistono protocolli scritti o pratiche consolidate di collaborazione con i servizi sociali .

P S

2.5 Esistono protocolli scritti o pratiche consolidate di collaborazione con le forze dell'ordine

P S

2.6. Ci sono protocolli scritti e buone pratiche di collaborazione con il sert / noa.

P S

2.7 Esistono protocolli scritti o pratiche consolidate di collaborazione con la magistratura e il giudice tutelare.

P S

2.8 Esistono protocolli scritti o pratiche consolidate di collaborazione con il servizio d'emergenza. (118)

P S

2.9 Esistono protocolli scritti o pratiche consolidate di collaborazione con i servizi distrettuali per anziani.

P S

3. GESTIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE

3.1 Il personale ha l'opportunità di discutere con il proprio responsabile delle difficoltà incontrate nell'esecuzione del proprio lavoro.

3.2 Il personale ha l'opportunità di discutere con i colleghi delle difficoltà incontrate nell'esecuzione del proprio lavoro.

3.3 Il personale ha la possibilità di discutere con una persona qualificata, anche appartenente al servizio, delle difficoltà che incontra nel lavoro con gli utenti.

3.4 Per ciascuna categoria di personale è disponibile una descrizione delle

sue funzioni/responsabilità, al di là di quanto previsto dai contratti di lavoro.
Le funzioni responsabilità vanno viste come contributo verso il raggiungimento degli obiettivi del servizio e non come somma rigida di mansioni.

3.5 Un operatore viene incaricato di coordinare le richieste di formazione e di verificarne il loro soddisfacimento.

3.6 Vengono analizzati regolarmente i dati sul turn over del personale.
Numero e profilo professionale degli operatori che hanno lasciato definitivamente il servizio nel corso dell'anno precedente (in percentuale per profilo professionale)

3.7 Una parte del tempo di lavoro di ogni operatore è dedicata alle attività di formazione o aggiornamento continua.
Questo tempo dovrebbe essere impiegato sia all'interno che all'esterno del servizio.

4. AMBIENTE FISICO, ARREDAMENTO, ATTREZZATURE

4.1 Il servizio soddisfa le norme locali di sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori.
*Devono essere rispettate le norme legislative di sicurezza degli ambienti e antinfortunistiche (uscite di sicurezza, estintori, ecc.)
Per dare punteggio tre deve essere stata effettuata una visita da parte del personale del servizio di prevenzione*

4.2 La temperatura ambientale nella struttura è adeguata e confortevole secondo gli standard della normativa vigente.

4.3 La struttura in cui è situato il servizio è dotata di una buona illuminazione.

4.4 La struttura in cui è situato il servizio è dotato di una buona areazione.

4.5 La struttura in cui è situato il servizio non presenta barriere architettoniche.

4.6 La struttura in cui è situato il servizio è dotato di locali insonorizzati.

4.7 L'ampiezza delle camere è adeguata al numero di pazienti che accoglie.

Lo stesso locale può essere utilizzato per diversi scopi, ma non contemporaneamente.

4.8 Le stanze di degenza sono adeguate .

Stanze con non più di tre letti e almeno una stanza con un solo letto.

4.9 Il reparto è organizzato in modo tale che ogni paziente ha uno spazio che può considerare come suo.

Ogni paziente dovrebbe avere una stanza o una parte di stanza nettamente delimitata che è rispettato da tutti come uno spazio o "territorio" personale.

4.10 I pazienti hanno a disposizione del mobilio per conservare gli oggetti personali.

Per considerare soddisfatto questo requisito, ogni paziente deve avere a sua disposizione uno spazio sicuro per conservare almeno alcuni capi di vestiario e qualche oggetto di toilette.

4.11 Vi sono servizi igienici funzionanti e adeguati per tutti i pazienti .

Considerare anche lo stato di pulizia degli impianti igienici e dei pavimenti.

Le stanze da bagno possono essere chiuse dall'interno, il personale deve poter aprire tali locali in caso di emergenza.

4.12 Esistono locali riservati unicamente al personale .

4.13 I locali per il personale sono adeguati

Questo requisito si riferisce ai bagni per il personale, agli studi, alla sala riunioni, alla cucina. Il numero degli studi rispetto al personale è sufficiente.

4.14 Le condizioni di pulizia del reparto sono adeguate .

Il reparto viene pulito due volte al giorno, una volta ogni due mesi (pulizie straordinarie) e ogni volta che ve ne sia la necessità; gli effetti lettereschi vengono cambiati settimanalmente e ogni volta che ve ne sia la necessità.

4.15 Sono disponibili presso il reparto farmaci generali fondamentali, adeguata scorta degli psicofarmaci fondamentali e materiale di pronto soccorso.

4.16 I pasti sono qualitativamente adeguati, avvengono in un locale idoneo, su tavole apparecchiate e con a disposizione di ogni paziente posate di ogni

tipo.

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).

4.17 Vi sono spazi adeguati di soggiorno per le attività ricreative e riabilitative.

Per dare il punteggio massimo a questa voce è necessario che siano presenti sia spazi interni, sia esterni (giardino, ecc...).

4.18 Vi è un orario di visita flessibile .

E' sempre possibile effettuare per i familiari visite ai pazienti salvo quando è vietato per motivi organizzativi e clinici.

4.19 I pazienti hanno a disposizione un locale per ricevere visite in privato .

Deve essere garantita la privacy ed essere presente un numero adeguato di posti a sedere. L'arredamento deve essere accogliente.

4.20 Il servizio ha un numero adeguato di linee telefoniche .

Per dare punteggio tre occorre che chi telefona trovi almeno una volta su due la linea libera o nel caso di segreteria telefonica qualcuno risponda dopo due minuti dalla risposta automatica.

5. SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEL PERSONALE

5.1 Vengono rispettate le norme di prevenzione dal contagio relative alle malattie infettive.

5.2 Esiste una dotazione di materiale necessario al rispetto di queste norme .

5.3 Vi sono 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 eteroaggressivi.

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 di pazienti.

Per dare punteggio 3 almeno il 50% del personale deve essere coinvolto.

P S

6. CARATTERISTICHE GENERALI DELL'ASSISTENZA

6.1 Ciascun utente in carico ha un piano di trattamento scritto .

Dovrebbero essere definiti gli interventi su un piano psicologico, psicofarmacologico e sociale, essere individuati gli operatori di riferimento e gli operatori responsabili dei singoli aspetti del piano. Inoltre, dovrebbero essere individuati e temporizzati obiettivi specifici di trattamento verificabili in modo riproducibile.

Il raggiungimento degli obiettivi deve essere verificato periodicamente secondo il previsto piano di trattamento.

6.2 I casi del SPDC vengono discussi anche con la presenza degli operatori delle altre strutture territoriali coinvolte.

Per dare punteggio tre, si dovrebbero effettuare due riunioni la settimana di cui una con gli operatori delle altre strutture.

6.3 Il processo di valutazione iniziale si serve di più fonti di informazione.

6.4 Esistono pratiche uniformi e consolidate e/o linee guida scritte condivise da tutti gli operatori e applicate sistematicamente che definiscano l'accoglimento dell'utente nel reparto.

P S

6.5 Esistono pratiche condivise e applicate omogeneamente e/o linee guida scritte per tutto il servizio per formulare la diagnosi secondo una classificazione internazionale.

P S

6.6 Vi sono pratiche condivise e uniformi e/o linee guida scritte che assicurano a tutto il personale una formazione specifica sul modo di gestire la crisi.

Per crisi s'intende: crisi neurodislettiche, stato di eccitamento con agitazione psicomotoria, delirium. Il personale dovrebbe sapere cosa fare in questi casi col paziente e quali farmaci sono indicati

Per dare punteggio 3 almeno il 50% del personale deve essere coinvolto.

P S

6.7 Vi sono pratiche condivise e uniformi e/o linee guida scritte che

assicurano a tutto il personale una formazione specifica nella prevenzione e nella gestione dell'allontanamento dal reparto

Per dare punteggio 3 almeno il 50% del personale deve essere coinvolto.

P S

6.8 La gestione delle emergenze é adeguata.

Deve essere sempre presente sulle 24 ore il personale infermieristico e 1 medico psichiatra entro 30' dalla chiamata.

6.9 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.

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 del paziente; punteggio 1 evento eccezionale in assenza di procedure concordata; 0 non si fa nulla o quasi nulla e non esistono progetti concreti per arrivare a soddisfare il requisito

6.10 La porta d'ingresso del reparto è di norma aperta. Se la porta di accesso al reparto fosse chiusa tutti i pazienti che lo desiderano e le cui condizioni psico-fisiche lo consentano possono uscire liberamente .

Per dare punteggio 5 la porta d'ingresso è di norma aperta.

Per dare punteggio 4 in caso di evento che determini la chiusura della porta, esiste un protocollo scritto per l'attivazione del servizio, al fine di superare la difficoltà.

Per dare punteggio 3 la porta viene chiusa solo in presenza di situazione di difficile gestione.

Per dare punteggio 2 la porta è chiusa ogni qualvolta in reparto è presente in TSO, ma c'è un protocollo scritto per riuscire a gestire diversamente il problema.

Per dare punteggio 1 la porta è abitualmente chiusa, esiste un progetto scritto per il raggiungimento dell'obiettivo, ma non si è ancora fatto niente.

Per dare punteggio 0 la porta è abitualmente chiusa senza costituire un problema da migliorare.

6.11 I pazienti possono accedere agli spazi e ai servizi comuni dell'ospedale .

Sempre, da soli su richiesta, o se le condizioni psichiche non lo consentono, accompagnati dal personale.

6.12 Il personale presta sempre la dovuta attenzione all'aspetto dei pazienti non autosufficienti nella cura di sé.

I pazienti sono sollecitati a prendersi cura della loro igiene personale e del loro aspetto. Il personale aiuta chi ne ha bisogno.

6.13 Gli utenti che ne sono capaci vengono invitati a partecipare ad un programma di attività quotidiane.

Dovrebbe esserci un programma settimanale riguardante attività fisiche, sociali, culturali supervisionate da un operatore.

6.14 Viene nominato un medico di riferimento in maniera stabile e continuativa per ogni paziente.

6.15 La decisione della dimissione viene discussa dagli operatori tra loro, con il paziente e, se è il caso, con i familiari.

6.16 La struttura territoriale inviante fa pervenire al SPDC un modulo di ingresso standard.

Il modulo deve essere consegnato nel momento di ammissione per essere inserito nella cartella clinica del SPDC e deve specificare i motivi del ricovero.

6.17 La dimissione viene concordata con la struttura territoriale che seguirà il paziente e ad essa viene inviato un modulo di dimissione standard.

Il modulo contiene le informazioni riguardo al motivo del ricovero, gli eventi salienti relativi al periodo di degenza, sulla terapia di mantenimento; sui bisogni sociali, occupazionali e familiari; sui rischi e su altri aspetti da tenere sotto controllo. Dovrebbe essere compilato in doppia copia di cui una da consegnare al paziente e una da spedire alla struttura responsabile del follow-up.

7. DOCUMENTAZIONE CLINICA E SISTEMA INFORMATIVO

7.1 Ogni paziente ha una cartella clinica compilata adeguatamente.

Ogni cartella clinica dovrebbe contenere informazioni sullo stato clinico e sugli interventi diagnostici e terapeutici decisi ed effettuati, come pure i loro esiti. Dovrebbe essere, inoltre, aggiornata quotidianamente.

7.2 Le cartelle di cui sopra sono ben leggibili e ordinate .

Per dare punteggio 3, almeno il 50% delle cartelle deve permettere facilmente di conoscere i problemi in atto ed il trattamento in corso.

7.3 Ogni nota sulla cartella è firmata e datata .

7.4 Le cartelle sono facilmente reperibili .

Per dare punteggio 3, almeno l'80% delle cartelle dovrebbero essere reperibili entro 5 minuti a partire da dove dovrebbero essere riposte.

7.5 Esiste una cartella infermieristica .

7.6 Vi è un sistema unificato di documentazione clinica per tutte le categorie di personale (ad esempio cartella medica ed infermieristica unificate) .

7.7 Vengono effettuati progetti di MCQ per quanto riguarda completezza e qualità della documentazione clinica .

Per dare punteggio 3, almeno un progetto ogni 6 mesi che sia arrivato alla fase di valutazione dell'intervento migliorativo.

7.8 In caso di invio di un paziente ad un altro ospedale o reparto, il servizio fa pervenire una relazione contenente le informazioni sul paziente.

7.9 Il servizio individua eventi sentinella o eventi particolarmente indesiderati da monitorare.

Per esempio: suicidi, fughe, contenzioni, atti autolesivi, T.S., episodi di "porta chiusa", episodi di contenzione fisica.

Queste informazioni devono essere ad uso interno del servizio.

7.10 Il servizio rileva e trasmette dati richiesti dal DSM, dalla azienda e dalla regione in modo completo ed accurato.

8. PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

8.1 Esiste un documento fornito all'utenza (es. Carta dei servizi) in cui vengono descritte le modalità di accessibilità.

8.2 Esiste un documento fornito all'utenza (es. Carta dei servizi) in cui viene descritto il processo assistenziale.

Farmaci, colloqui, ecc...

8.3 Il personale si rivolge al paziente parlando sempre in maniera comprensiva e cortese.

Il linguaggio impiegato dovrebbe esprimere per il paziente lo stesso rispetto che il personale si aspetta da lui.

8.4 Ai pazienti e ai loro familiari viene comunicato il più presto possibile, in modo orale o per iscritto, quali sono i loro diritti e le loro responsabilità.

8.5 I pazienti sono tenuti informati sulla diagnosi, sul trattamento da effettuare, sugli effetti collaterali dei farmaci e del decorso della malattia
Dovrebbero essere informati periodicamente (ad esempio ad ogni visita dello psichiatra) sui loro progressi in relazione agli obiettivi.

8.6 Vi sono procedure condivise e applicate per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative ai pazienti.

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 al paziente ad un'altra persona senza il suo consenso o il consenso di un suo rappresentante legale

P S

8.7 Gli utenti in carico e, se indicato, i loro familiari vengono coinvolti il più possibile nella formulazione degli obiettivi del trattamento.

8.8 Gli operatori sono facilmente identificabili dagli utenti .

Per es. mediante cartellino con nome e funzione visibile e eventualmente foto.

8.9 Esistono pratiche consolidate e uniformi e/o linee guida scritte che consentano i reclami e i suggerimenti dei pazienti e dei familiari.

P S

8.10 Sono utilizzati dal servizio i reclami pervenuti per migliorare la qualità dello stesso.

8.11 I familiari che lo richiedono hanno la possibilità di discutere il trattamento del paziente con un operatore qualificato.

I familiari dovrebbero poter incontrare periodicamente l'operatore di riferimento del caso che sia in grado di informarli sui progressi del paziente.

8.12 Vengono effettuate rilevazioni periodiche e campionarie sulla soddisfazione degli utenti.

9. RAPPORTI CON LE FAMIGLIE

9.1 Viene fornito aiuto e sostegno ai familiari .

Il personale dovrebbe essere disponibile a discutere i dubbi e le ansie dei familiari sul trattamento e sulle conseguenze della malattia mentale in questione.

9.2 I familiari e i pazienti sono istruiti adeguatamente sulle misure da adottare in caso di recidiva o ricomparsa della sintomatologia acuta.

Il paziente e la famiglia dovrebbero essere coinvolti nell'identificazione e nel riconoscimento dei segni precoci di crisi e ricevere istruzioni scritte sulle misure da prendere immediatamente in caso di ricaduta e su come ottenere un rapido aiuto in caso di necessità anche nei periodi notturni e festivi.

9.3 I familiari vengono coinvolti nelle ammissioni e dimissioni dei pazienti.

10. RAPPORTI CON ALTRI SERVIZI, CON LA POPOLAZIONE E CON LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

10.1 Il SPDC promuove e partecipa a iniziative di formazione dei medici degli altri reparti dell'ospedale su temi psichiatrici.

Le iniziative sono effettuate almeno una volta ogni 2 anni con almeno la partecipazione del 10% dei medici.

10.2 Vi sono regolari rapporti con le associazioni di volontariato.

7.4 questionario per centri diurni (1998)

Sviluppo e sperimentazione di un programma di Accreditamento "tra pari" dei Dipartimenti di Salute Mentale
Requisiti per l'Accreditamento dei Servizi Psichiatrici

CENTRI DIURNI

Indice

- 0.** Dati di base
- 1.** Organizzazione generale e risorse
- 2.** Integrazioni tra componenti organizzative e tra Servizi
- 3.** Gestione del personale e formazione
- 4.** Ambienti fisici e attrezzature
- 5.** Sicurezza dei pazienti e degli operatori
- 6.** Caratteristiche generali dell'assistenza
- 7.** Documentazione clinica e Sistema Informativo
- 8.** Personalizzazione e umanizzazione
- 9.** Rapporti con le famiglie
- 10.** Rapporti con altri Servizi, con la popolazione e con le associazioni di volontariato.

0. DATI DI BASE

Viene richiesta la documentazione disponibile relativamente a:

- 0.1.** numero utenti prevalenti nell'anno.....
- 0.2.** numero utenti incidenti nell'anno.....
- 0.3.** volume di prestazioni nell'anno.....
- 0.4.** tipologia delle prestazioni.....

0.5. distribuzione per età, sesso, diagnosi.

0.6. personale distribuito per categoria professionale, (non solo dipendenti strutturati dall'Azienda ma anche i volontari, i maestri d'arte, gli educatori dipendenti da altre agenzie che prestano la loro opera presso il centro diurno)

1. ORGANIZZAZIONE GENERALE

Vengono qui riportati solo i requisiti del centro diurno che possono variare rispetto a quelli generali del Dipartimento di Salute Mentale.

E' comunque indispensabile consultare anche il documento relativo all'organizzazione generale del dipartimento.

1.1 Vi è 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 centro diurno.

Questo documento dovrebbe specificare il ruolo e le priorità del centro (ad esempio le categorie di utenti a cui esso si impegna a dare priorità nell'ambito delle risorse disponibili), le attività principali che il centro si impegna a svolgere nei confronti degli utenti, il tipo di rapporti che il centro intende avere con i familiari, le associazioni di volontariato e la popolazione generale, ma anche le modalità di interscambio progettuale con il servizio territoriale (riunioni e loro frequenza, iniziative in comune, progetti individuali e su fasce specifiche di utenza).

Il documento viene rivisto e confermato o aggiornato almeno ogni 3 anni.

1.2 Vengono formulati entro il mese di ottobre il piano di attività e gli obiettivi che il centro si prefigge per l'anno successivo .

1.3 Viene redatta e diffusa entro il mese di aprile dell'anno successivo la relazione consuntiva sulle attività svolte e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.

1.4 Il centro diurno può erogare uno spettro ampio e flessibile di attività in rapporto alle finalità del progetto terapeutico.

Il centro dovrebbe essere in grado di organizzare attività ricreative e culturali esterne, socializzanti, riabilitative, di coinvolgimento dei familiari e della popolazione in rapporto alle finalità del progetto terapeutico.

1.5 In media almeno il 20% del lavoro del personale è dedicato ad attività

svolte all'esterno dei centri diurni.

Comprende anche il tempo dedicato ad attività di rete e di coinvolgimento di altri servizi e agenzie.

1.6 Il centro diurno è facilmente accessibile per gli orari d'apertura.

Il centro diurno deve essere aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni la settimana. (Vedi Requisiti Minimi Organizzativi D P R 14/01/97)

1.7 Il centro diurno è facilmente accessibile per i tempi di attesa.

Per dare punteggio 3 non dovrebbero superare 7 giorni dalla presentazione del caso al primo incontro con il paziente. (Vedi Requisiti Minimi Organizzativi D P R 14/01/97)

1.8 Il centro diurno è facilmente raggiungibile .

Per dare punteggio 3 il centro deve avere la disponibilità di mezzi di trasporto (del servizio o in convenzione) per il trasporto al centro diurno dei pazienti che ne hanno bisogno. (Vedi Requisiti Minimi Organizzativi D P R 14/01/97)

1.9 Ci sono regolari riunioni organizzative e di discussione dei casi difficili con la presenza di tutte le categorie professionali e di rappresentanti di tutte le unità del servizio.

Dovrebbe esserci una riunione ogni mese con un ordine del giorno e un verbale.

1.10 Il lavoro è organizzato secondo il modello per équipe.

Il gruppo di lavoro è multidisciplinare; ogni membro dell'équipe partecipa alla formulazione del progetto, ne valuta l'andamento in discussioni regolari e ha precise responsabilità nella loro attuazione.

1.11 I contatti con i pazienti sono di durata adeguata .

La partecipazione alle attività del Centro Diurno dura almeno una ora o più al giorno

1.12 Si verificano nel corso dell'anno dimissioni di pazienti dal centro.

2. INTEGRAZIONE TRA COMPONENTI ORGANIZZATIVE E TRA SERVIZI

2.1 Esistono protocolli scritti o pratiche consolidate di collaborazione con i servizi sociali.

Dovrebbero essere tenute riunioni congiunte periodiche di coordinamento delle attività; i servizi sociali .

2.2 E' previsto in maniera stabile e non occasionale un momento di integrazione progettuale tra il centro diurno e i servizi di salute mentale territoriali di riferimento.

Per dare punteggio 3 deve essere effettuata una riunione almeno una volta al mese.

2.3 E' prevista una iniziativa formativa che accomuna operatori del centro diurno e operatori di altre strutture del DSM.

2.4 Sono definite le modalità di collaborazione riguardanti i pazienti difficili.

3. GESTIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE

3.1 Il personale ha l'opportunità di discutere con il proprio responsabile delle difficoltà incontrate nell'esecuzione del proprio lavoro.

3.2 Il personale ha l'opportunità di discutere con i colleghi delle difficoltà incontrate nell'esecuzione del proprio lavoro.

3.3 Il personale ha la possibilità di discutere con una persona qualificata, anche appartenente al servizio, delle difficoltà che incontra nel lavoro con gli utenti.

3.4 Per ciascuna categoria di personale è disponibile una descrizione delle sue funzioni/responsabilità, al di là di quanto previsto dai contratti di lavoro.

Le funzioni responsabilità vanno viste come contributo verso il raggiungimento degli obiettivi del servizio e con come somma rigida di mansioni.

3.5 Vengono analizzati regolarmente i dati sul turn-over del personale.

Numero e profilo professionale degli operatori che hanno lasciato il servizio nel corso dell'anno precedente (in percentuale).

La valutazione deve tenere in considerazione le dimensioni e l'articolazione dell'équipe.

3.6 E' definito il tempo di lavoro dedicato alla formazione.

Parte di questo tempo è svolto all'interno delle strutture e parte all'esterno.

4. AMBIENTE FISICO, ARREDAMENTO, ATTREZZATURE

4.1 Il centro soddisfa le norme locali di sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori.

Devono essere rispettate le norme legislative di sicurezza degli ambienti e antinfortunistiche (uscite di sicurezza, estintori, ecc.)

Per dare punteggio 3 deve essere stata effettuata una visita del servizio di prevenzione/sicurezza.

4.2 La temperatura ambientale nella struttura è adeguata e confortevole secondo gli standard della normativa vigente.

4.3 La struttura in cui è situato il centro è dotata di una buona illuminazione.

4.4 La struttura in cui è situato il centro è dotato di una buona areazione.

4.5 La struttura in cui è situato il centro è in condizioni igieniche sufficienti.

Viene pulito una volta al giorno e ogni volta che ve ne sia la necessità.

4.6 La struttura in cui è situato il centro non presenta barriere architettoniche.

4.7 E' presente una stanza dove effettuare un colloquio riservato

4.8 I locali hanno un'ampiezza tale da permettere di effettuare le attività riabilitative e risocializzanti del servizio.

Lo stesso locale può essere utilizzato per diversi scopi, ma non contemporaneamente.

4.9 I locali sono arredati in modo gradevole .

4.10 E' presente una sala riunioni.

4.11 Ci sono spazi di accoglienza a disposizione degli utenti.

Si deve tenere conto dell'ampiezza degli spazi rispetto alla frequenza degli utenti. (vedi RM DPR del 14.01.'97)

4.12 Sono presenti bagni riservati all'utenza .

Si deve tenere conto dell'ampiezza del locale rispetto alla frequenza degli utenti.

4.13 Sono presenti bagni per il personale.

4.14 E' presente un locale di segreteria/informazioni .

(vedi RM DPR del 14.01.'97)

4.16 E' disponibile in ogni centro diurno, non adiacente ad una struttura territoriale, una scorta adeguata di farmaci fondamentali e di altro materiale sanitario secondo quanto previsto dalla legge 626 del '94.

4.17 La sede del centro diurno è raggiungibile agevolmente con i mezzi pubblici in condizioni di traffico normale da qualunque punto del bacino d'utenza in non più di un'ora.

***4.18 Il centro diurno è dotato di un mezzo di trasporto degli utenti particolarmente svantaggiati.**

4.19 Il centro diurno ha una linea telefonica autonoma.

Per dare punteggio tre occorre che chi telefona trovi almeno una volta su due libero o nel caso di segreteria telefonica qualcuno risponda entro due minuti dalla risposta automatica.

4.20 Nel centro diurno è disponibile un telefono pubblico all'uso degli utenti .

5. SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEL PERSONALE

5.1 Vengono rispettate le norme di prevenzione dal contagio relative alle malattie infettive.

5.2 Ci sono linee guida scritte o pratiche consolidate uniformi per la prevenzione e la gestione di episodi di minacce e/o di violenza fisica dei pazienti verso gli operatori e/o altri pazienti.

P S

6. CARATTERISTICHE GENERALI DELL'ASSISTENZA

6.1 Per ciascun paziente, il cui piano di trattamento scritto prevede la frequentazione di un centro diurno, viene stilato un progetto riabilitativo ed individuale.

Per ogni utente in carico, il servizio territoriale stila un piano di trattamento scritto in cui vengono definiti gli interventi su un piano psicologico psicofarmacologico e sociale, individua gli operatori di riferimento e gli operatori responsabili dei singoli aspetti del piano. Quindi gli operatori del centro diurno stilano, a loro volta, un progetto, sull'individuazione delle carenze dell'utente sia riguardanti le abilità della vita quotidiana, che quelle strumentali (uso del denaro, autobus, ecc...), stabilendo gli obiettivi intermedi e finali da perseguire. E' importante che tali obiettivi siano condivisi dagli operatori dei servizi coinvolti, e che siano periodicamente verificati. Per dare punteggio 3 almeno il 50% degli utenti dovrebbe avere un piano di trattamento scritto.

6.2 Per i pazienti che ne hanno necessità vengono svolte attività riabilitative inerenti alle carenze personali nelle abilità della vita quotidiana.

6.3 Per i pazienti che ne hanno necessità vengono svolte attività riabilitative inerenti alle carenze personali nelle abilità di base.

6.4 Per i pazienti che ne hanno necessità vengono svolte attività riabilitative inerenti alle carenze personali nelle abilità di relazione sociale.

6.5 Esistono laboratori per attività manuali ed espressive.

6.6 E' previsto, in maniera stabile e non occasionale, un momento di incontro assembleare (almeno una volta al mese) tra i pazienti ed il personale sia strutturato che volontario del centro diurno per decidere nuove attività e fare il punto su quelle in corso.

6.7 Per i pazienti che ne hanno necessità e hanno la possibilità di fruirne vengono svolte attività di addestramento professionale e di inserimento lavorativo.

Dovrebbero essere promossi corsi di formazione professionale, borse lavoro, contatti con gli ambienti di lavoro in cui i pazienti sono inseriti.

6.8 Viene nominato un operatore di riferimento in maniera stabile e continuativa per ogni paziente.

6.9 La decisione di concludere un progetto viene discussa dagli operatori (sia afferenti al servizio territoriale che al centro diurno) tra loro, con il paziente e con i familiari.

6.10 L'organizzazione del tempo è semi-rigida.

La frequenza del centro diurno è regolamentata in termini di semiresidenzialità e/o partecipazione ad attività nell'ambito del progetto riabilitativo individuale, in modo da evitare il rischio di dare risposte totalizzanti.

6.11 Viene stilato un protocollo d'intesa con il servizio territoriale inviante.

Si dovrebbe stilare un protocollo d'intesa con il servizio territoriale inviante in cui vengono definiti incontri periodici con l'operatore di riferimento per la suddivisione dei ruoli e per la definizione delle modalità operative sia riguardanti quelle

d'inserimento dell'utente nel gruppo sia quelle di verifica dell'andamento del progetto.

6.12 Vi sono pratiche condivise e consolidate e/o linee guida scritte che definiscono le modalità di risposta del personale alle richieste telefoniche.

P S

6.13 Ci sono regolari riunioni di discussione dei casi difficili con la presenza di tutti gli operatori interessati anche di altri servizi del DSM.

Per dare punteggio 3 ogni operatore dovrebbe partecipare a una di queste riunioni almeno una volta ogni 15 giorni.

7. DOCUMENTAZIONE CLINICA E SISTEMA INFORMATIVO

7.1 Esiste un "diario di bordo".

Per "diario di bordo" s'intende un diario dove apporre in modo che sia facilmente consultabile da tutti gli operatori gli ultimi eventi significativi riguardanti il paziente in carico.

7.2 Ogni paziente in carico ha un suo modulo di documentazione compilato in modo adeguato.

Ogni modulo di documentazione 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 i loro esiti. Dovrebbe essere ben leggibile e ordinato, firmato e datato, facilmente reperibile e aggiornato.

7.3 In caso di invio di un paziente ad un altro centro, si fa pervenire una relazione contenente le informazioni sul paziente.

7.4 Il centro individua eventi sentinella o eventi particolarmente indesiderati da monitorare e in effetto in monitoraggio.

Per esempio: ricoveri volontari, T.S.O., perdita di lavoro, drop out, reati commessi dai pazienti.

Queste informazioni devono essere ad uso interno del centro.

7.5 Il centro diurno rileva e trasmette dati richiesti dal DSM, dalla azienda e dalla regione in modo corretto ed accurato.

8. PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

8.1 E' disponibile un documento fornito all'utenza (es. Carta dei servizi) in cui vengono descritte le modalità di accessibilità.

8.2 E' disponibile un documento fornito all'utenza (es. Carta dei servizi) in cui viene descritto il processo assistenziale

8.3 Il personale si rivolge al paziente parlando sempre in maniera chiara, cortese e positiva.

Il linguaggio impiegato dovrebbe esprimere per il paziente lo stesso rispetto che il personale si aspetta da lui.

8.4 I pazienti sono tenuti informati sulle attività da effettuare .

Dovrebbero essere informati periodicamente (ad esempio ad ogni colloquio con l'operatore di riferimento) sui loro progressi in relazione agli obiettivi.

8.5 Vi sono procedure condivise e applicate per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative ai pazienti.

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 al paziente ad un'altra persona senza il suo consenso o il consenso di un suo rappresentante legale.

P S

8.6 Gli utenti in carico e, se indicato, i loro familiari vengono coinvolti il più possibile nella formulazione degli obiettivi del trattamento.

8.8 Esistono pratiche consolidate e uniformi e/o linee guida scritte che facilitano i reclami e i suggerimenti dei pazienti e dei familiari.

P S

8.9 Sono utilizzati dal servizio i reclami pervenuti per migliorare la qualità dello stesso.

8.10 Esistono pratiche consolidate e uniformi e/o linee guida scritte su come gestire registrare e rispondere alle osservazioni critiche.

P S

8.11 Vengono effettuate rilevazioni periodiche e campionarie sulla soddisfazione degli utenti.

9. RAPPORTI CON LE FAMIGLIE

9.1 In genere i familiari sono incoraggiati a prendere parte attiva nel trattamento dei pazienti.

Ad esempio nel riconoscimento dei segni precoci di crisi e nella partecipazione dei programmi riabilitativi dei pazienti psicotici. Possono essere, inoltre, periodicamente coinvolti nelle attività ricreative e risocializzanti promosse dal centro.

9.2 Viene fornito aiuto e sostegno ai familiari.

Il personale dovrebbe essere disponibile a discutere i dubbi e le ansie dei familiari sulle attività e sulla malattia mentale in questione.

10. RAPPORTI CON ALTRI SERVIZI, CON LA POPOLAZIONE E CON LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

10.1 Vi sono buoni rapporti di collaborazione con le altre unità del Dipartimento di Salute Mentale (SPDC, CSM).

Vi dovrebbe essere un protocollo scritto di collaborazione. La collaborazione si esplicita in programmi congiunti per l'assegnazione di un punteggio non importa se le eventuali carenze di collaborazione dipendono dal centro diurno o dal CSM, ma va descritta in chiaro la situazione.

10.2 Ammissioni e dimissioni dei pazienti in carico sono pianificate congiuntamente con il servizio inviante.

10.3 Vi sono programmi di MCQ congiunti con altri servizi del DSM.

10.4 Vi sono contatti con i datori di lavoro dei pazienti, quando necessari.

Mantenere o ritornare a svolgere un lavoro regolare è un obiettivo realistico per molti pazienti. Può dimostrarsi efficace il mantenere contatti con i datori di lavoro (e/o con gli uffici del personale delle aziende) per il monitoraggio dei progressi dei pazienti ed anche per lo sviluppo di programmi generali di inserimento lavorativo e di prevenzione delle recidive.

10.5 Vi sono regolari rapporti con i Comuni

10.6 Vi sono regolari rapporti con le associazioni di volontariato.

7.5 questionario per le residenze (1998)

Sviluppo e sperimentazione di un programma di Accreditamento "tra pari" dei Dipartimenti di Salute Mentale
Requisiti per l'Accreditamento dei Servizi Psichiatrici

STRUTTURE RESIDENZIALI

Indice

- 0.** Dati di base
- 1.** Organizzazione generale e risorse
- 2.** Integrazioni tra componenti organizzative e tra Servizi
- 3.** Gestione del personale e formazione
- 4.** Ambienti fisici e attrezzature
- 5.** Sicurezza dei pazienti e degli operatori
- 6.** Caratteristiche generali dell'assistenza
- 7.** Documentazione clinica e Sistema Informativo
- 8.** Personalizzazione e umanizzazione
- 9.** Rapporti con le famiglie
- 10.** Rapporti con altri Servizi, con la popolazione e con le associazioni di volontariato.

0. DATI DI BASE

Viene richiesta la documentazione disponibile relativamente a:

- 0.1. ambulatori, day hospital e loro caratteristiche edilizie;
- 0.2. personale distribuito per categoria professionale;
- 0.3. dati sul turn-over e assenteismo del personale;
- 0.4. prestazioni effettuate, nuovi utenti e utenti prevalenti;
- 0.5. organizzazione funzionale (organigramma);
- 0.6. costi;
- 0.7. numero di iniziative esterne ed interne di formazione e tempo per formazione nell'organizzazione generale del Dipartimento di Salute Mentale.

1. ORGANIZZAZIONE GENERALE

Vengono qui riportati solo i requisiti della struttura residenziale o quelli che possono variare rispetto a quelli generali del Dipartimento di Salute Mentale.

E' comunque indispensabile consultare anche il documento relativo all'organizzazione generale del dipartimento.

1.1 Vi è un documento scritto (separato o parte del documento generale del Dipartimento di Salute Mentale) che specifica gli obiettivi e le funzioni generali (la missione) della struttura residenziale.

Questo documento dovrebbe specificare le priorità della struttura (ad esempio le categorie di utenti a cui esso s'impegna a dare priorità nell'ambito delle risorse disponibili), le attività principali che la struttura s'impegna a svolgere nei confronti degli utenti, il tipo di rapporti che la struttura intende avere con familiari, le associazioni di volontariato e la popolazione generale.

Il documento viene rivisto e confermato o aggiornato almeno ogni 3 anni.

1.2 Vengono formulati entro il mese di ottobre (separatamente o nell'ambito del documento generale del Dipartimento di Salute Mentale) il piano di attività e gli obiettivi che la struttura residenziale si prefigge per l'anno successivo relativo ai pazienti ospitati.

1.3 Viene redatta e diffusa entro il mese di aprile dell'anno successivo la relazione consuntiva (separata o nell'ambito della relazione generale del Dipartimento di Salute Mentale) sulle attività svolte e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati relativo ai pazienti ospitati.

1.4 Almeno due terzi del personale addetto all'assistenza lavora è assegnato stabilmente alla struttura residenziale.

Per addetto all'assistenza s'intende il personale che lavora direttamente con i pazienti.

1.5 La struttura residenziale organizza attività ricreative.

La struttura dovrebbe essere in grado di organizzare attività ricreative interne ed esterne alla struttura il più vicino possibile a un contesto di vita reale.

1.6 La struttura residenziale organizza attività socializzanti.

La struttura dovrebbe essere in grado di organizzare attività socializzanti interne ed esterne alla struttura il più vicino possibile a un contesto di vita reale.

1.7 La struttura residenziale organizza attività riabilitative.

La struttura dovrebbe essere in grado di organizzare attività riabilitative interne ed esterne alla struttura il più vicino possibile a un contesto di vita reale.

1.8 La struttura residenziale organizza attività di coinvolgimento dei familiari.

1.9 La struttura residenziale cura i buoni rapporti con il vicinato e il contesto sociale.

1.10 La struttura residenziale è facilmente accessibile per quanto riguarda i tempi d'ingresso per un inserimento già programmato.

Per dare punteggio 3 l'attività di preaccoglienza non deve avere durata superiore ai 30.

1.11 La struttura residenziale può disporre facilmente accessibile di mezzi di trasporto.

Per dare punteggio 3 la struttura deve essere dotata di mezzi di trasporto propri o in convenzione per il trasporto dei pazienti che ne hanno bisogno.

1.12 Ci sono regolari riunioni organizzative e di discussione dei casi con la presenza di tutte le categorie professionali.

Dovrebbe esserci una riunione ogni settimana con un ordine del giorno e un verbale.

1.13 Ci sono regolari riunioni di discussione dei casi difficili.

Per i casi difficili e i primi casi che meritano una particolare attenzione dovrebbe esserci una riunione almeno una volta al giorno.

1.14 Il lavoro è organizzato secondo il modello per équipe.

Ogni membro dell'équipe partecipa alla formulazione dei piani di trattamento, ne valuta l'andamento in discussioni regolari e ha precise responsabilità nella loro attuazione.

1.15 In caso di necessità valutata dal personale in servizio il paziente può avere un colloquio con un medico che non è necessariamente nella struttura.

1.16 I contatti del personale con il paziente (holding) hanno frequenza almeno giornaliera

1.17 Esiste una riunione generale degli ospiti residenti per discutere l'organizzazione interna della comunità.

Per dare punteggio 3 la riunione deve avere una cadenza settimanale.

1.18 Si verificano nel corso dell'anno dimissioni di pazienti dalla struttura.

2. INTEGRAZIONE TRA COMPONENTI ORGANIZZATIVE TRA SERVIZI

2.1 Esistono protocolli scritti o pratiche consolidate di collaborazione con i servizi sociali.

Dovrebbero essere tenute riunioni congiunte periodiche di coordinamento delle attività.

3. GESTIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE

3.1 Il personale ha l'opportunità di discutere con il proprio responsabile delle difficoltà incontrate nell'esecuzione del proprio lavoro.

3.2 Il personale ha l'opportunità di discutere con i colleghi delle difficoltà incontrate nell'esecuzione del proprio lavoro.

3.3 Il personale ha la possibilità di discutere con una persona qualificata, anche appartenente alla struttura, delle difficoltà che incontra nel lavoro con gli utenti.

3.4 Per ciascuna categoria di personale è disponibile una descrizione delle sue funzioni/responsabilità, al di là di quanto previsto dai contratti di lavoro.
Le funzioni responsabilità vanno viste come contributo verso il raggiungimento degli obiettivi del servizio e con come somma rigida di mansioni.

3.5 Un operatore viene incaricato di coordinare le richieste di formazione ne di verificarne il loro soddisfacimento.

3.6 Vengono analizzati regolarmente i dati sul turn over del personale.
E' necessario considerare il numero e il profilo professionale degli operatori che hanno lasciato definitivamente la struttura nel corso dell'anno precedente (in percentuale per profilo professionale).
La valutazione deve tenere in considerazione le dimensioni e l'articolazione dell'équipe.

3.7 Una parte del tempo di lavoro di ogni operatore è dedicata alle attività di formazione o aggiornamento continuo.
Questo tempo dovrebbe essere impiegato parte all'interno, parte all'esterno del servizio.

4. AMBIENTE FISICO, ARREDAMENTO, ATTREZZATURE

4.1 La struttura soddisfa le norme locali di sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori.
Devono essere rispettate le norme legislative di sicurezza degli ambienti e antinfortunistiche (uscite di sicurezza, estintori, ecc.)
Per dare punteggio 3 deve essere stata effettuata una visita da parte del personale del servizio di prevenzione
(Vedi Requisiti Minimi Strutturali D.P.R. 14/01/97)

4.2 La temperatura ambientale nella struttura è adeguata e confortevole secondo gli standard della normativa vigente.

4.3 La struttura è dotata di una buona illuminazione.
(Vedi Requisiti Minimi Strutturali D.P.R. 14/01/97)

4.4 La struttura è dotata di una buona areazione.
(Vedi Requisiti Minimi Strutturali D.P.R. 14/01/97)

4.5 La struttura non presenta barriere architettoniche.

(Vedi Requisiti Minimi Strutturali D.P.R. 14/01/97)

4.6 Sono presenti più spazi comuni, la cui ampiezza delle camere è adeguata al numero di pazienti che accoglie.

Ad esempio: sala riunioni, la sala da pranzo, ecc...

Lo stesso locale può essere utilizzato per diversi scopi, ma non contemporaneamente.

(Vedi Requisiti Minimi Strutturali D.P.R. 14/01/97)

4.7 Le stanze di degenza sono adeguate .

Stanze con non più di tre letti e almeno una stanza con un solo letto.

(Vedi Requisiti Minimi Strutturali D.P.R. 14/01/97)

4.8 La struttura è organizzata in modo tale che ogni paziente ha uno spazio che può considerare come suo.

Ogni paziente dovrebbe avere una stanza o una parte di stanza nettamente delimitata che è rispettato da tutti come uno spazio o "territorio" personale.

4.9 Gli utenti sono aiutati a fare scelte individuali per quanto riguarda gli spazi e gli effetti personali.

Ogni utente ha la possibilità di disporre in modo diverso il mobilio , di portare oggetti personali, di avere un mobile chiuso a chiave, di chiedere che si bussino e si chieda il permesso di entrare nel loro spazio di vita.

4.10 Vi sono servizi igienici funzionanti e adeguati per tutti i pazienti.

Considerare anche lo stato di pulizia degli impianti igienici e dei pavimenti.

Le stanze da bagno possono essere chiuse dall'interno, il personale deve poter aprire tali locali in caso di emergenza.

4.11 Esistono locali riservati unicamente al personale .

4.12 I locali per il personale sono adeguati

Questo requisito si riferisce ai bagni per il personale, ai locali per le funzioni amministrative, alla sala riunioni, alla cucina.

4.13 Le condizioni di pulizia della struttura sono adeguate .

La struttura viene pulita due volte al giorno, una volta ogni due mesi (pulizie

straordinarie) e ogni volta che ve ne sia la necessità; gli effetti lettereschi vengono cambiati settimanalmente e ogni volta che ve ne sia la necessità.

4.14 Sono disponibili presso la struttura farmaci generali e psicofarmaci necessari e materiale di pronto soccorso.

4.15 I pasti sono qualitativamente adeguati, avvengono in un locale idoneo, su tavole apparecchiate e con a disposizione di ogni paziente posate di ogni tipo.

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).

4.16 Vi sono spazi adeguati per le attività ricreative.

Per dare il punteggio massimo a questa voce è necessario che siano presenti sia spazi interni, sia esterni (giardino, ecc...).

4.17 I pazienti hanno a disposizione un locale per ricevere visite in privato .

Deve essere garantita la privacy ed essere presente un numero adeguato di posti a sedere. L'arredamento deve essere accogliente.

4.18 La struttura ha un numero adeguato di linee telefoniche.

Per dare punteggio 3 occorre che chi telefona trovi almeno una volta su due la linea libera.

5. SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEL PERSONALE

5.1 Vengono rispettate le norme di prevenzione dal contagio relative alle malattie infettive.

5.2 Esiste una dotazione di materiale necessario al rispetto di queste norme .

5.3 Vi sono 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 eteroaggressivi.

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.

P S

6. CARATTERISTICHE GENERALI DELL'ASSISTENZA

6.1 Per ciascun paziente, il cui piano di trattamento scritto prevede l'inserimento nella struttura viene stilato un programma terapeutico personalizzato.

Per ogni paziente in carico, il servizio territoriale inviante stila un piano di trattamento scritto in cui vengono definiti gli interventi su un piano psicologico, psicofarmacologico e sociale, individua gli operatori di riferimento e gli operatori responsabili dei singoli aspetti del piano. Quindi gli operatori della struttura stilano, a loro volta, un programma terapeutico personalizzato in cui si stabiliscono gli obiettivi intermedi e finali da perseguire.

E' importante che tali obiettivi siano condivisi dagli operatori dei servizi coinvolti, e che vengano periodicamente verificati.

6.2 Quando le condizioni cliniche del paziente lo consentono è presente una scheda di accettazione ("contratto") sottoscritta dall'ospite dove vengono esplicitati gli obiettivi del trattamento e il regolamento interno della S.R.

6.3 Le uscite dalla struttura sono regolamentate rispetto al programma personalizzato.

I pazienti di norma escono da soli avvisando il personale.

6.4 Il personale presta sempre la dovuta attenzione all'aspetto dei pazienti non autosufficienti nella cura di sé.

I pazienti sono sollecitati a prendersi cura della loro igiene personale e del loro aspetto. Il personale aiuta fisicamente chi ne ha bisogno.

6.5 Esiste un programma di attività quotidiane al quale gli utenti sono invitati a partecipare.

Per dare punteggio 3 deve esistere un programma settimanale comprendente attività fisiche, sociali, culturali.

6.6 Viene nominato un operatore di riferimento in maniera stabile e continuativa per ogni paziente.

6.7 La decisione della dimissione viene discussa dagli operatori tra loro, con il paziente e, se è il caso, con i familiari.

6.8 Viene stilato un protocollo d'intesa con il CSM di competenza.

Si dovrebbe stilare un protocollo d'intesa con il CSM di competenza in cui vengono definiti incontri periodici con l'operatore di riferimento per la suddivisione dei ruoli e per la definizione delle modalità operative sia riguardanti quelle d'inserimento dell'utente sia quelle di verifica dell'andamento del progetto.

6.9 Nel corso del programma di trattamento sono monitorate periodicamente le diverse aree dell'intervento riabilitativo.

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

7. DOCUMENTAZIONE CLINICA E SISTEMA INFORMATIVO

7.1 Ogni paziente in carico ha un suo modulo di documentazione compilato in modo adeguato.

Ogni modulo di documentazione 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 i loro esiti. Dovrebbe essere ben leggibile e ordinato, firmato e datato, facilmente reperibile e aggiornata.

7.2 In caso di invio di un paziente ad un'altra struttura, si fa pervenire una relazione contenente le informazioni sul paziente.

7.3 La struttura individua eventi sentinella o eventi particolarmente indesiderati da monitorare e in effetto in monitoraggio.

Per esempio ricoveri volontari, T.S.O., perdita di lavoro, drop out, reati commessi dai pazienti. Queste informazioni devono essere ad uso interno della struttura.

7.4 La struttura rileva e trasmette dati richiesti dal DSM, dalla azienda e dalla regione in modo corretto ed accurato.

8. PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE

8.1 Esiste un documento fornito all'utenza (es. Carta dei servizi) in cui

vengono descritte le modalità di accessibilità.

8.2 Esiste un documento fornito all'utenza (es. Carta dei servizi) in cui viene descritto il processo assistenziale.

8.3 Il personale si rivolge al paziente parlando sempre in maniera chiara, cortese e costruttiva.

Il linguaggio impiegato dovrebbe esprimere per il paziente lo stesso rispetto che il personale si aspetta da lui.

8.4 I pazienti vengono informati sia sui vari aspetti del loro problema, sia sul programma riabilitativo assistenziale da effettuare.

Dovrebbero essere informati periodicamente (ad esempio dall'operatore di riferimento) sui loro progressi. Inoltre dovrebbero poter ricevere informazioni adeguate sulla natura del loro problema, il trattamento consigliato, gli eventuali effetti collaterali del trattamento, ecc...)

8.5 Vi sono procedure condivise e applicate per la salvaguardia della confidenzialità delle informazioni relative ai pazienti.

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 al paziente ad un'altra persona senza il suo consenso o il consenso di un suo rappresentante legale.

P S

8.6 I pazienti e, se indicato, i loro familiari vengono coinvolti il più possibile nella formulazione degli obiettivi del trattamento.

8.7 Esistono pratiche consolidate e uniformi e/o linee guida scritte che consentano i reclami e i suggerimenti dei pazienti e dei familiari.

P S

8.8 Sono utilizzati dalla struttura i reclami pervenuti per migliorare la qualità dello stesso.

8.9 Sono disponibili procedure scritte su come facilitare le osservazioni critiche e i suggerimenti dei pazienti e dei familiari.

8.10 Vengono effettuate rilevazioni periodiche e campionarie sulla soddisfazione degli utenti.

9. **RAPPORTI CON LE FAMIGLIE**

9.1 In genere i familiari sono incoraggiati a prendere parte attiva nel trattamento dei pazienti.

9.2Viene fornito aiuto e sostegno ai familiari .

9.3 I familiari che lo richiedono hanno la possibilità di confrontarsi con un operatore qualificato sull'assistenza al paziente.

Il personale dovrebbe essere disponibile a discutere i dubbi e le ansie dei familiari sul trattamento e sulle conseguenze della malattia mentale in questione.

9.4 Si effettuano riunioni periodiche dei familiari degli ospiti.

Per dare punteggio 3 le riunioni devono avere almeno trimestrale.

10. **RAPPORTI CON ALTRI SERVIZI, CON LA POPOLAZIONE E CON LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO**

10.1 Vi sono buoni rapporti di collaborazione con le altre Unità del Dipartimento di Salute Mentale (Servizio territoriale, SPDC).

Ammissioni e dimissioni dei pazienti in carico sono pianificate congiuntamente.

Vi sono programmi di MCQ congiunti.

10.2 Vi sono buoni rapporti con gli altri servizi.

Vi dovrebbe essere un protocollo scritto di collaborazione.

La collaborazione si esplicita in programmi congiunti; per l'assegnazione di un punteggio non importa da chi dipendono le eventuali carenze di collaborazione , ma va descritta in chiaro la situazione.

10.3 Vi sono regolari rapporti con le associazioni di volontariato.

10.4 Vi sono rapporti di collaborazione con le agenzie socioculturali presenti nel territorio.