

**Criteri di sicurezza e qualità delle strutture sociosanitarie residenziali per
l'assistenza alle persone affette da dipendenze patologiche
(comunità terapeutiche)**

(ai sensi dell'art. 35 del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza)



1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie	
Razionale - "Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza sociosanitaria una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo"	
REQUISITI	EVIDENZE
1.1 pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1 È presente un documento di pianificazione strategica del servizio, coerente con le scelte della programmazione sociosanitaria dell'ambito territoriale di riferimento (anche sulla base di schemi tipo predisposti dalla Regione o dall'Azienda sanitaria)
	1.1.2 È presente il piano annuale delle attività (obiettivi di attività, di qualità)
	1.1.3 Sono definite le modalità e gli indicatori utili alla verifica annuale degli obiettivi indicati nella pianificazione (es. numero di nuovi inserimenti, numero di progetti realizzati nell'anno; numero di eventi di formazione a cui hanno partecipato gli operatori).
1.2 modalità per l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la continuità assistenziale	1.2.1 La struttura promuove attività di integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio per l'assistenza durante il percorso e partecipa a modelli di continuità assistenziale.
	1.2.2 La struttura promuove attività di integrazione con i servizi invianti e partecipa a modelli di continuità assistenziale. L'organizzazione si attiene ai documenti di indirizzo, adottati a livello regionale/aziendale, e definisce e diffonde al suo interno le modalità di coordinamento/integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche (Ser.D.), quali servizi principali di riferimento, nonché con gli altri servizi del territorio ed in particolare: - con i servizi di salute mentale, i servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, i servizi per la disabilità; - con il Distretto Sociosanitario e le sue articolazioni per garantire l'assistenza di base (Medico di medicina generale, Continuità assistenziale) alle persone utenti della struttura; - con i Servizi sociali; - con le Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza; - con la Magistratura per gli utenti sottoposti a misure di sicurezza non detentiva; - con le risorse della Comunità (ad es. terzo settore, associazioni, reti di vita delle persone); - con l'area della salute in carcere.
	1.2.3



	<p>1.2.4</p> <p>La struttura identifica una figura di coordinamento e collegamento con l'Azienda sanitaria territoriale e con gli altri servizi del territorio per garantire la costante e reciproca comunicazione e favorire la continuità assistenziale.</p>	
	<p>1.3.1</p> <p>Sono presenti documenti che descrivono i processi e le relative responsabilità organizzative, assistenziali e professionali, coerentemente ai profili professionali coinvolti nei processi.</p>	
	<p>1.3.2</p> <p>È individuata la funzione di Responsabile sanitario di struttura. Tale funzione è rapportata alla tipologia, complessità e dimensione della struttura ed è preferibilmente attribuita ad un medico ed in ogni caso ad un professionista sanitario laureato. Può essere svolta a tempo pieno o parziale e anche condivisa tra più strutture, nel rispetto della normativa vigente. Sono previste in ogni caso modalità organizzative idonee a garantire la corretta gestione sanitaria e il tempestivo intervento decisionale in caso di necessità.</p>	
<p>1.3 definizione delle responsabilità</p>	<p>1.3.3</p> <p>La funzione di Responsabile sanitario di struttura, comprende almeno le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) vigilanza sui requisiti igienico-sanitari, sul corretto funzionamento delle apparecchiature e attrezzature di ambito sanitario laddove presenti, sulla gestione dei farmaci e dei dispositivi b) vigilanza sulla qualità dell'assistenza c) vigilanza sui progetti di promozione della salute, dei comportamenti corretti e del rispetto della dignità della persona d) vigilanza sulla corretta gestione della documentazione clinica e assistenziale (inclusi anche i progetti riabilitativi personalizzati) e) valutazione del rischio clinico, alla prevenzione e al controllo delle infezioni correlate all'assistenza e degli eventi avversi f) validazione di protocolli e procedure interne alla struttura, in materia sanitaria e verifica della corretta applicazione. <p>Queste funzioni devono essere svolte nel rispetto della titolarità della presa in carico riservata al responsabile del PTRI/PAI del singolo utente.</p>	



	1.3.4	<p>È individuato un responsabile del programma terapeutico di ogni ospite con qualifica coerente rispetto agli obiettivi del programma individuale.</p> <p>Il responsabile del programma è individuato sulla base della discussione dei casi in equipe multidisciplinari e sulla base della pianificazione del programma. Lo stesso provvede anche alla verifica delle azioni da sottoporre all'equipe e ai servizi coinvolti nel caso.</p>
1.4 modalità e strumenti di gestione dei sistemi informativi	1.4.1	<p>Sono presenti sistemi informativi in grado di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consentire la tracciatura dei dati; - fornire il supporto alle attività di pianificazione e controllo; - tener conto dei debiti informativi verso le istituzioni (es. regionali e nazionali).
	1.4.2	<p>È definita una modalità concordata con i servizi territoriali competenti che garantisce la trasparenza delle informazioni e dei dati per il sistema di accesso e presa in carico ai fini dell'aggiornamento e gestione delle liste di attesa.</p>
1.5 modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	1.5.1	<p>Sono presenti, formalizzati e messi in atto un programma e procedure (strumenti, modalità e tempi) per la valutazione di qualità dei servizi erogati (es. audit, questionari di soddisfazione) che includono la definizione di standard e dei relativi indicatori di valutazione.</p>
	1.5.2	<p>Sono adottate modalità esplicite per la comunicazione dei risultati delle valutazioni della qualità del servizio alle parti interessate interne ed esterne (es: utenti, familiari/caregiver, operatori e servizi territoriali).</p>
	1.5.3	<p>È prevista e documentata la partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione.</p>
1.6 modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	1.6.1	<p>Sono adottate modalità per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la tracciabilità dei disservizi - la predisposizione delle azioni e dei piani di miglioramento - le valutazioni e i monitoraggi <p>la comunicazione esterna su esiti e analisi di reclami/disservizi.</p>
	1.6.2	<p>È effettuata periodicamente un'analisi dei principali processi per individuare le fasi nelle quali si verificano disservizi (ad es. errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente) al fine della loro prevenzione.</p>



2° Criterio - Prestazioni e servizi	
"L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"	
REQUISITI	EVIDENZE
2.1 tipologia di servizi erogati	2.1.1 È presente e pubblicata sul sito web della struttura una Carta dei servizi revisionata periodicamente, che assicuri l'informazione circa i requisiti e le modalità di accesso e di erogazione del servizio, le regole di vita comunitaria e gli impegni assunti nei confronti di utenti e familiari/caregiver.
	2.1.2 La struttura eroga prestazioni per persone affette da dipendenza patologica, atte al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita ed al reinserimento sociale e lavorativo in coerenza con l'art.35 del DPCM 12 gennaio 2017 sulla definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza.
	2.1.3 Sono definiti e formalizzati in coerenza con quanto indicato dalle Aziende sanitarie territoriali e dai relativi servizi per le dipendenze: - i requisiti di accesso e dimissione - le modalità di accesso e dimissione - modalità di accesso e permanenza, anche temporanea, per le persone provenienti dagli istituti di pena - le modalità di presa in carico - i tempi di permanenza - motivazioni di non idoneità.
2.2 eleggibilità e presa in carico degli utenti	2.2.1 Gli utenti vengono inseriti con un programma terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP/PAI), definito dall'equipe della presa in carico/Team di cura (Ser.D.) in seguito alla valutazione multidimensionale e condiviso con la struttura (Comunità).
	2.2.2 Sono definite e formalizzate le modalità per la definizione, l'attuazione, la valutazione e la riformulazione periodica del programma terapeutico riabilitativo personalizzato per ogni utente e le modalità di interazione e aggiornamento al Ser.D delle modifiche e aggiornamenti praticati.
	2.2.3 La struttura prevede strumenti atti a verificare l'appropriatezza del trattamento attraverso il monitoraggio del tempo di permanenza e del rispetto del programma individuale di trattamento in accordo con il servizio territoriale che ha in carico la persona.



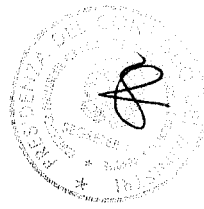
2.2.4	<p>Il programma terapeutico riabilitativo personalizzato viene periodicamente verificato dalla struttura con il servizio o i servizi territoriali che hanno in carico l'utente, con gestione e responsabilità condivise del programma.</p>
2.2.5	<p>Il programma terapeutico riabilitativo personalizzato viene redatto per ogni utente e da questi esplicitamente sottoscritto, e comprende almeno i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione multidimensionale e multiprofessionale integrata - inquadramento diagnostico (diagnosi principale, secondaria ed eventuali altre comorbidità) - trattamenti sanitari e sociosanitari in corso - eventuale terapia farmacologica in atto (ricognizione farmacologica) - obiettivi terapeutici/riabilitativi - durata prevista del programma - tempi e modalità di verifica - titolare della presa in carico a livello territoriale - responsabile dell'attuazione del programma a livello residenziale - individuazione degli eventuali altri attori coinvolti
2.2.6	<p>La durata massima dei progetti personalizzati realizzati presso i servizi residenziali rispetta quanto definito dal dPCM 12 Gennaio 2017 sui Livelli essenziali di assistenza, in relazione alle tipologie di unità di offerta (art.35, comma 2, lett. a, b, c) e comunque in relazione al bisogno dell'utente rilevato tramite la rivalutazione multidimensionale.</p>
2.2.7	<p>Sono definite ed attuate procedure che garantiscono l'informazione e il coinvolgimento dell'utente e/o dei suoi familiari/caregiver nella definizione del programma terapeutico riabilitativo personalizzato.</p>
2.2.8	<p>Sono previste modalità per fornire supporto psicologico individuale e/o di gruppo all'utente e, ove previsto, ai familiari/caregiver.</p>
2.2.9	<p>È presente un regolamento interno di funzionamento della struttura dove sono indicati i diritti e gli obblighi che l'utente assume con l'accettazione del programma terapeutico, le regole di vita comunitaria, le norme comportamentali degli ospiti e l'eventuale coinvolgimento di questi ultimi nelle attività quotidiane.</p> <p>Sono altresì definiti i comportamenti lesivi per sé e per gli altri che necessitano di intervento urgente e le modalità di intervento.</p> <p>Sono definite e messe in atto modalità organizzative per la gestione del denaro degli utenti per beni personali.</p>
2.2.10	<p>Sono messe in atto modalità organizzative orientate alla gestione delle ricadute, ad eventuali abbandoni o interruzioni volontarie del programma.</p>
2.3.1	<p>È garantito il collegamento con la Medicina generale per l'assistenza medica generale per problemi che si possono manifestare durante la permanenza.</p>
2.3 continuità	



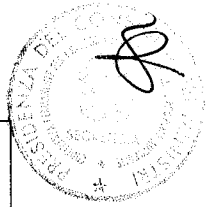
assistenziale

2.3.2

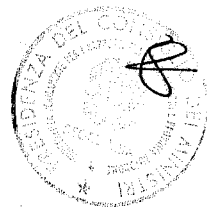
Sono formalizzati e messi in atto protocolli/procedure per la continuità assistenziale degli utenti in particolare alla dimissione e/o al trasferimento.



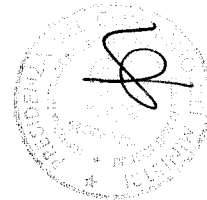
2.3.3	Vengono adottate modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna tra gli operatori, i trasferimenti presso altre strutture e alla dimissione.
2.3.4	Sono adottate e diffuse procedure per consentire che tutta la documentazione relativa all'utente sia a disposizione degli operatori in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la correte gestione degli utenti.
2.3.5	La gestione del percorso di dimissione è condivisa con i Ser.D. e i servizi curanti. Le modalità sono descritte in un'apposita procedura a garanzia di uniformità, di qualità e di appropriatezza del trattamento.
2.3.6	È presente un protocollo integrato, in coerenza con le indicazioni regionali/aziendali, per la gestione delle interruzioni volontarie di trattamento/abbandono che comprenda anche la continuità dei trattamenti farmacologici.
2.3.7	Al termine della parte di programma da essa gestita, la Struttura redige, per tutti gli utenti, una scheda/relazione individuale che contiene anche la tipologia di esito del percorso realizzato. La relazione finale/scheda è trasmessa al Servizio territoriale che ha in carico l'utente per la prosecuzione dell'iter riabilitativo e il follow up.
2.3.8	Sono definiti protocolli specifici per la gestione delle acuzie psicopatologiche che coinvolgono i SerD e i Servizi di salute mentale territoriali e che definiscano modalità e personale coinvolto a tutela della salute dell'utente, delle altre persone e dell'ambiente.
2.4.1	Le procedure e i protocolli assistenziali adottati sono aggiornati con periodicità almeno triennale e comunque ogni qualvolta si renda necessario, in aderenza a linee guida/raccomandazioni ministeriali per le diverse tipologie di utenza.
2.4.2	Sono definite e messe in atto modalità per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.
2.4.3	Sono definite e messe in atto procedure per la valutazione degli esiti dei programmi terapeutici riabilitativi personalizzati
2.5.1	È presente per ciascun utente una cartella sociosanitaria per la raccolta delle informazioni sanitarie e sociosanitarie, preferibilmente in formato elettronico.
2.5.2	È redatta e adottata una procedura per la corretta gestione della documentazione sociosanitaria che definisce le modalità di redazione, aggiornamento, conservazione e verifica e che prevede, ai fini della sicurezza degli utenti, anche la riconciliazione farmacologica, in particolare, nelle fasi di trasferimento disetting assistenziali.
2.5.3	Il Programma terapeutico riabilitativo individualizzato deve essere allegato al fascicolo dell'utente.
2.4 monitoraggio e valutazione	
2.5 modalità di gestione della documentazione sociosanitaria	



2.5.4	Sono formalizzate e messe in atto le modalità per garantire la privacy, la riservatezza delle informazioni, la gestione della sicurezza nell'accesso e la tenuta della documentazione sociosanitaria, compresa la sua integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia.
2.5.5	È presente una modalità per l'annotazione delle presenze - assenze, anche temporanee, degli utenti e delle relative motivazioni.



3° Criterio - Aspetti strutturali	
"L'organizzazione cura la idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature"	
REQUISITI	EVIDENZE
3.1 idoneità all'uso delle strutture	3.1.1 Vi è evidenza della pianificazione di interventi necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione.
	3.1.2 Qualora la struttura abbia una capacità ricettiva superiore a 30 posti letto, la stessa è organizzata in moduli funzionali con capacità massima non superiore a 30 posti letto.
	3.1.3 È assicurato l'adeguamento strutturale o organizzativo in caso di presenza di utenti portatori di disabilità motoria.
	3.1.4 Gli spazi dedicati alle attività comuni devono essere adeguati al numero di ospiti.
	3.1.5 Le caratteristiche strutturali e le dotazioni di attrezzature, strumentazioni e arredi sono tali da garantire lo svolgimento delle attività sanitarie, riabilitative, ricreative, di socializzazione, nella contemporanea garanzia di sicurezza, decoro, riservatezza e comfort e devono pertanto comprendere almeno: AREA COMUNE (uno stesso locale può essere impiegato per più funzioni) - un locale per le visite mediche/colloqui psicologico-clinici; - un locale per riunioni di equipe; - un locale idoneo a svolgere attività di gruppo; - un locale adibito a medicheria con spazi idonei alla corretta conservazione dei farmaci; - un locale/spazio attrezzato per la custodia temporanea degli effetti personali degli utenti gestiti dal personale per motivi terapeutici, di sicurezza o salvaguardia; - un locale dedicato alla consumazione dei pasti AREA ABITATIVA - stanze dotate di relativi servizi igienici, distinte per genere e con dimensioni, arredi e attrezzature tali da garantire sicurezza, decoro e comfort. La dimensione delle camere e dei servizi igienici è conforme a quanto previsto dalla normativa nazionale vigente per l'edilizia sanitaria. Le strutture residenziali e semiresidenziali con capacità ricettiva non superiore ad otto posti devono soddisfare i requisiti previsti per le civili abitazioni.

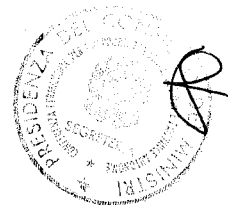


	<p>3.1.6</p> <p>3.1.7</p> <p>3.1.8</p> <p>3.1.9</p> <p>3.1.10</p>	<p>La Struttura è dotata di aree verdi e/o spazi esterni fruibili e accessibili di dimensioni adeguate al numero diospiti e attrezzate in modo da garantire la permanenza e lo svolgimento di attività all'aperto, ovvero è prevista, ove opportuna, la possibilità di utilizzo di spazi pubblici anche per favorire l'integrazione con il contesto urbano.</p> <p>La struttura ha caratteristiche tali da ridurre il rischio di agiti auto e/o etero aggressivi e/o allontanamenti che comprendono almeno armadi e locali inaccessibili agli utenti per la conservazione di farmaci, materiali a rischio chimico/biologico e di strumenti potenzialmente lesivi.</p> <p>È presente, formalizzato e messo in atto un programma di gestione del rischio ambientale che tenga in considerazione anche il rischio di uscita non controllata e il passaggio di materiale e sostanze al fine di ridurre il più possibile il rischio.</p> <p>Sono presenti, formalizzati e messi in atto piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate dai dati rilevati rispetto a incidenti, infortuni e altri eventi, ai fini del miglioramento del programma di gestione e diriduzione dei rischi ambientali.</p> <p>Vi è evidenza della formazione e del coinvolgimento del personale sui temi della sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.</p>
<p>3.2 gestione e manutenzione delle attrezzature sanitarie</p>	<p>3.2.1</p> <p>3.2.2</p> <p>3.2.3</p> <p>3.2.4</p>	<p>Qualora vi siano attrezzature, è presente un inventario delle stesse, che include la modalità per la loro identificazione.</p> <p>È presente una procedura per l'autosomministrazione dei farmaci, compresi quelli sostitutivi.</p> <p>È presente un piano per la gestione (compresa la dismissione) e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature, ove presenti.</p> <p>Gli interventi effettuati sono documentati.</p> <p>La documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature è disponibile per gli addetti alla manutenzione.</p> <p>Ove presenti dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali, i programmi di formazione includono periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore.</p>

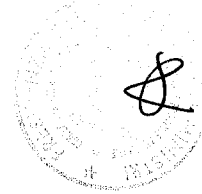


4° Criterio - Competenze del personale		
"L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività"		
REQUISITI	N° evidenza	
EVIDENZE		
4.1 programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	4.1.1	È prevista la presenza di personale in numero adeguato alla capacità ricettiva della struttura e alle tipologie di trattamenti erogati in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente sui livelli essenziali di assistenza e comunque in numero non inferiore a due operatori per turno. Nella fascia notturna è prevista la presenza di un operatore afferente all'area sanitaria, socio-sanitaria nei diversi profili presenti nella struttura e un operatore in reperibilità. Ulteriori indicazioni saranno definite dalle Regioni e Province autonome anche in funzione della tipologia e delle dimensioni delle strutture.
	4.1.2	È prevista l'assistenza da parte di personale afferente alle aree sanitarie e socio-sanitarie, in funzione della tipologia della struttura, dell'organizzazione della rete di servizi e della qualità ed intensità delle attività. È garantita la presenza in pianta organica almeno delle seguenti figure professionali, non necessariamente presenti in tutti i turni: - psicologo psicoterapeuta - educatore professionale socio-sanitario o educatore professionale sociopedagogico o tecnico della riabilitazione psichiatrica. Nelle strutture di cui all'articolo 35 comma 2 lettera a), b) del dPCM 12 gennaio 2017 è garantita la presenza di un medico e un infermiere a tempo pieno o parziale in relazione alla tipologia e al volume delle prestazioni delle attività. Nelle strutture che prendono in carico persone con doppia diagnosi il medico deve essere specialista in psichiatria o discipline equipollenti.
	4.1.3	Nelle strutture madre-bambino è presente personale con formazione specifica.
	4.1.4	Il personale possiede i titoli professionali previsti, compresa l'eventuale iscrizione ai relativi albi e le qualifiche individuate dalla normativa vigente.
	4.1.5	È prevista l'attivazione di una risorsa di mediazione linguistico - culturale in caso di bisogno.
	4.1.6	È individuato un responsabile per la formazione.

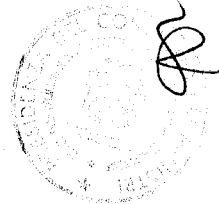
	<p style="text-align: center;">4.1.7</p>	<p>È definito e messo in atto un piano di formazione che, al fine di favorire l'approccio all'integrazione socio-sanitaria e interprofessionale, preveda il monitoraggio delle competenze professionali presenti nella struttura e la programmazione delle attività formative. Queste includono almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comunicazione e tecniche strutturate di gestione dei conflitti; • miglioramento della qualità; • procedure e protocolli interni organizzativi e assistenziali, raccomandazioni ministeriali, linee guida e/opercoli di cura/assistenza; • primo soccorso e gestione delle intossicazioni acute da sostanze psicoattive (compreso l'utilizzo di farmaci specifici); • utilizzo delle apparecchiature, laddove presenti; • gestione del rischio e degli eventi avversi; • principi di umanizzazione delle cure; <p>- la rilevazione dei fabbisogni formativi effettuata con il coinvolgimento degli operatori;</p> <p>- la valutazione della soddisfazione e dell'efficacia della formazione;</p> <p>- la condivisione delle conoscenze acquisite;</p> <p>Sono previsti momenti formativi congiunti con i Ser.D. e i servizi che si occupano delle <i>addiction</i>.</p>
<p>4.2 selezione, inserimento e addestramento di nuovo personale</p>	<p style="text-align: center;">4.2.1</p>	<p>È definito e messo in atto un percorso di inserimento, affiancamento e valutazione per il nuovo personale, neoassunto o trasferito, compreso il personale volontario e in tirocinio/stage, che tenga conto della complessità organizzativa (servizi offerti, organizzazione della struttura e bisogni degli utenti), della sicurezza e prevenzione del rischio, della umanizzazione.</p>
	<p style="text-align: center;">4.2.2</p>	<p>È favorita la partecipazione a percorsi formativi, organizzati dalla Regione o dall'Azienda sanitaria, degli utenti esperti/pari che siano all'interno di un percorso riabilitativo affinché vengano integrati nelle attività della struttura.</p>



5° Criterio - Comunicazione		
"Una buona comunicazione e relazione fra operatori e utenti garantisce allineamento ai comportamenti attesi, aumento della sicurezza nella cura e assistenza, partecipazione di utenti e familiari/caregiver alle scelte di cura"		
REQUISITI	N° evidenza	
EVIDENZE		
5.1 modalità di comunicazione interna alla struttura, che favorisca la partecipazione degli operatori	5.1.1	Vengono adottate modalità di diffusione al personale delle informazioni per la condivisione di mission, politiche, procedure, protocolli, obiettivi di servizio e azioni conseguenti, strumenti e indicazioni, contenuti formativi, dati e informazioni relativi alla valutazione dei risultati e ai programmi di miglioramento per la qualità e sicurezza degli utenti.
	5.1.2	L'efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura viene valutata e, qualora necessario, sono individuate strategie di miglioramento.
	5.1.3	Vengono adottate modalità strutturate di comunicazione tra gli operatori per il passaggio delle consegne.
5.2 analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori		Vengono svolte periodicamente attività di monitoraggio e valutazione del livello di motivazione e benessere del personale e del clima organizzativo anche per prevenire fenomeni di burn out. Tali attività sono svolte anche attraverso l'uso di strumenti come: <ul style="list-style-type: none"> - supervisioni periodiche dell'equipe; - la misurazione della soddisfazione; - raccogliere le segnalazioni/ i suggerimenti degli operatori; - facilitare momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità. I risultati dei monitoraggi e delle valutazioni sono diffusi al personale. È favorita l'adesione del personale ai cambiamenti organizzativi volti al miglioramento del clima di lavoro.
	5.2.1	
5.3 modalità e contenuti delle informazioni da fornire agli utenti e ai familiari/caregiver	5.3.1	È adottata una modalità strutturata finalizzata all'informazione di utenti, familiari/caregiver anche attraverso l'uso di strumenti informativi sintetici.
	5.3.2	È definita ed attuata una procedura per l'appropriata ed efficace comunicazione con parenti e caregiver.
	5.3.3	Sono definite e attuate modalità per il coinvolgimento e l'informazione dei MMG/PLS.
	5.3.4	È prevista attività info-educativa di promozione della salute destinata agli utenti.
	5.3.5	La struttura utilizza modalità trasparenti di gestione e comunicazione dei tempi di attesa.



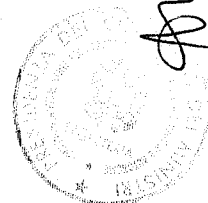
<p>5.4 coinvolgimento degli utenti e dei familiari/caregiver nel processo di assistenza</p>	<p>5.4.1</p>	<p>Sono presenti, formalizzate e messe in atto procedure per l'informazione partecipata dell'utente e l'acquisizione del consenso informato laddove previsto.</p>
	<p>5.4.2</p>	<p>È presente un regolamento interno dove sono indicati i diritti e gli obblighi che l'ospite assume con l'accettazione del programma terapeutico, le regole di vita comunitaria, con particolare riguardo alle norme comportamentali degli utenti.</p>
	<p>5.4.3</p>	<p>È previsto l'addestramento del personale all'ascolto e al coinvolgimento proattivo dell'utente nelle attività previste nel programma terapeutico riabilitativo individualizzato, nel relativo monitoraggio e nelle eventuali modifiche/aggiornamenti ai fini dell'adesione allo stesso.</p>
	<p>5.4.4</p>	<p>È prevista una modalità di informazione agli utenti, fin dal momento dell'accesso, per la promozione della salute e del benessere e di vita alternativa, sui rischi di ricaduta e overdose in caso di interruzione del programma.</p>
	<p>5.4.5</p>	<p>Sono definite le modalità e gli strumenti di valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione degli utenti e caregiver. Sono attuate strategie di miglioramento degli stessi se necessario.</p>
<p>5.5 modalità di ascolto degli utenti</p>	<p>5.5.1</p>	<p>Sono definite e messe in atto modalità di valutazione della soddisfazione e dell'esperienza di utenti e familiari/caregiver e di presentazione e gestione di reclami, elogi, osservazioni e suggerimenti.</p>
	<p>5.5.2</p>	<p>I dati derivanti dall'analisi dei reclami e dalle valutazioni della soddisfazione e dell'esperienza degli utenti sono utilizzati e diffusi ai fini del miglioramento della qualità dei processi.</p>



6° Criterio - Appropriata clinica e sicurezza		
"La efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità dell'assistenza e debbono essere monitorati"		
REQUISITI	N° evidenza	
EVIDENZE		
6.1 approccio alla cura e all'assistenza secondo evidenze scientifiche e linee guida	6.1.1	Sono definiti, formalizzati e messi in atto protocolli e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo linee guida e principi <i>Evidence based</i> (EBM), in relazione alla tipologia di utenza.
	6.1.2	Sono presenti e attuate modalità (definizione di responsabilità, monitoraggio, verifiche e formazione) per la gestione del rischio e la sicurezza di operatori, utenti e ambiente, che comprendano anche l'attuazione delle raccomandazioni ministeriali declinabili nello specifico contesto e tipologia di utenza.
6.2 promozione della sicurezza e gestione dei rischi	6.2.1	È definita e diffusa una procedura per il primo soccorso e di gestione delle emergenze/urgenze che comprenda l'utilizzo di farmaci salvavita in caso di intossicazione acuta da sostanze psicoattive.
	6.2.2	Sono definite procedure e modalità operative per la corretta gestione e la tenuta in sicurezza dei farmaci.
6.3 programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.1	È implementato un sistema per l'identificazione e la segnalazione di incidenti e accadimenti di interesse per la sicurezza (evento avverso, evento senza danno e quasi evento, evento sentinella) almeno per quanto riguarda cadute, aggressioni ai danni di utenti e operatori, agiti auto lesivi, utilizzo di farmaci, rischio infettivo, utilizzo di disostanze/farmaci psicoattivi non prescritti.
	6.3.2	Sono definite e messe in atto strategie di analisi degli eventi avversi e dei <i>near miss</i> attraverso metodologie disponibili in letteratura (es. Audit clinico, RCA, ecc.) volte all'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti e delle azioni di mitigazione del rischio.
	6.3.3	Vi è evidenza della individuazione delle situazioni clinico/assistenziali a rischio per la sicurezza degli utenti e dell'adozione ed implementazione di strategie per la riduzione del rischio (es. cadute, suicidi o tentati suicidi, episodi di autolesionismo, utilizzo di sostanze/farmaci psicoattivi non prescritti, episodi di violenza a danno di utenti e operatori, riconciliazione farmacologica, ...) attraverso l'utilizzo di strumenti e metodologie specifiche per la tipologia del servizio.
	6.3.4	Sono definite le modalità per la gestione degli eventi avversi che prevedono anche: <ul style="list-style-type: none"> - comunicazione agli utenti e/o familiari/caregiver; - valutazione dell'impatto sugli operatori; - comunicazione esterna; - gestione del contenzioso.



6.3.5	La struttura partecipa al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale e dalle indicazioni regionali.
6.3.6	Vengono svolte periodicamente analisi con i servizi territoriali sui processi e sugli esiti delle prese in carico con la finalità di migliorare l'intero processo di presa in carico e favorire lo sviluppo delle reti e il miglioramento del sistema.
6.3.7	Sono redatti piani di azione per la sicurezza che comprendono gli indicatori per il monitoraggio.
6.3.8	Sono formalmente attribuite le funzioni relative alla gestione del rischio clinico.
6.3.9	È garantita la copertura assicurativa sia agli utenti che al personale, anche volontario, contro i rischi da infortuni o danni subiti o provocati.
6.3.10	Sono definite e condivise, con l'Azienda sanitaria territoriale e i relativi servizi per le dipendenze patologiche, procedure e modalità operative specifiche per la gestione dei farmaci stupefacenti tabellati e per la prevenzionee la gestione del misuso e della diversione.
6.4 strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di azioni per la gestione del rischio	<p data-bbox="662 448 742 1747">6.4.1</p> <p data-bbox="742 448 962 1747">Sono definite e messe in atto modalità per la partecipazione e il coinvolgimento di utenti e familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio.</p>



7° Criterio - Processi di miglioramento ed innovazione

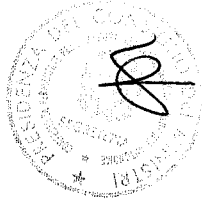
"Il governo delle azioni di miglioramento e l'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili"

REQUISITI	N° evidenza	EVIDENZE
7.1 progetti di miglioramento	7.1.1	Sono messe in atto modalità per lo sviluppo di azioni ai fini del miglioramento della qualità, in autonomia e/onell'ambito di progetti proposti dall'Azienda sanitaria di riferimento (es. rischio cadute, infezioni, sorveglianza e protezione degli utenti, altro).
7.2 valutazione delle attrezzature/tecnologie già in uso o da acquisirsi	7.2.1	Sono messe in atto modalità per la valutazione delle attrezzature/tecnologie ai fini della selezione, acquisizione e allocazione e in relazione ai bisogni degli utenti, del personale e dell'organizzazione.
7.3 Programmazione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa e relativa implementazione	7.3.1	Sono messe in atto modalità per l'adozione di innovazioni tecnico-professionali e organizzative emergenti con il coinvolgimento del personale e valutazione della loro efficacia.

8° Criterio - Umanizzazione

"I luoghi di cura e i percorsi di assistenza sono orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica"

REQUISITI	N° evidenza	EVIDENZE
8.1 programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8.1.1	Sono messe in atto modalità organizzative orientate al riconoscimento e al rispetto dei bisogni e delle differenze di ciascun utente, basate su ascolto, accoglienza, coinvolgimento, confronto, considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e alle particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche.
	8.1.2	L'organizzazione interna è svolta con l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale, garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza.



8.1.3

Nella comunità sono realizzate attività finalizzate a garantire l'ambiente comunitario, il "fattore emotivo" della comunità, caratterizzato da un clima resiliente, di accettazione e di consapevolezza, di relazioni autentiche, di totale fiducia, un mix di interazioni sociali ed elementi di cambiamento personali.





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

**“Criteri di sicurezza e qualità delle strutture
socio-sanitarie residenziali per l’assistenza alle
persone affette da dipendenze patologiche
(comunità terapeutiche)”**



PREMESSA

Razionale della proposta

Il presente documento nasce dall'esigenza di garantire, su tutto il territorio nazionale, elevati livelli di qualità e sicurezza all'interno delle strutture residenziali per persone con disturbo da uso di sostanze psicotrope legali e illegali e da gioco d'azzardo, c.d. "Comunità terapeutiche", riducendo la sensibile variabilità a livello regionale per quanto attiene l'organizzazione e il funzionamento, favorendo l'integrazione di tali strutture nella rete dell'assistenza territoriale, l'uniformità dei percorsi e l'aderenza di questi alle indicazioni *evidence based* a garanzia dell'erogazione da parte del SSN delle migliori pratiche disponibili per il recupero e il reinserimento nella società delle persone affette da dipendenze patologiche.

Inoltre il Dipartimento Politiche Antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha segnalato ulteriormente l'esigenza di armonizzazione dei requisiti di accreditamento per le unità di offerta residenziali per l'area delle dipendenze patologiche, anche alla luce dell'evoluzione tecnico-scientifica registratasi in materia e delle sensibili differenze nei territori, rilevate dai principali rappresentanti delle Comunità terapeutiche

L'assistenza alle persone con disturbo da uso di sostanze e da gioco d'azzardo, in quanto livello essenziale di assistenza risponde ai principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale come definiti dall'art. 1, commi 1 e 2, del D.lgs. 23 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., relativi alla dignità della persona umana, al bisogno di salute, all'equità di accesso all'assistenza, alla qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché all'economicità nell'impiego delle risorse, che sono alla base del Servizio sanitario nazionale.

Il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni) attribuisce alle Regioni e Province autonome le funzioni di prevenzione e di intervento contro l'uso di sostanze da abuso. Secondo tale disciplina queste funzioni sono garantite dai Servizi per le dipendenze (Ser.D) presenti presso le Aziende sanitarie locali che si avvalgono della collaborazione di enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone con tali problematiche (le cosiddette comunità terapeutiche) nonché degli altri servizi sanitari e sociosanitari e del Terzo settore ed altre istituzioni del territorio al fine di garantire completezza, unitarietà e continuità degli interventi. Le tipologie di trattamento erogate in ambito dell'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone con dipendenze patologiche sono disciplinate dall'art. 35 del DPCM 12 gennaio 2017 sui livelli essenziali di assistenza. I trattamenti residenziali sono articolati, in relazione al livello di intensità assistenziale, come di seguito riportato:

- a) *trattamenti specialistici*, destinati a persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. I trattamenti della durata massima di 18 mesi sono erogati in strutture o moduli che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;
- b) *trattamenti terapeutico-riabilitativi* destinati a persone con dipendenza patologica, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sulle 24 ore;
- c) *trattamenti pedagogico-riabilitativi* finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata.



I riferimenti normativi per gli aspetti autorizzativi delle c.d. comunità terapeutiche risalgono alla fine degli anni '90. Il DPR 14 gennaio 1997 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private) fornisce le indicazioni generali sui requisiti minimi, rinviando, per queste strutture, ai "requisiti organizzativi tecnologici e strutturali di presidi riabilitativi e educativo-assistenziali per tossicodipendenti". Tali requisiti sono stati inizialmente definiti dall'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 9 febbraio 1993 e successivamente sostituiti dall'Intesa del 5 agosto 1999 (Rep. atti n. 740/CSR) avente per oggetto la "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso" (Rep. atti n. 740/CSR).

In particolare l'intesa 5 agosto 1999 determina i requisiti minimi strutturali, funzionali e di personale per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento degli enti, associazioni e servizi privati (che devono essere non profit, ai sensi dell'art. 3 della stessa Intesa) che operano nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze di abuso. Si tratta di requisiti generali e non di dettaglio, che consentono flessibilità a livello regionale in funzione delle esigenze e dell'organizzazione locale, individuando comunque le tipologie assistenziali e anche i destinatari.

L'Intesa 5 agosto 1999 e il DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA forniscono quindi un quadro di riferimento per le Regioni e le Province autonome, alle quali compete, in ogni caso, la definizione di dettaglio, con appositi provvedimenti, dei requisiti di accreditamento, del fabbisogno assistenziale, delle modalità e procedure di accreditamento, del relativo sistema tariffario, nonché del sistema di verifica e monitoraggio.

Per quanto riguarda il sistema di accreditamento, occorre evidenziare che l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) vede nell'accreditamento istituzionale uno strumento di garanzia della qualità delle prestazioni erogate in quanto esso rappresenta un processo di valutazione sistematico e periodico, svolto da un apposito organismo, il più possibile con caratteristiche di terzietà, finalizzato a garantire condizioni di qualità, sicurezza, equità e trasparenza nell'erogazione delle prestazioni, per rispondere ai bisogni di salute della collettività.

La scelta del legislatore italiano è stata quella di adottare un sistema di accreditamento per pubblica regolamentazione, quindi obbligatorio per poter erogare prestazioni per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale; tale sistema è entrato a far parte del nostro ordinamento con il d.lgs. 517/1993, di modifica del d.lgs. 502/1992, per essere successivamente articolato e disciplinato più organicamente dal d.lgs. 229/1999.

Quest'ultima riforma distingue tra autorizzazione, essenzialmente basata su requisiti minimi di sicurezza, e accreditamento, che prevede la conformità a requisiti ulteriori di qualità di tutte le strutture, sanitarie e sociosanitarie. L'accreditamento è condizione necessaria per la successiva stipula degli accordi contrattuali e il D.lgs. 502/1992 e s.m.i. chiarisce l'obbligo della remunerazione a carico del SSN solo a seguito della stipula dei predetti accordi. Non meno significativa è la precisazione che l'accreditamento deve essere funzionale alle scelte della programmazione regionale e subordinato alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

La competenza regionale nella organizzazione dei servizi sanitari, in particolare a seguito della legge costituzionale n. 3 del 2001 di Riforma del Titolo V, parte seconda della Costituzione, ha portato alla definizione di modelli di accreditamento regionali molto diversificati, anche nelle responsabilità di gestione e implementazione degli stessi.

Nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria le comunità terapeutiche costituiscono un importante esempio in quanto capaci di valorizzare l'apporto della comunità e del volontariato. Rappresentano, pertanto, un elemento di grande valore anche per la capacità di coinvolgere la persona assistita, la famiglia e la comunità di riferimento, riconoscendoli parte attiva dei processi di cura, di assistenza, di tutela dello stato di salute e di reinserimento sociale.

Attività svolta, scelte e obiettivi

Il presente documento scaturisce dall'attività di un gruppo di lavoro misto tra Ministero della salute, Agenas, Regioni e Province autonome, istituito presso la Direzione generale della programmazione sanitaria, al fine di caratterizzare e qualificare i servizi residenziali per l'assistenza alle persone affette da dipendenza patologica di cui all'art. 35 comma 2 del Dpcm 12 gennaio 2017.



Il gruppo di lavoro è stato istituito in seno al Tavolo nazionale per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento istituito presso la stessa Direzione con il DM 20 ottobre 2020 e di cui fanno parte rappresentanti della Direzione stessa, della Direzione generale della Prevenzione sanitaria, dell'ISS, di Agenas, e di otto tra Regioni e Province Autonome designati dalla Commissione Salute. Il gruppo di lavoro è stato costituito da referenti regionali delle Dipendenze di 6 Regioni ed 1 Provincia autonoma (Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Umbria, Bolzano), indicati dai componenti del Tavolo stesso e ha avviato la sua attività attraverso la ricognizione delle discipline di riferimento e il confronto sui differenti modelli ed esperienze regionali nell'ambito dell'organizzazione delle comunità terapeutiche.

La proposta è stata elaborata anche tenendo conto delle osservazioni formulate dai rappresentanti delle Comunità terapeutiche e discusse nell'ambito di incontri presso il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il quadro di riferimento per la definizione dei criteri di accreditamento è rappresentato dalle Intese del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) sul disciplinare tecnico dell'accreditamento e del 19 febbraio 2015 (Rep. n. 32/CSR) sul relativo cronoprogramma di attuazione. Il Disciplinare rappresenta, infatti, una valida cornice metodologica, definendo il primo set di criteri, requisiti ed evidenze condivisi con le Regioni e Province autonome nel sistema di accreditamento istituzionale. In particolare si è ritenuto di seguire, nell'ambito delle indicazioni per le comunità terapeutiche, lo schema degli 8 criteri indicati nel Disciplinare tecnico dell'accreditamento di cui all'Intesa del 20 dicembre 2012, di seguito sinteticamente riportati con il principio di riferimento:

1. *Attuazione di un sistema di gestione dei servizi*, al fine di fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità, in quanto *"fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria, una gestione dell'organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un'ottica di miglioramento continuo"*;
2. *Prestazioni e servizi*, indicando l'offerta di prestazioni nell'ottica della presa in carico, garantendo, ove necessario, la continuità nell'ambito di percorsi strutturati ed espliciti, in quanto *"E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con le persone assistite e con i cittadini"*;
3. *Aspetti strutturali*, con verifica dei processi che consentono di mantenere nel tempo l'adeguatezza e la sicurezza di strutture, impianti, attrezzature, in quanto *"L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse"*;
4. *Competenze del personale*, per assicurare il possesso, l'acquisizione e il mantenimento da parte del personale delle conoscenze e abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività, in quanto *"L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività"*;
5. *Comunicazione*, nella consapevolezza che una buona comunicazione e relazione tra professionisti e con i persone assistite costituisce garanzia di allineamento ai comportamenti professionali attesi e di partecipazione delle persone alle scelte di trattamento, in quanto *"Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con gli assistiti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nell'erogazione delle cure, partecipazione delle persone nelle scelte di trattamento"*;
6. *Appropriatezza clinica e sicurezza*, in quanto efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure, ed è necessario garantire che la struttura attui processi sistematici e metta a disposizione strumenti per supportare le proprie articolazioni nell'adozione delle pratiche migliori, in quanto *"L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati"*;

7. *Processi di miglioramento ed innovazione*, con governo delle azioni di miglioramento, adozione di innovazioni tecnologiche e organizzativo-professionali e facilitazione della ricerca clinica e organizzativa per adattarsi a contesti nuovi, assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili, in quanto *“Il governo delle azioni di miglioramento, dell’adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità dell’organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili”*;
8. *Umanizzazione*, al fine di rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, in quanto *“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture”*.

Il presente documento introduce requisiti di miglioramento per garantire uniformità in merito ad aspetti essenziali del percorso di cura quali l’integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio per l’assistenza e la continuità assistenziale, la formalizzazione del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, la rivalutazione periodica, gli strumenti per valutare l’efficacia e l’appropriatezza del progetto e monitorarne l’applicazione, l’integrazione professionale, la continuità delle cure, la compilazione dei flussi istituzionali di monitoraggio.

Si sono voluti sottolineare elementi essenziali per la sicurezza delle cure come la reale integrazione e coordinamento degli interventi e delle risorse messe a disposizione dell’individuo e delle comunità con tutti i servizi territoriali anche non sanitari, la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza (ICA) e di agiti auto ed etero lesivi, la formazione continua e l’integrazione professionale, il coinvolgimento e la partecipazione della persona assistita, della sua famiglia e dei caregiver.

Obiettivi essenziali sono la garanzia dell’equità nell’accesso ai servizi e della qualità delle cure nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza, la continuità assistenziale tra i diversi servizi, la trasparenza e la correttezza dell’azione amministrativa, la rendicontazione delle attività e dei risultati ottenuti.

I soggetti erogatori assicurano un programma di percorsi personalizzati e, nel riconoscere la dignità e l’autonomia della persona assistita, offrono un’assistenza che deve rispettare requisiti di qualità e di appropriatezza, tenendo conto delle specificità dei percorsi e livelli assistenziali così come indicati nell’articolo 35 del Dpcm 12 gennaio 2017. Si prevede anche l’identificazione della tipologia delle figure professionali idonee a garantire un’adeguata assistenza in relazione ai differenti livelli di intensità e complessità dei bisogni della persona.

I criteri, i requisiti e le relative evidenze sono stati elaborati in modo da poter essere inseriti, in funzione delle scelte organizzative e gestionali del livello regionale, sia nell’ambito del sistema di accreditamento sia nell’ambito del sistema di autorizzazione all’esercizio.

Inoltre sono applicabili alle diverse tipologie di offerta residenziale indicate all’art. 35, comma 2, lettere a), b) e c), del DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA con relativa modulazione in funzione dei trattamenti. Tale scelta consente di mantenere l’assetto organizzativo che le singole regioni si sono date in funzione delle specifiche realtà organizzative ed epidemiologiche, anche tenendo conto che i riferimenti normativi per gli aspetti autorizzativi, risalgono agli anni ’90.

Si ritiene che i criteri elaborati possono essere utilizzati anche per le strutture semiresidenziali, di cui all’art. 35, comma 3, del citato DPCM, per quanto compatibili.

Pertanto si conferma, in coerenza con le disposizioni nazionali sul sistema di accreditamento, la possibilità, da parte delle Regioni, di armonizzare i criteri, i requisiti e le relative evidenze in funzione delle specifiche tipologie di strutture residenziali e dei trattamenti regionali erogati, e di introdurre ulteriori indicazioni di dettaglio, in funzione delle esigenze locali e delle scelte della programmazione regionale, fermi restando i criteri, i requisiti e le relative evidenze stabilite dal documento. Infatti le indicazioni del documento risultano formulate in modo da consentire una opportuna flessibilità.

Al fine di garantire alle strutture esistenti il proseguimento delle attività in corso, tenendo conto del necessario impegno rispetto all’adozione dei criteri proposti, si propone di prevedere un termine per consentire un graduale adeguamento ai criteri stessi.

