

REQUISITI E PROCEDURE PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE

Il presente allegato definisce i requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture socio sanitarie a ciclo diurno semiresidenziale e residenziale della Regione Piemonte già operanti e quelli di nuova istituzione rivolti alle seguenti fasce di popolazione:

- A)** Prima infanzia ed età evolutiva, per interventi riabilitativi, educativi e socio-assistenziali integrativi o sostitutivi della famiglia;
- B)** Soggetti diversamente abili, per interventi socio-sanitari, finalizzati al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia ;
- C)** Soggetti anziani, per interventi socio-sanitari, finalizzati al mantenimento e al recupero delle residue capacità di autonomia della persona e al sostegno della famiglia.

I requisiti di cui in appresso costituiscono lo sviluppo normativo di quanto indicato in termini di "criteri per l'accREDITAMENTO" dall'articolo 29, comma 2, della L.R. 8 gennaio 2004, n. 1.

Nella tabella successiva vengono rispettivamente indicati l'area funzionale per utenza, la tipologia strutturale (residenziale e semiresidenziale) e le normative regionali di riferimento relative ai requisiti strutturali, organizzativi, gestionali necessari per ottenere il provvedimento di autorizzazione all'apertura e al funzionamento.

TABELLA 1

AREA FUNZIONALE	TIPO DI STRUTTURA	REQUISITI STRUTTURALI RICHIESTI	REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI
MINORI	Comunità Terapeutica per Minori	D.G.R. 15.3.2004, n. 41-12003	D.G.R. 15.3.2004, n. 41-12003
MINORI	Comunità Riabilitativa Psicosociale per Minori	D.G.R. 15.3.2004, n. 41-12003	D.G.R. 15.3.2004, n. 41-12003
ANZIANI	R.A.F. - Residenza Assistenziale Flessibile; R.A.F. b.i.s. - Residenza Assistenziale Flessibile a bassa intensità assistenziale	D.G.R. 29.6.1992, n. 38-16335; D.G.R. 09.01.1995, n. 41-42433; D.M. 21.5.2001, n. 308; D.C.R. 22.2.2000, n. 616-3149; D.G.R. 12.11.2001, n. 43-4413; D.G.R. 39-29311 del 7.2.2000	D.G.R. 30.3.2005, n. 17-15226
ANZIANI	R.S.A. - Residenza Sanitaria Assistenziale	D.P.C.M. 22.12.1989; D.G.R. 09.01.1995, n. 41-42433; D.C.R. 22.2.2000, n. 616-3149; D.G.R. 39-29311 del 7.2.2000	D.G.R. 30.3.2005, n. 17-15226
ANZIANI	R.A.F. in regime transitorio	D.G.R. 29.6.1992, n. 38-16335; D.G.R. 09.01.1995, n. 41-42433;	D.G.R. 30.3.2005, n. 17-15226
ANZIANI	R.S.A. in regime transitorio	D.P.C.M. 22.12.1989; D.G.R. 09.01.1995, n. 41-42433; D.G.R. 07.02.2000, n. 39-29311	D.G.R. 30.3.2005, n. 17-15226
ANZIANI	C.D.I. - Centro Diurno Integrato (isolato o inserito in struttura)	D.G.R. 01.3.2000, n. 37-29527; D.G.R. 07.02.2000, n. 39-29311; D.C.R. 22.2.2000, n. 616-3149	D.G.R. 01.3.2000, n. 37-29527; D.G.R. 07.02.2000, n. 39-29311
ALZHEIMER	C.D.A.A. - Centro Diurno Alzheimer Autonomo	D.G.R. 06.4.2009, n. 38-11189	D.G.R. 06.4.2009, n. 38-11189

AREA FUNZIONALE	TIPO DI STRUTTURA	REQUISITI STRUTTURALI RICHIESTI	REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI
ALZHEIMER	C.D.A.I. - Centro Diurno Alzheimer Integrato	D.G.R. 06.4.2009, n. 38-11189	D.G.R. 06.4.2009, n. 38-11189
ALZHEIMER	N.A.T. - Nucleo Alzheimer Temporaneo	D.G.R. 06.4.2009, n. 38-11189	D.G.R. 06.4.2009, n. 38-11189
DISABILI	R.A.F. tipo A - Residenza Assistenziale Flessibile tipo A	D.G.R. 09.12.1997, n. 34-23400; D.M. 21.5.2001, n. 308	D.G.R. 22.12.1997, n. 230-23699
DISABILI	R.A.F. tipo B - Residenza Assistenziale Flessibile tipo B	D.G.R. 09.12.1997, n. 34-23400; D.M. 21.5.2001, n. 308	D.G.R. 22.12.1997, n. 230-23699
DISABILI	R.A.F. Centro Diurno Socio-Terapeutico Riabilitativo tipo A	D.G.R. 09.12.1997, n. 34-23400; D.M. 21.5.2001, n. 308	D.G.R. 22.12.1997, n. 230-23699
DISABILI	R.A.F. Centro Diurno Socio-Terapeutico Riabilitativo tipo B	D.G.R. 09.12.1997, n. 34-23400; D.M. 21.5.2001, n. 308	D.G.R. 22.12.1997, n. 230-23699
DISABILI	Centro Diurno (già esistenti ante D.G.R. n. 34-23400 del 9.12.1997)	D.G.R. 15.4.1998, n. 11-24370;	D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997
DISABILI	Centro Diurno Socio-Terapeutico con Nucleo di Residenzialità Notturno	D.G.R. 09.12.1997, n. 34-23400; D.M. 21.5.2001, n. 308	D.G.R. 22.12.1997, n. 230-23699
DISABILI	Comunità Alloggio Tipo A	D.G.R. 22.02.1993, n. 147-23154; D.G.R. 15.4.1998, n. 11-24370; D.M. 308 DEL 21.5.2001	D.G.R. 22.12.1997, n. 230-23699
DISABILI	Comunità Alloggio Tipo B	D.G.R. 22.02.1993, n. 147-23154; D.G.R. 15.4.1998, n. 11-24370; D.M. 308 del 21.5.2001	D.G.R. 22.12.1997, n. 230-23699
DISABILI	Gruppo Appartamento tipo A	D.G.R. 09.12.1997, n. 34-23400	D.G.R. 22.12.1997, n. 230-23699
DISABILI	Gruppo Appartamento tipo B	D.G.R. 09.12.1997, n. 34-23400	D.G.R. 22.12.1997, n. 230-23699
DISABILI	Gruppo Appartamento per Disabili Gravi Motori o Fisici	D.G.R. 10.6.2002, n. 42-6288	D.G.R. 10.6.2002, n. 42-6288

AREA FUNZIONALE	TIPO DI STRUTTURA	REQUISITI STRUTTURALI RICHIESTI	REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI
DISABILI	Comunità Familiare per Disabili Gravi	D.G.R. 10.6.2002, n. 42-6288	D.G.R. 10.6.2002, n. 42-6288
DISABILI	Comunità Socio-Assistenziale per Disabili Gravi	D.G.R. 10.6.2002, n. 42-6288	D.G.R. 10.6.2002, n. 42-6288

STRUTTURE RESIDENZIALI - SOCIO SANITARIE PER MINORI

- **Comunità Terapeutica per Minori**
- **Comunità Riabilitativa Psicosociale per Minori**

Requisiti per l'accreditamento :

Per essere accreditate, oltre al possesso dell'autorizzazione all'apertura e al funzionamento le strutture residenziali socio sanitarie per minori devono:

- **1/M) Possedere un "progetto di servizio" ai sensi della D.G.R. 15.3.2004, n. 41-12003 – nell'ambito di un quadro strategico generale il cui obiettivo è quello di costruire con gli stessi minori un percorso di un futuro possibile, una speranza per cui vale la pena impegnarsi, attivarsi, investire**
- **2/M) Avere localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio**

A tal fine deve essere promosso l'inserimento degli ospiti nell'ambiente urbano-sociale ed educativo del territorio attraverso l'uso di servizi (scolastici, ricreativi, educativi, sociali, socio sanitari), infrastrutture, risorse ed opportunità ivi esistenti. Le strutture devono svolgere attività di rete con gli altri servizi del territorio, in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni;

- **3/M) Rispondere ai requisiti previsti dalla vigente normativa in ordine alla eliminazione delle barriere architettoniche -**

Si raccomanda, in particolare, l'assenza di ostacoli fisici (es. arredi o terminali degli impianti) negli spazi di transito che possono impedire agli utenti e agli operatori di potersi muovere in sicurezza anche in caso di pericolo. Gli ambienti devono essere organizzati in modo da limitare il più possibile i rischi derivanti da condotte pericolose messe in atto dai soggetti ospitati in momenti di crisi.

- **4/M) Possedere un sistema di "qualificazione del personale" pianificato sui bisogni formativi del personale, in funzione degli obiettivi del servizio -**

La programmazione formativa deve essere documentata. I percorsi formativi, sia individuali sia di gruppo, devono riguardare tutte le figure professionali e fornire agli operatori conoscenze teoriche e tecniche utili sia per comprendere la globalità del servizio in relazione alla tipologia dei soggetti assistiti sia per organizzare i vari percorsi delle prestazioni da erogare in funzione dei bisogni specifici. Ogni struttura è tenuta a redigere, entro il mese di gennaio di ogni anno a partire dal 31 Gennaio 2010 per le strutture private, e dal 31 Gennaio 2011 per quelle pubbliche, un programma annuale di formazione/aggiornamento e supervisione del personale indicando:

- 1) argomento, personale coinvolto, durata e numero dei moduli per consentire la più ampia partecipazione degli interessati, tenendo anche conto dei requisiti specifici richiesti per ogni singola area funzionale;
- 2) le risorse finanziarie disponibili per sostenere il piano formativo. Le strutture dovranno possedere idonea documentazione atta a dimostrare lo svolgimento di momenti formativi e di aggiornamento del personale ed il livello di partecipazione. a partire dal primo anno dopo l'entrata in vigore del presente atto. Tale documentazione dovrà essere conservata per i successivi tre anni. In ogni caso la programmazione

formativa non potrà essere inferiore a quella prevista dai singoli C.C.N.L. applicati nei confronti del personale che opera nella struttura

5/M) Coordinamento con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio"

Possedere un progetto quadro condiviso e sottoscritto con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio.

Le strutture devono svolgere attività di rete con gli altri servizi del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni. Parteciperanno alla definizione di progetto quadro i servizi pubblici di neuropsichiatria infantile, gli Enti Gestori dei servizi sociali, il Tribunale dei minori. Qualora la struttura preveda la presenza di volontari ne dovrà curare l'inserimento nelle attività anche mediante adeguati interventi di tutoraggio e formazione ed il loro coinvolgimento deve configurarsi come complementare e non sostitutivo delle attività assistenziali. Le modalità di presenza del volontariato nelle strutture devono essere definite nell'ambito di convenzioni tra i soggetti gestori ed i rappresentanti delle organizzazioni e/o associazioni secondo modalità di legge.

- 6/M) Adottare programmi e progetti educativi individualizzati (P.E.I.), calibrati sulle necessita' delle singole persone

A tal fine, deve essere definito e documentato un Progetto Educativo Individualizzato sulla base:

- delle caratteristiche dell'utente, dei suoi bisogni del suo contesto familiare e sociale;
- dei risultati che si vogliono ottenere;
- della capacità di risposta di ogni singola struttura in termini organizzativi interni e di eventuale-integrazione e ricorso ai servizi della rete.

Il P.E.I. deve comprendere:

- a) l'individuazione dell'operatore responsabile del P.E.I.;
- b) la valutazione multidimensionale dell'utente;
- c) l'informazione e il coinvolgimento del tutore o chi esercita la patria potestà, del minore e/o dei suoi familiari e del Servizio inviante all'interno del P.E.I.;
- d) l'individuazione degli obiettivi specifici d'intervento;
- e) l'indicazione dei tempi previsti di attuazione del progetto;
- f) la pianificazione degli interventi e delle attività specifiche e dei tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi;
- g) le modalità di attuazione delle verifiche (procedure, tempi e strumenti).

E' altresì necessario che:

- sia definito e adottato un sistema di valutazione dei risultati sul singolo utente e i dati in *output* da tale sistema siano utilizzati per ridefinire il P.E.I.;

- sia definito e adottato un sistema di *follow up* anche dopo l'intervento, in relazione al Progetto Educativo Individualizzato;
- l'organizzazione della giornata e delle attività tenga in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es.: possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali);
- i P.E.I. tengano conto di eventuali condizioni di disabilità del minore;
- sia presente una Cartella Personale contenente le informazioni ed i dati di ogni minore, il P.E.I. e i risultati delle attività di monitoraggio in itinere.

- **7/M) Adottare strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati**

Le strutture, devono:

- utilizzare la scheda, che sarà adottata con provvedimento dall'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità..
- redigere e depositare con cadenza triennale un "Progetto di Gestione del Servizio" i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'allegato C) del presente provvedimento;
- definire strumenti e procedure di rilevamento della qualità percepita e redigere un report annuale di valutazione dei risultati raggiunti nei confronti di ogni ospite, della sua famiglia (laddove possibile) e del committente;
- esporre il prospetto settimanale dei turni del personale in servizio con il numero e la qualifica degli operatori che devono garantire la presenza.

- **8/M) Possedere i seguenti ulteriori requisiti gestionali e organizzativi:**

- a) programma delle attività di supporto psicologico a favore del personale e degli utenti;
- b) documento circa le modalità di sostituzione del responsabile di struttura
- c) tenere il registro del personale sul quale sono riportate mansioni e responsabilità, nonché il registro delle presenze dei minori;
- d) protocollo per lo smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti nelle strutture.

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI SOCIO SANITARIE PER ANZIANI

- R.A.F. **Residenza Assistenziale Flessibile;**
- R.A.F. b.i.s. **Residenza Assistenziale Flessibile a bassa intensità assistenziale;**
- R.S.A. **Residenza Sanitaria Assistenziale;**
- R.A.F. **Residenza Assistenziale Flessibile in regime transitorio;**
- R.S.A. **Residenza Sanitaria Assistenziale in regime transitorio;**
- C.D.I. **Centro Diurno Integrato;**
- C.D.A.A. **Centro Diurno Alzheimer Autonomo;**
- C.D.A.I. **Centro Diurno Alzheimer Integrato;**
- N.A.T. **Nucleo Alzheimer Temporaneo.**

Requisiti per l'accreditamento :

Per essere accreditate, oltre al possesso dell'autorizzazione all'apertura e al funzionamento, le strutture residenziali e semiresidenziali socio sanitarie per anziani devono:

- **1/A) possedere una "Carta dei Servizi" e strumenti di comunicazione e trasparenza, i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'allegato C) del presente provvedimento**
- **2/A) avere localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio**

La possibilità di raggiungere facilmente la struttura e di poter parcheggiare è determinante per garantire agli anziani la continuità e la frequenza delle visite di familiari e conoscenti. Poiché la possibilità di effettuare uscite sul territorio può risultare di difficile concretizzazione in situazioni di grave compromissione della salute degli utenti, diventa importante che all'interno di ogni struttura siano localizzate funzioni che possano fungere da attrazione per l'esterno e promossi interventi di socializzazione.

- **3/A) Rispondere ai requisiti previsti dalla vigente normativa in ordine alla eliminazione delle barriere architettoniche**

Tenuto conto che la condizione degli ospiti è frequentemente caratterizzata da inabilità e invalidità, si richiede - oltre il possesso ed il rispetto dei requisiti circa l'eliminazione delle barriere architettoniche - una organizzazione degli spazi a misura di portatori di handicap. Inoltre, la segnaletica interna deve essere semplice, localizzata in punti ben visibili, chiara, con caratteri di dimensioni tali da poter essere letti anche da chi ha problemi di vista e con un buon contrasto rispetto allo sfondo. Nell'ingresso è richiesta la presenza di uno schema che spieghi in modo chiaro e semplice la distribuzione degli spazi della struttura.

- **4/A) possedere un sistema di "qualificazione del personale" pianificato sui bisogni formativi del personale in funzione degli obiettivi del servizio**

La programmazione formativa deve essere documentata. I percorsi formativi, sia individuali sia di gruppo, devono riguardare tutte le figure professionali e fornire agli operatori conoscenze teoriche e tecniche utili sia per comprendere la globalità del servizio in relazione alla tipologia dei soggetti assistiti sia per organizzare i vari percorsi delle prestazioni da erogare in funzione dei bisogni specifici. Ogni struttura è tenuta a redigere, entro il mese di gennaio di ogni anno a partire dal 31 Gennaio 2010 per le strutture private, e dal 31 Gennaio 2011 per quelle pubbliche, un programma annuale di formazione/aggiornamento e supervisione del personale indicando:

- 1) argomento, personale coinvolto, durata e numero dei moduli per consentire la più ampia partecipazione degli interessati, tenendo anche conto dei requisiti specifici richiesti per ogni singola area funzionale;
- 2) le risorse finanziarie disponibili per sostenere il piano formativo. Le strutture dovranno possedere idonea documentazione atta a dimostrare lo svolgimento di momenti formativi e di aggiornamento del personale ed il livello di partecipazione, a decorrere dall'inizio del quarto anno di accreditamento, mentre dall'inizio del secondo e del terzo anno la documentazione dovrà essere relativa agli anni precedenti. In ogni caso la programmazione formativa non potrà essere inferiore a quella prevista dai singoli C.C.N.L. applicati nei confronti del personale che opera nella struttura

- **5/A) Coordinamento con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio**

Possedere un progetto quadro condiviso e sottoscritto con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio

Le Strutture devono svolgere attività di rete con gli altri servizi del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni. Partecipano alla definizione di progetto quadro i seguenti soggetti :

- 1) Unità Valutative Geriatriche (U.V.G.) per la revisione del PAI;
- 2) attività riabilitative e protesiche;
- 3) medicina specialistica in struttura;
- 4) residenzialità transitoria/di sollievo.

Qualora la struttura preveda la presenza di volontari ne dovrà curare l'inserimento nelle attività, anche mediante adeguati interventi di tutoraggio e formazione, ed il loro coinvolgimento deve configurarsi come complementare e non sostitutivo delle attività assistenziali. Le modalità di presenza del volontariato nelle strutture devono essere definite nell'ambito di convenzioni tra i soggetti gestori ed i rappresentanti delle organizzazioni e/o associazioni secondo modalità di legge.

- **6/A) Adottare programmi e Progetti Assistenziali Individualizzati (P.A.I.), calibrati sulle necessita' delle singole persone**

I P.A.I. devono essere definiti e documentati a norma della DGR 42/2008. Oltre al P.A.I., per ogni singolo ospite della struttura dovrà essere documentata a partire dal 1/7/2011 l'applicazione dei Percorsi Integrati di Cura (P.I.C.) e dei Protocolli di Umanizzazione di cui al Progetto AReSS 2008 riportato nell'Allegato E. al presente provvedimento

- **7/A) adottare strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati**

Le Strutture devono:

- redigere e depositare con cadenza triennale un “Progetto di Gestione del Servizio” i cui contenuti fondamentali sono riportati nell’allegato C) del presente provvedimento;
- definire strumenti e procedure di rilevamento della qualità percepita e redarre un report annuale di valutazione dei risultati raggiunti nei confronti di ogni ospite, della famiglia (laddove possibile) e de committenti;
- esporre il prospetto settimanale dei turni del personale in servizio nei singoli nuclei residenziali, con il numero e la qualifica degli operatori che devono garantire la presenza;

- 8/A) possedere i seguenti ulteriori requisiti gestionali e organizzativi:

- a) programma delle attività di supporto psicologico a favore del personale e degli utenti da attivare nell’ambito dell’attività di riabilitazione psicofisica prevista dalla D.G.R. n. 17–15226/2005
- b) presentazione di un documento circa le modalità di sostituzione del responsabile di struttura
- c) protocollo che definisca contenuti e modalità per prevenire eventuali cadute degli ospiti
- d) protocollo per una corretta gestione dei farmaci;
- e) protocollo per una corretta gestione della biancheria sporca e pulita e modalità di lavaggio;
- f) protocollo per la prevenzione e cura della scabbia;
- g) protocollo per prevenzione infezioni e parassitosi;
- h) protocollo per pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli ausili, presidi e strumentario medico;
- i) protocollo per la pulizia e sanificazione ambientale;
- j) protocollo per lo smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti nelle strutture.

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

SOCIO SANITARIE PER DISABILI

- R.A.F. tipo A **Residenza Assistenziale Flessibile tipo A;**
- R.A.F. tipo B **Residenza Assistenziale Flessibile tipo B;**
- R.A.F. Centro Diurno Socio-Terapeutico Riabilitativo tipo A;
- R.A.F. Centro Diurno Socio-Terapeutico Riabilitativo tipo B;
- **Centro Diurno Socio-Terapeutico con Nucleo di Residenzialità Notturno;**
- **Comunità Alloggio tipo A;**
- **Comunità Alloggio tipo B;**
- **Gruppo Appartamento tipo A;**
- **Gruppo Appartamento tipo B;**
- **Gruppo Appartamento per Disabili Gravi Motori o Fisici;**
- **Comunità Familiare per Disabili Gravi;**
- **Comunità Socio-Assistenziale per Disabili Gravi.**

Requisiti per l'accreditamento :

Per essere accreditate, oltre al possesso dell'autorizzazione all'apertura e al funzionamento, le strutture residenziali e semiresidenziali socio sanitarie per disabili devono:

- **1/D) possedere una "Carta dei Servizi" e strumenti di comunicazione e trasparenza, i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'Allegato C) del presente provvedimento;**
- **2/D) avere localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio.**

La possibilità di raggiungere facilmente la struttura e di poter parcheggiare è determinante per garantire la continuità e la frequenza delle visite di familiari e conoscenti. In tutte le fasi di erogazione del servizio le strutture devono contribuire alla realizzazione di reti che facilitino l'integrazione sociale della persona con disabilità attraverso l'utilizzo delle risorse del territorio.

- **3/D) rispondere ai requisiti previsti dalla vigente normativa in ordine alla eliminazione delle barriere architettoniche**

Tenuto conto che la condizione degli ospiti è frequentemente caratterizzata da inabilità e invalidità, si richiede - oltre il possesso ed il rispetto dei requisiti circa l'eliminazione delle barriere architettoniche - una organizzazione degli spazi a misura di portatori di handicap. Inoltre, la segnaletica interna deve essere semplice, localizzata in punti ben visibili, chiara, con caratteri di dimensioni tali da poter essere letti anche da chi ha problemi di vista e con un buon contrasto rispetto allo sfondo. Nell'ingresso è richiesta la presenza di

uno schema che spieghi in modo chiaro e semplice la distribuzione degli spazi della struttura.

- **4/D) possedere un sistema di "qualificazione del personale" pianificato sui bisogni formativi del personale in funzione degli obiettivi del servizio**

La programmazione formativa deve essere documentata. I percorsi formativi, sia individuali sia di gruppo, devono riguardare tutte le figure professionali e fornire agli operatori conoscenze teoriche e tecniche utili sia per comprendere la globalità del servizio in relazione alla tipologia dei soggetti assistiti sia per organizzare i vari percorsi delle prestazioni da erogare in funzione dei bisogni specifici. Ogni struttura è tenuta a redigere, entro il mese di gennaio di ogni anno a partire dal 31 Gennaio 2010 per le strutture private, e dal 31 Gennaio 2011 per quelle pubbliche, un programma annuale di formazione/aggiornamento e supervisione del personale indicando:

- 1) argomento, personale coinvolto, durata e numero dei moduli per consentire la più ampia partecipazione degli interessati, tenendo anche conto dei requisiti specifici richiesti per ogni singola area funzionale;
- 2) le risorse finanziarie disponibili per sostenere il piano formativo. Le strutture dovranno possedere idonea documentazione atta a dimostrare lo svolgimento di momenti formativi e di aggiornamento del personale ed il livello di partecipazione, a decorrere dall'inizio del quarto anno di accreditamento, mentre dall'inizio del secondo e del terzo anno la documentazione dovrà essere relativa agli anni precedenti. In ogni caso la programmazione formativa non potrà essere inferiore a quella prevista dai singoli C.C.N.L. applicati nei confronti del personale che opera nella struttura.

- **5/D) Coordinamento con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio**

Possedere un progetto quadro condiviso e sottoscritto con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio

Le Strutture devono svolgere attività di rete con gli altri servizi del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni. Partecipano alla definizione di progetto quadro i seguenti soggetti :

- 1 Unità Valutative Handicap (U.V.H.) per la revisione del Progetto individuale;
- 2 attività riabilitative e protesiche;
- 3) medicina specialistica in struttura;
- 4) residenzialità transitoria/di sollievo.

Qualora la struttura preveda la presenza di volontari ne dovrà curare l'inserimento nelle attività, anche mediante adeguati interventi di tutoraggio e formazione, ed il loro coinvolgimento deve configurarsi come complementare e non sostitutivo delle attività assistenziali. Le modalità di presenza del volontariato nelle strutture devono essere definite nell'ambito di convenzioni tra i soggetti gestori ed i rappresentanti delle organizzazioni e/o associazioni secondo modalità di legge.

- **6/D) adottare programmi e progetti individualizzati (P.I.), calibrati sulla necessità delle singole persone**

I P.I. devono essere definiti e documentati sulla base del Progetto dell'U.V.H. e devono indicare:

- le caratteristiche dell'utente, dei suoi bisogni e del suo contesto familiare e sociale;
- i risultati che si vogliono ottenere;
- la capacità di risposta di ogni singola struttura in termini organizzativi interni e di eventuale integrazione e ricorso ai servizi della rete.

Per ogni P.I. è necessario:

1. indicare l'operatore responsabile dello stesso;
2. indicare l'informazione e il coinvolgimento dell'utente e/o dei suoi familiari;
3. descrivere le attività specifiche, i tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi;
4. realizzare attività di verifica.

Inoltre, deve essere definito e adottato un sistema di valutazione dei risultati sul singolo utente. I dati in *output* da tale sistema devono essere utilizzati per ridefinire il P.I.

L'organizzazione della giornata e delle attività deve tenere in considerazione le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es.: possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali, possibilità di partecipazione alle attività organizzate, ecc.).

- **7/D) adottare strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati**

Le Strutture devono:

- redigere e depositare con cadenza triennale un "Progetto di Gestione del Servizio" i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'allegato C) del presente provvedimento;
- definire strumenti e procedure di rilevamento della qualità percepita e redarre un report annuale di valutazione dei risultati raggiunti nei confronti di ogni ospite, della sua famiglia (laddove possibile) e del committente;
- adottare ed esporre il prospetto settimanale dei turni del personale in servizio nei singoli nuclei residenziali, con il numero e la qualifica degli operatori che devono garantire la presenza.

- **8/D) possedere i seguenti ulteriori requisiti gestionali e organizzativi :**

- a) programma delle attività di supporto psicologico a favore del personale e degli utenti;
- b) presentazione di un documento circa le modalità di sostituzione del responsabile di struttura;
- c) in relazione ai bisogni e alle specifiche condizioni di ogni utente, deve essere assicurata la disponibilità di ausili necessari al soddisfacimento dei bisogni degli utenti;
- d) protocollo per una corretta gestione dei farmaci;

- e) protocollo per una corretta gestione della biancheria sporca e pulita e modalità di lavaggio;
- f) protocollo per la prevenzione e cura della scabbia;
- g) protocollo per prevenzione infezioni e parassitosi;
- h) protocollo per pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli ausili, presidi e strumentario chirurgico;
- i) protocollo per la pulizia e sanificazione ambientale;
- j) protocollo per lo smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti nelle strutture.