ALLEGATO 4

all’istanza di accreditamento

(art. 8 al Regolamento approvato con D.P.Reg. n 0107/2022)

**MODULO DI AUTOVALUTAZIONE DEL POSSESSO DEI REQUISITI**

**PER I SERVIZI SEMIRESIDENZALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI CONVENZIONATI CON IL SSR**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(inserire nome e cognome)*

in qualità di legale rappresentante della Residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(inserire denominazione residenza)*

con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(inserire indirizzo residenza)*

autorizzata all’esercizio come \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*inserire livello autorizzativo*)

per un totale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ posti, di cui n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ convenzionati con l’Azienda sanitaria territorialmente competente.

con la presente, consapevole delle sanzioni penali di cui all’articolo 76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 in caso di false dichiarazioni,

**DICHIARA** quanto segue in elenco

**Legenda**

**E –** requisito essenziale

**C –** requisito conforme

**NC –** requisito non conforme

NA– requisito non applicabile alla propria struttura

**N.B. Ai fini dell’ottenimento dell’accreditamento provvisorio è necessario essere in possesso dei soli requisiti essenziali (contrassegnati con lettera E).**

**La valutazione di tutti i requisiti, essenziali e non, sarà effettuata nel corso del procedimento finalizzato all’ottenimento dell’accreditamento definitivo di cui al CAPO III del Regolamento di accreditamento.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Requisito** | **E** | **Autovalutazione** |
| **REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E GESTIONE DELLE TECNOLOGIE** |
|  | Il Servizio dispone di una adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna e finiture dei locali atte a consentire il facile orientamento spaziale degli utenti |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Negli ambienti è garantita una temperatura non inferiore a 20° C nella stagione invernale e non superiore a 28° C nella stagione estiva. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato un piano per il monitoraggio periodico degli interventi necessari a garantire la sicurezza nel rispetto delle leggi e dei regolamenti di settore  |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il personale è formato e coinvolto per la sicurezza del servizio e dell’ambiente di lavoro |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
| **ORGANIZZAZIONE E DIREZIONE DEL SERVIZIO** |
|  | Il Servizio ha adottato un documento di pianificazione strategica del servizio, coerente con le scelte della programmazione sociosanitaria dell’ambito territoriale di riferimento  |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato un piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità) |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha definito le modalità e gli indicatori utili alla verifica annuale degli obiettivi indicati nella pianificazione e loro sistema di utilizzo  |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio promuove attività di integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio e partecipa a modelli di continuità assistenziale  |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha identificato una figura di coordinamento e collegamento con l’Azienda sanitaria e con gli altri servizi del territorio per garantire la costante e reciproca comunicazione e favorire la continuità assistenziale  | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA**  |
|  | Il Servizio utilizza un modello organizzativo che, anche attraverso l’integrazione con i servizi territoriali delle Aziende Sanitarie, garantisce il lavoro degli operatori deputati all’assistenza secondo le modalità e le logiche dell’équipe multidisciplinare |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA**  |
|  | Il Servizio ha redatto e aggiornato, in caso di variazione, la Carta dei diritti e dei servizi.Il documento descrive almeno:* finalità e principi fondamentali dell’erogazione dei servizi;
* modello organizzativo e sistema della responsabilità;
* modalità di accesso e di erogazione del servizio;
* regole di vita comunitaria;
* impegni assunti nei confronti di utenti e familiari/cargiver;
* servizi offerti e relativi standard di qualità, con evidenza dei servizi posti a carico dell’utente e non ricompresi nella retta;
* modalità di tutela e partecipazione dei residenti e dei loro familiari;
* descrizione di una giornata tipo delle persone prese in carico con indicazione delle attività svolte per fasce orarie.

Il documento deve essere pubblicato sul sito web del Servizio e revisionato periodicamente. | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA**  |
| **SISTEMI INFORMATIVI** |
|  | Il Servizio ha identificato nell’organigramma un responsabile dei sistemi informativi.  |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio garantisce la raccolta, la tracciatura e la trasmissione informatizzata di dati secondo le disposizioni regionali e nazionali tale da permettere il monitoraggio continuo delle attività. | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha definito e regolamentato le procedure di accesso agli archivi nel rispetto delle norme in materia di trattamento dei dati.  | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
| **RISORSE UMANE, STANDARD ASSISTENZIALI, FORMAZIONE** |
|  | Il Servizio ha definito le modalità di sostituzione del personale in caso di assenza |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha definito e messo in atto un percorso di inserimento, affiancamento e valutazione per il nuovo personale, 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. | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio effettua la valutazione dell’efficacia dei programmi di inserimento/affiancamento dei nuovi addetti e l’eventuale miglioramento degli stessi se necessario. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio predispone annualmente il piano di formazione-aggiornamento del personale con indicazione del responsabile e evidenza della partecipazione delle persone alle attività formative previste.Il piano di formazione deve prevedere:* il monitoraggio delle competenze professionali presenti nella struttura;
* la rilevazione dei fabbisogni formativi anche attraverso il coinvolgimento degli operatori;
* la programmazione delle attività formative;
* la valutazione della soddisfazione e dell’efficacia della formazione;
* la condivisione delle conoscenze acquisite;
* la formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione e tecniche strutturate di gestione dei conflitti;
* lo sviluppo di tematiche relative al miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale.
 | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio acquisisce la documentazione comprovante la formazione e l’aggiornamento svolti in relazione all’attività prestata da personale esterno non alle dipendenze dell’ente titolare dell’autorizzazione. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
| **ORGANIZZAZIONE E REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO: PROCESSI, LINEE GUIDA, PROCEDURE** |
|  | Il Servizio ha adottato un programma di animazione periodico con attività ricreative e occupazionali, socio-riabilitative e di partecipazione alla vita sociale e di comunità (incluse eventuali uscite dal Servizio). |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato un programma periodico di attività motoria e di riattivazione funzionale. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato e reso disponibili le procedure per la prescrizione, la somministrazione, l’approvvigionamento e la conservazione dei farmaci. La procedura indica anche le modalità di smaltimento dei farmaci scaduti o mal conservati. | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha definito procedure/istruzioni operative per lo svolgimento delle principali attività di supporto: servizi alberghieri, di trasporto, pulizia degli arredi, delle attrezzature e degli ausili. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha definito modalità di erogazione delle attività clinico-assistenziali nel rispetto dei valori e delle credenze degli utenti. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha regolamentato le modalità per garantire la privacy e la riservatezza dell’utente. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
| **PRESA IN CARICO DEGLI UTENTI** |
|  | Il Servizio ha definito modalità per la presa in carico degli utenti e individuato le relative responsabilità.  |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha definito modalità di accoglienza che tengano in considerazione la gestione dell’impatto emotivo dell’utente e dei familiari al momento dell’ingresso |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha definito una procedura per la definizione, l’attuazione, la valutazione e la riformulazione periodica del Piano di assistenza individuale (PAI) per ogni utente. Il PAI deve essere redatto entro 45 giorni dall’accoglimento dell’utente e riformulato almeno ogni 6 mesi.La procedura di definizione e adeguamento del PAI deve comprendere:* valutazione multidimensionale e/o di funzionalità attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni dell’ospite;
* identificazione dei problemi e delle risorse;
* definizione degli obiettivi, dei risultati attesi e dei tempi per il loro raggiungimento;
* individuazione dell’operatore referente del PAI;
* registrazione dell’equipe che ha partecipato alla stesura del PAI;
* informazione e coinvolgimento dell’utente e/o della famiglia nella definizione del PAI;
* modalità per garantire la presa visione dei PAI da parte di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale;
* formalizzazione del PAI, con la descrizione delle attività specifiche, dei tempi indicativi di realizzazione, della frequenza e della responsabilità degli interventi;
* la realizzazione di attività di verifica sul PAI (procedure, tempi e strumenti);
* ridefinizione degli obiettivi sulla base dei risultati della valutazione.
 |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
| **COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE E CONSENSO** |
|  | Il Servizio si è dotato di un sito web nel quale devono essere pubblicate almeno le seguenti informazioni/documenti:* descrizione del Servizio;
* descrizione dei servizi erogati;
* struttura organizzativa con indicazione dei livelli di responsabilità e coordinamento;
* modalità di accesso, trasferimenti e dimissioni;
* rette praticate con descrizione delle regole di pagamento, dei servizi ricompresi nella retta e di quelli non inclusi con evidenza dei costi aggiuntivi;
* contratto di accoglienza;
* carta dei Servizi e regolamento interno.
 | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA****Indicare link al sito web:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | Sono presenti, oltre il consenso informato, modalità documentate per fornire informazioni con sistematicità sulle condizioni cliniche e i trattamenti previsti, al fine di consentire la partecipazione attiva dell’utente e della famiglia nelle scelte clinico-assistenziali e nel percorsi di cura. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Tutto il personale deve portare un cartellino che ne permetta l’univoca identificazione personale e per qualifica. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
| **VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO E DEGLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALLE PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA** |
|  | Il Servizio ha adottato e diffuso un programma per la prevenzione dei rischi, con l’identificazione di settori, pratiche, procedure e processi potenzialmente rischiosi per utenti, operatori e visitatori, almeno per quanto riguarda cadute, lesioni da pressione, utilizzo di farmaci, rischio infettivo. | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha stabilito e diffuso le modalità per il monitoraggio degli eventi avversi e adottato un sistema di segnalazione. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Gli eventi avversi sono analizzati al fine di ridurre il rischio al minimo accettabile, in una logica gestionale proattiva e i risultati sono comunicati agli operatori. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio implementa le raccomandazioni della rete di Cure Sicure inerenti il proprio settore di attività. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
| **VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'** |
|  | Il Servizio ha designato un Responsabile della qualità con potere di attivare programmi di miglioramento della qualità. | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha approvato e diffuso un piano, almeno triennale, per il miglioramento della qualità che individua l’ordine di priorità dei processi da monitorare e delle attività di miglioramento da implementare e specifica obiettivi, responsabilità, risorse, tempi ed indicatori di verifica.  | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il piano di miglioramento della qualità è sottoposto periodicamente, almeno ogni tre anni, a revisione (coerenza, svolgimento, risultati, costi, ecc.). |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Sono presenti report relativi alle attività di valutazione e delle azioni di miglioramento intraprese a seguito della valutazione |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato modalità esplicite per la comunicazione dei risultati della qualità del servizio alle parti interessate interne ed esterne (es. utenti, familiari/caregiver, operatori e servizi territoriali) |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio garantisce la partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
| **VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE, MODALITA’ DI PREVENZIONE E GESTIONE DEI DISSERVIZI** |
|  | Il Servizio mette in atto attività periodiche di monitoraggio e valutazione finalizzata a migliorare il livello di motivazione e benessere del personale e del clima organizzativo, favorire l’adesione ai cambiamenti organizzativi e prevenire fenomeni di burn out del personale, anche attraverso l’uso di strumenti volti a:* misurare la 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. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio promuove attività di sostegno per gli operatori finalizzate al mantenimento delle motivazioni e delle attitudini personali, delle conoscenze e capacità relazionali, orientate alla prevenzione del fenomeno del burn out. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha stabilito le modalità di ascolto degli utenti e dei loro familiari attraverso la raccolta di segnalazioni/reclami, l’ascolto attivo e/o la valutazione della soddisfazione degli utenti. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio utilizza e diffonde i dati derivanti dall’analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
| **GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE** |
|  | Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all’assistenza attraverso la corretta igiene delle mani. | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano un’adeguata prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza in conformità al programma regionale. | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano un’adeguata prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione. | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione del rischio di danno all’utente a seguito di caduta accidentale. | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale. | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano la valutazione e la gestione del rischio di disidratazione. | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi, auto etero lesivi, da non adesione al trattamento e da volontà di allontanamento della persona assistita in linea con le raccomandazioni regionali per il superamento della contenzione. | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la somministrazione dell’ossigenoterapia. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona portatrice di tracheostomia. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona portatrice di PEG o SNG. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona portatrice di stomie a scopo evacuativo o per eliminazione urinaria. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona con ausili per l’incontinenza. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
| **GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SOCIOSANITARIA** |
|  | Per ogni utente è presente un fascicolo sociosanitario contenente la raccolta delle informazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali di ciascun utente  | **E** | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato istruzioni operative per la compilazione del fascicolo sociosanitario comprensiva almeno di:* modalità di redazione, aggiornamento, conservazione e verifica della documentazione;
* definizione dei tempi di accesso alla stessa da parte di utenti e/o famigliari/caregiver, previo consenso da parte dell’interessato;
* identificazione delle responsabilità per la compilazione;
* modalità di trasmissione dei dati clinico-assistenziali al fine di assicurare la gestione interdisciplinare e interprofessionale dei bisogni sanitari e assistenziali.
 |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Nel fascicolo sociosanitario sono disponibili almeno le seguenti informazioni:* valutazione multidimensionale e/o di funzionalità attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell’ospite al momento dell’ammissione, dimissione e con periodicità stabilita;
* anamnesi ed esame obiettivo;
* prescrizioni diagnostiche;
* prescrizioni e somministrazioni terapeutiche; nel caso di prescrizione di psicofarmaci riscontro del coinvolgimento del Servizio inviante;
* annotazioni sul decorso clinico dell’utente ed eventuali rivalutazioni dello stesso;
* reazioni avverse;
* valutazione del dolore, la terapia antalgica e il risultato antalgico;
* registrazione, all’accoglimento e durante il soggiorno nel Servizio, di dati di tipo assistenziale;
* registrazione di interventi valutativi ed assistenziali di tutti i professionisti ed operatori dell’equipe multiprofessionale e multidisciplinare;
* consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto;
* referti/rapporti di consulenza.
 |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha formalizzato e messo in atto modalità per garantire la privacy, la riservatezza delle informazioni, la gestione della sicurezza nell’accesso e la tenuta della documentazione sociosanitaria, compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |
|  | Il Servizio ha adottato e attua procedure per il monitoraggio e la verifica periodica della completezza nella compilazione del fascicolo. |  | [ ]  **C** [ ]  **NC** [ ]  **NA** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Luogo e Data Firma del/la Dichiarante**