



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

**ACCREDITAMENTO STRUTTURE
RESIDENZIALI
E SERVIZI SEMIRESIDENZIALI
PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità



D.P.Reg. n°107 del 18/08/2022

Regolamento per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti in attuazione dell'articolo 64 della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22



FASE TRANSITORIA (TITOLO II)

Accreditamento provvisorio

Accreditamento definitivo



DESTINATARI

Ai sensi dell'articolo 8, comma 16 della legge regionale 16/2021, la fase transitoria riguarda le **strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti convenzionate con il Servizio sanitario regionale.**



DURATA

Si conclude entro 3 anni dalla data di entrata in vigore del regolamento.

Data entrata in vigore: 01/09/2022 (giorno successivo alla data di pubblicazione sul BUR n. 35 del 31/08/2022).

Conclusione fase transitoria: 31/08/2025



ACCREDITAMENTO PROVVISORIO

Presentazione delle istanze

- Entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del regolamento (termine prorogato al **30/06/2023, ex art.8 co.26 l.r. 15/2022**), i titolari dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture interessate presentano alla DC Salute istanza di accreditamento **con modalità web (apposito applicativo gestionale SAOSS)**
- Nelle more dell'attivazione del sistema informatizzato di cui al comma 1, l'istanza di accreditamento e la documentazione ad essa allegata vengono presentate tramite posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo: salute@certregione.fvg.it



ACCREDITAMENTO PROVVISORIO

Istruttoria

- Ciascun procedimento di accreditamento provvisorio si conclude **entro 180 gg** dal ricevimento dell'istanza:
 - ipotesi presentazione ultima istanza: 30/06/2023
 - ipotesi conclusione ultimo procedimento: 27/12/2023

- Al completamento dei procedimenti: approvazione **elenco regionale** delle strutture accreditate in via provvisoria



ACCREDITAMENTO DEFINITIVO

Istruttoria

- Avvio procedimenti di accreditamento definitivo: **d'ufficio**, entro 90 giorni dall'approvazione dell'elenco regionale delle strutture accreditate in via provvisoria, sulla base della programmazione della DC Salute
- Per ciascun procedimento, la DC Salute procede alla **costituzione del gruppo di valutazione incaricato di effettuare le verifiche documentali e gli accertamenti in loco**, finalizzati al rilascio dell'accREDITAMENTO definitivo e concorda con la struttura la data del sopralluogo
- Il GDL procede agli **accertamenti in loco** (uno o più sopralluoghi, in base alla complessità organizzativa della struttura da accreditare)



REGIME ORDINARIO

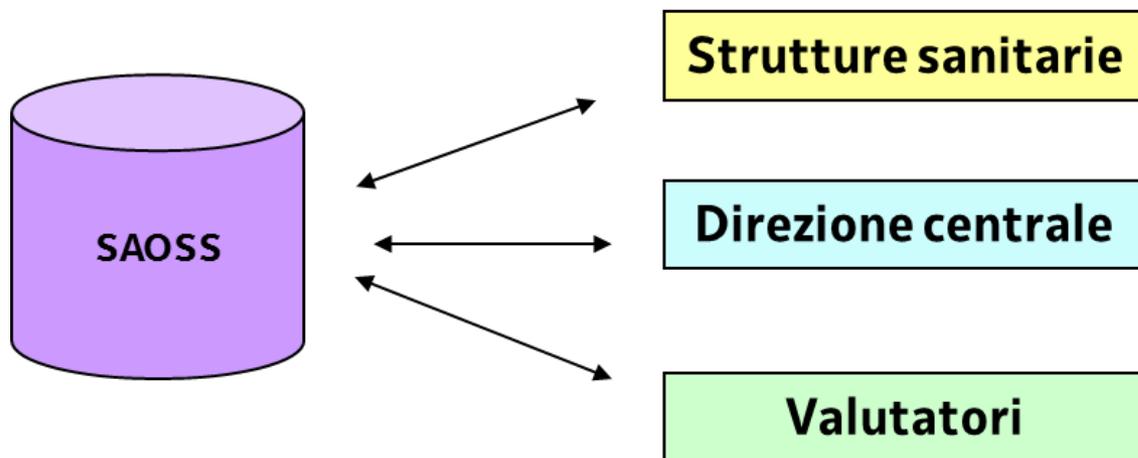
- ❑ **Nuovi accreditamenti:** sulla base di appositi avvisi adottati dalla DC Salute, in conformità al fabbisogno regionale
- ❑ **Rinnovo accreditamenti:** su richiesta della struttura interessata (istanza presentata entro sei mesi dalla scadenza del decreto di accreditamento definitivo)
- ❑ **Integrazione dell'accREDITAMENTO:** ampliamento, trasferimento, cambio titolarità, cambio denominazione



SISTEMA INFORMATICO SAOSS

FINALITA' DEL SISTEMA

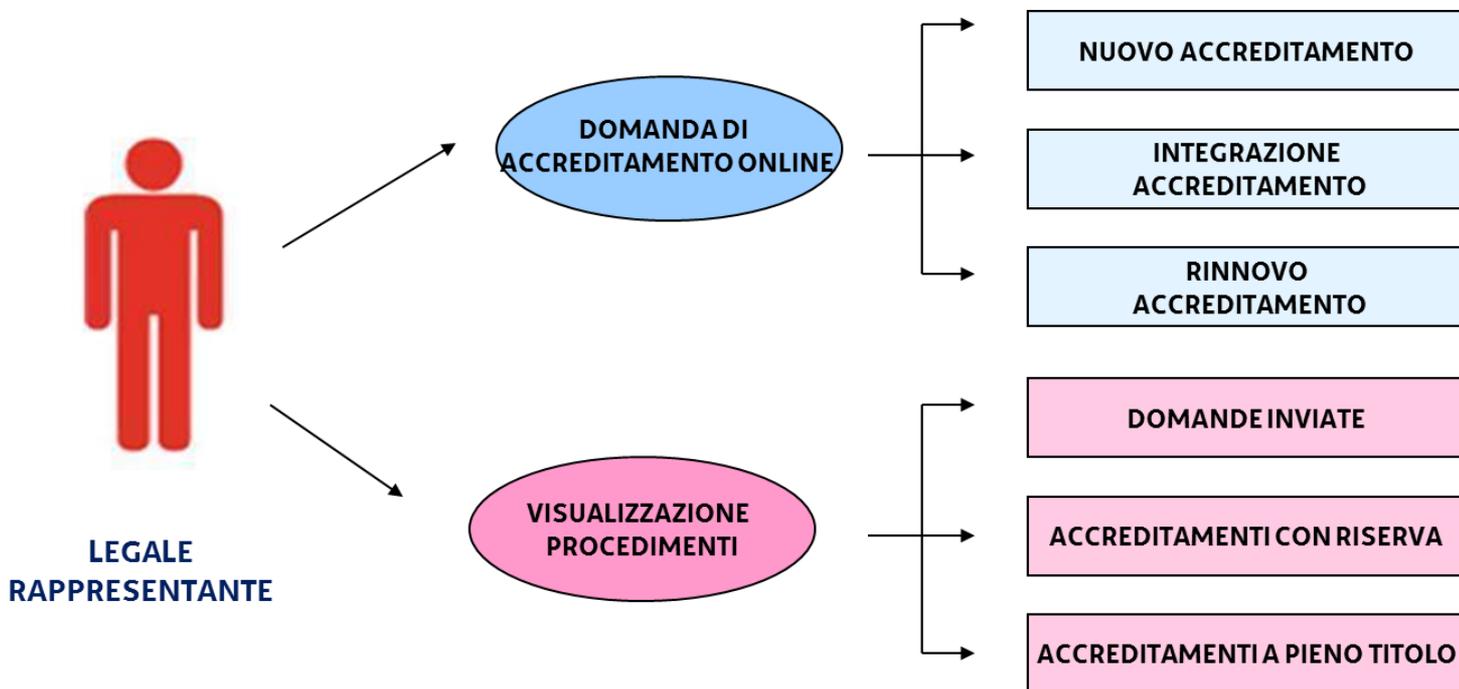
Connettere tutti gli utenti che partecipano al processo di accreditamento con diversi profili di accesso





SISTEMA INFORMATICO SAOSS

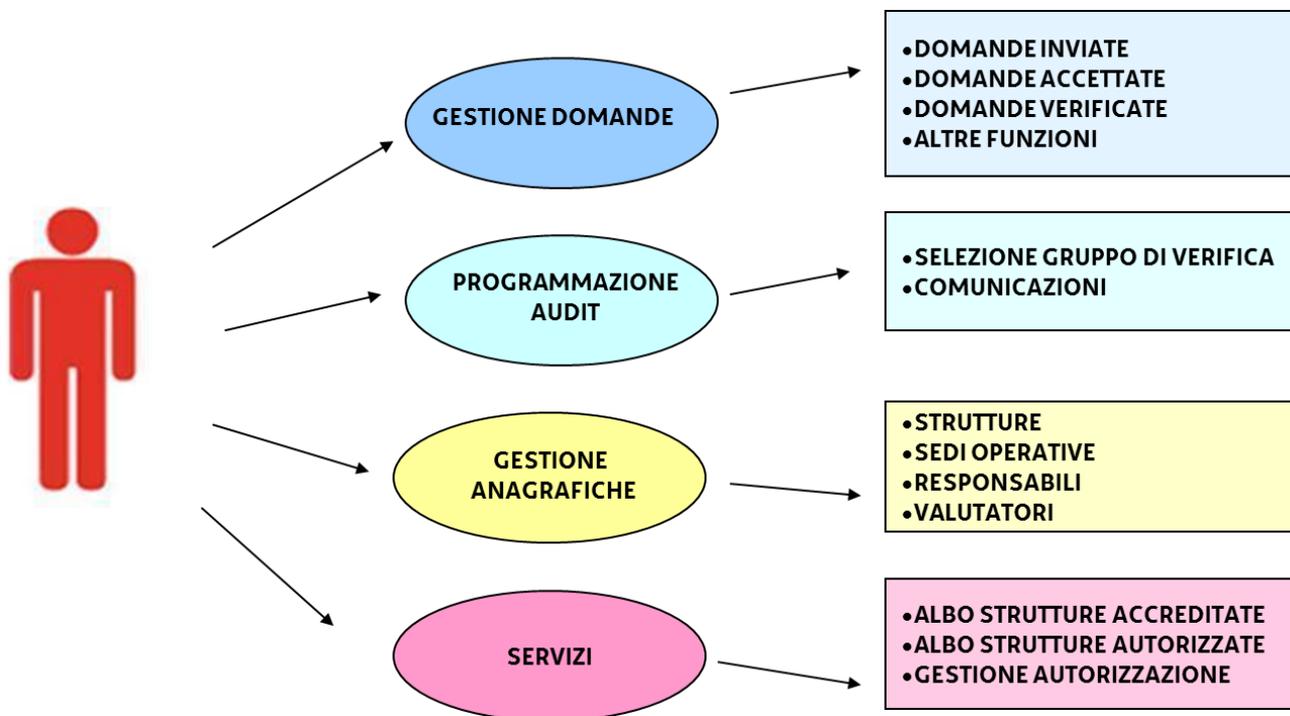
PROFILO STRUTTURA RICHIEDENTE





SISTEMA INFORMATICO SAOSS

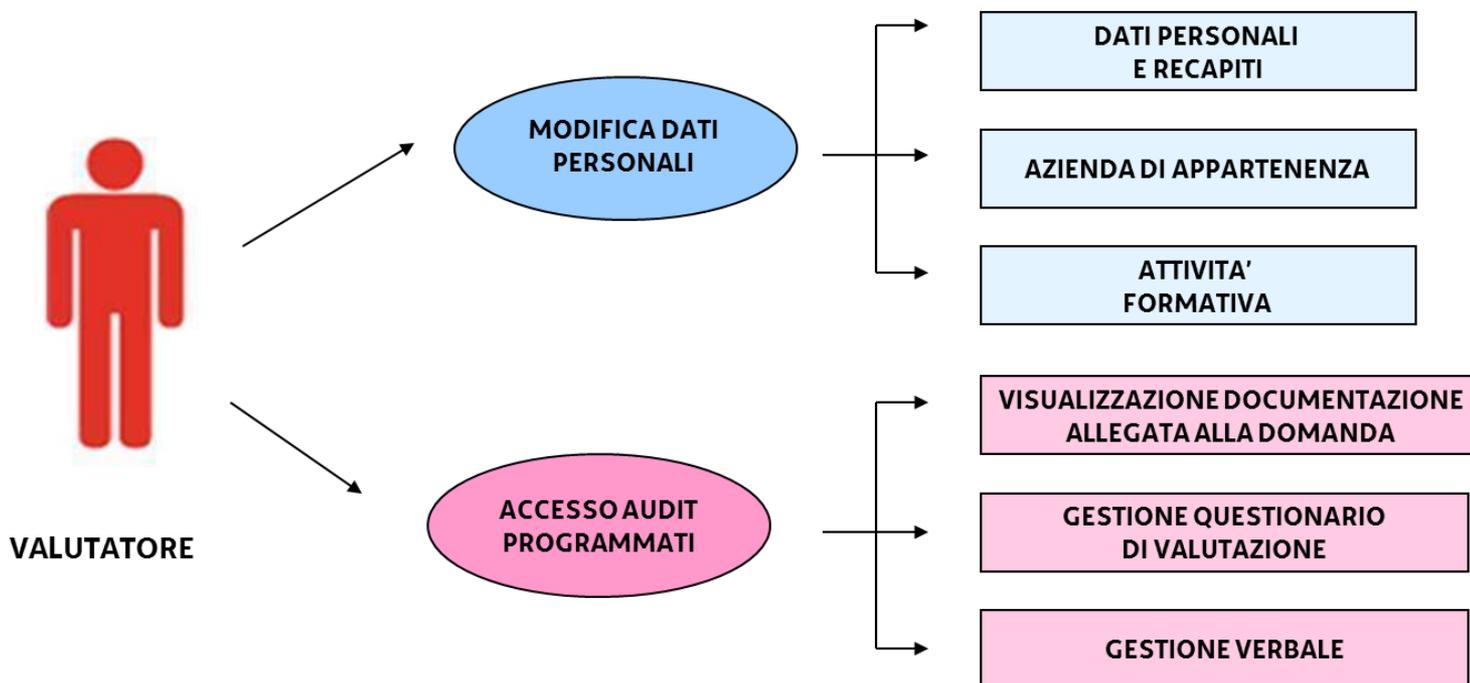
PROFILO DIREZIONE CENTRALE SALUTE





SISTEMA INFORMATICO SAOSS

PROFILO VALUTATORE





FOCUS: REQUISITI ESSENZIALI

ALCUNE INDICAZIONI GENERALI

- ❑ **Validità documenti:** 3 anni dalla presentazione dell'istanza (laddove non diversamente specificato, es. piano della formazione SR22); obbligo di aggiornamento; il documento riporta la data di approvazione/adozione o dell'eventuale rinnovo/revisione

- ❑ **Linee guida regionali:** forniscono indicazioni ma non sostituiscono la procedura interna adottata dalla singola struttura (es. procedure per la prevenzione delle infezioni, SR58; prevenzione e trattamento lesioni da pressione, SR59)

- ❑ **Protocolli aziendali:** procedure adottate dall'Azienda sanitaria e condivise con gli enti gestori



ORGANIZZAZIONE E DIREZIONE DELLA STRUTTURA – FIGURA DI COORDINAMENTO CON AZIENDA SANITARIA

SR11	La Residenza 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
EVIDENZE	<ul style="list-style-type: none">• Documento che individua nominativamente il responsabile del coordinamento e collegamento con l’Azienda sanitaria e altri servizi territoriali e stabilisce le sue responsabilità.• Presenza di lettera d’incarico o altro documento formale che descrive compiti e responsabilità della persona individuata.• Il documento deve essere aggiornato almeno ogni 3 anni e riportare la data dell’adozione o dell’ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell’aggiornamento del documento si prende in considerazione la data di presentazione dell’istanza di accreditamento provvisorio).• Tale ruolo può essere svolto da qualsiasi figura professionale.• Può essere allegata job description laddove nella lettera d’incarico/altro documento non siano descritti compiti e responsabilità svolti da tale figura.



ORGANIZZAZIONE E DIREZIONE DELLA STRUTTURA – CARTA DEI SERVIZI

SR13

La Residenza 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/caregiver
- 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 della Residenza e revisionato periodicamente.

EVIDENZE

- Carta dei servizi (contenente almeno le informazioni indicate al requisito SR13).
- Carta dei diritti e dei doveri.
- Può essere anche un unico documento contenente sia la carta dei servizi che la carta di diritti e dei doveri.
- Il documento deve essere aggiornato almeno ogni 3 anni e riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento del documento si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio).
- Il/i documento/i deve/devono essere pubblicato/i nella versione più aggiornata sul sito web dell'ente.



SISTEMI INFORMATIVI – TRASMISSIONE DATI

SR15

La Residenza 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.

EVIDENZE

- Protocolli scritti per la garanzia della sicurezza e della privacy nella raccolta, trasmissione e tracciamento dei dati (nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali).
- Debito informativo minimo richiesto attraverso l'utilizzo dei sistemi informativi SIRA-FVG e GeNeSys secondo le linee operative emanate dalla Direzione regionale competente con Decreto n. 1258/SPS del 23.04.2021 e ss.mm.ii., assolto (NB: verifica effettuata a cura della Direzione centrale salute).



SISTEMI INFORMATIVI – PROCEDURE DI ACCESSO

SR16

La Residenza ha definito e regolamentato le procedure di accesso agli archivi nel rispetto delle norme in materia di trattamento dei dati.

EVIDENZE

- Procedure di accesso agli archivi dati nel rispetto delle norme in materia, con evidenza di almeno:
 - Sistema di gestione dei responsabili e degli incaricati al trattamento dei dati.
 - Sistema di gestione delle password.
 - Procedure per il trattamento dei dati.
 - Documento programmatico sulla sicurezza.
- La documentazione deve essere aggiornata almeno ogni 3 anni e riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento della documentazione si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio).
- Le procedure devono definire le modalità di accesso agli archivi sia di tipo cartaceo che digitali.
- Le procedure devono definire le modalità di accesso agli archivi sia per il personale interno che per soggetti esterni all'organizzazione.

Accreditamento definitivo:

Al momento della visita tali procedure sono conosciute e rispettate dagli operatori della struttura (colloqui/ interviste/ documenti firmati per presa visione).



RISORSE UMANE, STANDARD ASSISTENZIALI, FORMAZIONE – MINUTAGGI N2

SR17

La Residenza garantisce almeno 90,2 minuti complessivi di assistenza al giorno per posto letto di tipologia N2 occupato di cui:

- almeno 6 minuti di assistenza infermieristica al giorno per ospite
- almeno 75 minuti di assistenza di base al giorno per ospite
- almeno 5 minuti di assistenza riabilitativa al giorno per ospite
- almeno 4,2 minuti di attività di animazione al giorno per ospite

EVIDENZE

- Dal piano dei turni del personale (facsimile allegato D), si ha evidenza di una pianificazione del lavoro nel rispetto dei minutaggi minimi di cui al requisito SR17.
- Il piano dei turni deve riguardare tutto il personale impiegato per garantire l'assistenza richiesta dai regolamenti di autorizzazione e accreditamento, ossia personale infermieristico, riabilitativo, addetto all'assistenza di base alla persona, addetto alle attività di animazione.
- Dai dati registrati nel gestionale SIRA-FVG relativi al primo trimestre successivo alla data di presentazione dell'istanza di accreditamento, si ha evidenza del rispetto dei minutaggi minimi di cui al requisito SR17 previsti per i posti letto di tipologia N2 occupati (dati sull'occupazione ricavati dalla funzionalità "Gestione utenza" e dati sulle ore garantite dal personale della struttura ricavati dalla funzionalità "Personale – Ore trimestrali").



RISORSE UMANE, STANDARD ASSISTENZIALI, FORMAZIONE – NUOVO PERSONALE

SR20	La Residenza 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.
EVIDENZE	<ul style="list-style-type: none">• Procedura/altro documento scritto descrittivo delle modalità previste per l'inserimento, affiancamento e valutazione del nuovo personale impiegato. La procedura deve riguardare anche il personale non direttamente alle dipendenze dell'ente titolare dell'autorizzazione (es. personale dipendente ditta appaltatrice).• La documentazione deve essere aggiornata almeno ogni 3 anni e riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento della documentazione si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio). <p>Accreditamento definitivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Al momento della visita tali procedure sono conosciute e rispettate dagli operatori della struttura (colloqui/ interviste/documenti firmati per presa visione).• Documentazione cartacea e/o elettronica da consegnare al personale di nuova acquisizione: almeno contratti di lavoro e/o regolamenti, organizzazione, tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, tutela della privacy, umanizzazione.



RISORSE UMANE, STANDARD ASSISTENZIALI, FORMAZIONE – PIANO DELLA FORMAZIONE

SR22	<p>La Residenza 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:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.
EVIDENZE	<ul style="list-style-type: none">• Piano annuale della formazione e aggiornamento del personale contenente almeno le procedure e attività previste dal requisito SR22.• Il piano della formazione deve essere riferito all'anno in corso e quindi per l'accREDITAMENTO provvisorio al 2023. <p>AccREDITAMENTO definitivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Evidenze documentali dell'effettiva partecipazione del personale ai corsi di formazione e aggiornamento.• Lettere, convocazioni, verbali di riunioni per la programmazione dell'attività formativa.• Attestati di partecipazione ad attività formative, anche all'estero, fogli firme dell'attività formativa interna.• Dossier formativo individuale e di gruppo, rapporto sulle attività formative svolte.



ORGANIZZAZIONE E REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO – PROCEDURE FARMACI

SR27

La Residenza 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.

EVIDENZE

- Procedure scritte per prescrizione, somministrazione, approvvigionamento e conservazione dei farmaci, con indicazioni delle modalità di smaltimento dei farmaci scaduti o mal conservati.

Accreditamento definitivo:

- Al momento della visita le procedure sono conosciute e rispettate dagli operatori della struttura (colloqui/interviste/documenti firmati per presa visione).



CONTINUITA' ASSISTENZIALE - PROCEDURE

SR35

La Residenza ha formalizzato e messo in atto protocolli/procedure per la continuità assistenziale degli utenti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno della Residenza, delle dimissioni degli utenti e delle riammissioni, nonché gestione degli eventuali ricoveri in ospedale – programmati o d'urgenza – e loro rientro), nonché per la gestione della comunicazione ai familiari in caso di ricovero in ospedale, aggravamento o decesso dell'utente.

EVIDENZE

- Protocolli/procedure scritti per la garanzia della continuità assistenziale.
- Protocolli/procedure adottati per le comunicazioni con i familiari sulle condizioni dell'utente.
- La documentazione deve essere aggiornata almeno ogni 3 anni e riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento della documentazione si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio).

Accreditamento definitivo:

- Al momento della visita i protocolli/procedure sono conosciuti e rispettati dagli operatori della struttura (colloqui/ interviste/documenti firmati per presa visione).



COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE, CONSENSO – SITO WEB

SR39

La Residenza si è dotata di un sito web nel quale devono essere pubblicate almeno le seguenti informazioni/documenti:

- livello autorizzativo posseduto, tipologia di nuclei autorizzati e capacità ricettiva
- descrizione della struttura (spazi individuali e spazi collettivi)
- 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

EVIDENZE

- All'interno del sito web della Residenza sono riportate almeno le informazioni indicate al requisito SR39.
- La documentazione pubblicata deve essere aggiornata almeno ogni 3 anni e riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento della documentazione si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio).



GESTIONE DEL RISCHIO ED EVENTI AVVERSI – PROGRAMMA PREVENZIONE DEI RISCHI

SR42	La Residenza 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.
EVIDENZE	<ul style="list-style-type: none">• Documento su analisi dei rischi per utenti, operatori e visitatori, almeno per ogni settore indicato al requisito SR42.• Note informative per utenti, operatori e visitatori sui rischi ai quali possono andare incontro all'interno della struttura.• La documentazione deve essere aggiornata almeno ogni 3 anni e riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento della documentazione si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio). <p>Accreditamento definitivo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Al momento della visita le note informative con le indicazioni dei rischi potenziali sono disponibili per utenti, visitatori e operatori; affissione di idonei cartelli/segnaletiche nei punti individuati come a rischio potenziale.



VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO QUALITA' – RESPONSABILE DELLA QUALITA'

SR46

La Residenza ha designato un Responsabile della qualità con potere di attivare programmi di miglioramento della qualità.

EVIDENZE

- Documento che individua nominativamente il responsabile della qualità con potere di attivare programmi di miglioramento della qualità.
- Presenza di lettera d'incarico o altro documento formale che descrive compiti e responsabilità della persona individuata.
- Il documento deve essere aggiornato almeno ogni 3 anni e riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento del documento si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio).
- Può essere allegata job description laddove nella lettera d'incarico/altro documento non siano descritti compiti e responsabilità svolti da tale figura.



VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO QUALITA' – PIANO TRIENNALE

SR47

La Residenza 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.

EVIDENZE

- Piano di miglioramento della qualità (triennale) contenente almeno le informazioni previste al requisito SR47.
- Per l'anno 2023, individuazione di almeno un obiettivo di miglioramento rispetto ad una criticità rilevata all'interno della struttura, con evidenziazione delle responsabilità, delle risorse, dei tempi e degli indicatori (misurabili) per la verifica del raggiungimento dell'obiettivo.

Accreditamento definitivo:

- Al momento della visita il Piano di miglioramento della qualità è conosciuto e rispettato.
- Verifica in loco del raggiungimento dell'obiettivo/degli obiettivi indicato/i nel piano di miglioramento della qualità.



GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE – IGIENE MANI

SR57

La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani.

EVIDENZE

- Procedura scritta per corretta igiene delle mani.
- La procedura deve essere aggiornata almeno ogni 3 anni. Il documento deve riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento della documentazione si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio).

Accreditamento definitivo:

- Il documento è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento.
- Al momento della visita la procedura è conosciuta e rispettata.
- Presenza di poster nei luoghi ove si esegue l'igiene delle mani, dispenser di soluzione alcolica disponibili per utenti e visitatori.



GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE – PREVENZIONE INFEZIONI

SR58

La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano un'adeguata prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in conformità al programma regionale.

EVIDENZE

- Procedura scritta per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, in linea con il programma regionale, con indicazione almeno delle precauzioni standard adottate.
- La procedura deve essere aggiornata almeno ogni 3 anni. Il documento deve riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento della documentazione si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio).

Accreditamento definitivo:

- Il documento è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento.
- Al momento della visita la procedura è conosciuta e rispettata dagli operatori della struttura (colloqui/ interviste).



GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE – LESIONI DA PRESSIONE

SR59

La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano un'adeguata prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione.

EVIDENZE

- Procedura scritta per la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione.
- La procedura deve essere aggiornata almeno ogni 3 anni. Il documento deve riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento della documentazione si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio).

Accreditamento definitivo:

- Il documento è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento.
- Al momento della visita la procedura è conosciuta e rispettata dagli operatori della struttura (colloqui/ interviste).



GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE – CADUTA ACCIDENTALE

SR60

La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione del rischio di danno all'utente a seguito di caduta accidentale.

EVIDENZE

- Procedura scritta per la prevenzione del rischio di danno all'utente a seguito di caduta accidentale.
- Sistema di segnalazione e registrazione delle cadute.
- La procedura deve essere aggiornata almeno ogni 3 anni. Il documento deve riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento della documentazione si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio).

Accreditamento definitivo:

- Il documento è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento.
- Al momento della visita la procedura è conosciuta e rispettata dagli operatori della struttura (colloqui/ interviste).



GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE – RISCHIO NUTRIZIONALE

SR61

La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale.

EVIDENZE

- Procedura scritta per la garanzia della valutazione e gestione del rischio nutrizionale.
- La procedura deve essere aggiornata almeno ogni 3 anni. Il documento deve riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento della documentazione si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio).

Accreditamento definitivo:

- Il documento è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento.
- Al momento della visita vi è evidenza della presenza, nel fascicolo sanitario dell'utente, della valutazione del rischio nutrizionale. Se presente, nel fascicolo sociosanitario dell'utente deve esserci un piano nutrizionale parametrato al rischio valutato.
- Al momento della visita la procedura è conosciuta e osservata ed è rispettato il programma di idratazione della persona a rischio dagli operatori della struttura (colloqui/interviste).



GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE – RISCHIO DISIDRATAZIONE

SR62

La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano la valutazione e la gestione del rischio di disidratazione.

EVIDENZE

- Procedura scritta per la garanzia della valutazione e gestione del rischio di disidratazione.
 - La procedura deve essere aggiornata almeno ogni 3 anni. Il documento deve riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento della documentazione si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio).
- Accreditamento definitivo:**
- Il documento è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento.
 - Al momento della visita vi è evidenza della presenza, nel fascicolo sanitario dell'utente, della valutazione del rischio di disidratazione. Se presente, nel fascicolo sociosanitario dell'utente deve esserci, un programma di idratazione che prevede:
 - programmazione oraria delle somministrazioni dei liquidi;
 - programma quantitativo dei liquidi da assumere;
 - documentazione scritta dei liquidi introdotti.
 - Al momento della visita la procedura è conosciuta e osservata ed è rispettato il programma di idratazione della persona a rischio dagli operatori della struttura (colloqui/interviste).



GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE – SITUAZIONI ASSISTENZIALI DIFFICILI

SR64

La Residenza 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.

EVIDENZE

- Procedura scritta per la prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi, auto etero lesivi, da non adesione al trattamento, da volontà di allontanamento della persona assistita (in conformità con le raccomandazioni regionali per il superamento della contenzione).
- La procedura deve essere aggiornata almeno ogni 3 anni. Il documento deve riportare la data dell'adozione o dell'ultima revisione. (Ai fini della valutazione dell'aggiornamento della documentazione si prende in considerazione la data di presentazione dell'istanza di accreditamento provvisorio).

Accreditamento definitivo:

- Il documento è a disposizione di tutti gli operatori in un luogo noto e facilmente accessibile in ogni momento.
- Al momento della visita la procedura è conosciuta e rispettata dagli operatori della struttura (colloqui/ interviste).



GESTIONE DOCUMENTAZIONE SOCIOSANITARIA – FASCICOLO

SR70

Per ogni utente è presente un fascicolo sociosanitario contenente la raccolta delle informazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali di ciascun utente

EVIDENZE

- Evidenza documentale del Fascicolo sociosanitario di ogni utente.
- N.B. Ai fini dell'accREDITAMENTO provvisorio sarà sufficiente dichiarare la conformità al requisito nel modulo di autovalutazione (allegato A).
- La verifica effettiva (a campione) verrà effettuata in sede di visita in loco.



Grazie per l'attenzione