



STAR - Sistema telematico di accettazione regionale

PRATOVECCHIO-STIA

Unione Comuni Montani del Casentino

Pratica n. 02095920514-29032024-1101



Documento di Autovalutazione - Struttura semiresidenziale per persone disabili (MOD 2)

Modello 2 - Struttura semiresidenziale per persone disabili ¹

Autovalutazione

Il/la sottoscritto/a, in qualità di legale rappresentante della seguente struttura:

Denominata

Il Pesciolino Rosso

Indicare la denominazione che risulta sull'atto di Autorizzazione al funzionamento

di tipo:

residenziale

semiresidenziale

Attenzione: è possibile selezionare solo una delle opzioni residenziale, semiresidenziale

- Struttura residenziale per persone anziane non autosufficienti (Residenza Sanitaria Assistenziale)
- Struttura residenziale per persone disabili gravi con attestazione di gravità (Residenza Sanitaria assistenziale per Disabili)
- Struttura residenziale a carattere comunitario per persone a rischio psico-sociale e/o in condizioni di disagio relazionale
- Struttura residenziale a carattere comunitario per persone adulte disabili prevalentemente non in situazione di gravità (Comunità alloggio protetta)
- Struttura residenziale a carattere comunitario per persone adulte disabili con disabilità grave non determinata dal naturale invecchiamento. (Dopo di Noi) (Comunità alloggio protetta)
- Struttura residenziale multiutenza
- Struttura residenziale per l'accoglienza ed il trattamento di persone dipendenti da sostanze da abuso
- Centro di pronta accoglienza per minori
- Casa di accoglienza e gruppo appartamento
- Comunità familiare
- Comunità a dimensione familiare
- Gruppo appartamento per adolescenti e giovani
- Struttura semiresidenziale per persone anziane
- Struttura semiresidenziale per persone disabili
- Struttura semiresidenziale per minori

Accreditata in data 18/04/2014

TRASMETTE

La documentazione di Autovalutazione per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti finalizzata all'individuazione di eventuali azioni correttive per il miglioramento continuo della qualità sulla base degli indicatori previsti nel testo coordinato della DGR 245 del 15/3/2021 pubblicato sul Supplemento al BURT n. 49 del 09.12.2021 risultante di tutte le modifiche apportate con le Delibere GG.RR. 289 del 22/3/2021, 918 del 6/9/2021 e 1239 del 22/11/2021.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che la documentazione di Autovalutazione per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti deve essere trasmessa, a pena di decadenza, in regime transitorio entro un anno dalla data di comunicazione di adeguamento per le strutture già accreditate, ovvero entro un anno dalla data di istanza di accreditamento istituzionale, e successivamente con periodicità annuale.

Per scambio rapido di comunicazioni indicare l'indirizzo email della Struttura: indirizzo mail

La verifica dell'attività svolta deve essere effettuata dalla struttura entro un anno dalla data di presentazione dell'istanza di accreditamento istituzionale o dalla data di comunicazione di adeguamento per le strutture già accreditate e successivamente con periodicità annuale

Periodi di riferimento

Delibera n. 245 del 15/03/2021: definizioni di giorno/mese/anno indice

Per anno indice si intende l'intero anno solare (1 gennaio – 31 dicembre), antecedente al momento dell'autovalutazione

Per mese indice si intende l'intero mese di marzo, antecedente al momento dell'autovalutazione

Per giorno indice si intende l'intera giornata del 1 marzo, antecedente al momento dell'autovalutazione

Organizzazione del servizio SSD

Aggiornamento della carta dei servizi

La carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona assistita e/o a chi la rappresenta legalmente e sono diffusi.

FONTE DOCUMENTALE: Carta dei servizi e verbale d'incontro.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

STANDARD ATTESO: Almeno ogni due anni.



Standard raggiunto

Note

Conoscenza del piano complessivo delle attività e dei risultati attesi da parte del personale della struttura

E' definito un piano complessivo delle attività e dei risultati attesi basato sulla qualità e sicurezza delle cure e dell'assistenza e sulla rete territoriale di riferimento. Il piano è redatto con l'apporto delle diverse figure professionali ed è portato a conoscenza di tutto il personale

FONTE DOCUMENTALE: Questionario di clima interno e report sintetico di analisi dei risultati.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine di clima interno.

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Conoscenza della giornata tipo per le persone assistite e per chi le rappresenta legalmente

E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività svolte, per fasce orarie, dalle persone accolte. Il documento è aggiornato e reso disponibile alle persone assistite e/o a chi le rappresenta legalmente ed è diffuso.

FONTE DOCUMENTALE: Questionario di soddisfazione e report sintetico di analisi dei risultati.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine di rilevazione della qualità dei servizi.

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Percorso assistenziale SSD

Aggiornamento delle cartelle personali

Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta una cartella personale, costantemente aggiornata, che tiene conto della sua storia di vita, dei suoi bisogni e della sua situazione familiare e condizione di salute.

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) = Standard raggiunto Note

Periodo di osservazione: aree di analisi

Dal giorno dell'ingresso, è effettuato un periodo di osservazione delle condizioni della persona accolta finalizzata all'elaborazione del progetto personalizzato.

FONTE DOCUMENTALE: Schede di osservazione.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 mese indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) = Standard raggiunto Note

Tempestività

Il progetto personalizzato, redatto dopo il periodo di osservazione e comunque entro i primi 30 gg dall'inserimento, è elaborato sulla base del progetto dei servizi territoriali e degli esiti del periodo di osservazione. Il progetto è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente.

FONTE DOCUMENTALE: Progetto personalizzato.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 mese indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	0	Denominatore	0	Indicatore	0	Standard atteso (%) =	100	<input type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note	Non ci sono stati ingressi nel mese di marzo 2023
------------	---	--------------	---	------------	---	-----------------------	-----	---	------	---

Contenuti dei Progetti personalizzati

Il progetto personalizzato, redatto dopo il periodo di osservazione e comunque entro i primi 30 gg dall'inserimento, è elaborato sulla base del progetto dei servizi territoriali e degli esiti del periodo di osservazione. Il progetto è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente.

FONTE DOCUMENTALE: Progetto personalizzato.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 mese indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	0	Denominatore	0	Indicatore	0	Standard atteso (%) =	100	<input type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note	Non ci sono stati ingressi nel mese di marzo 2023
------------	---	--------------	---	------------	---	-----------------------	-----	---	------	---

Condivisione dei Progetti personalizzati

Il progetto personalizzato, redatto dopo il periodo di osservazione e comunque entro i primi 30 gg dall'inserimento, è elaborato sulla base del progetto dei servizi territoriali e degli esiti del periodo di osservazione. Il progetto è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente.

FONTE DOCUMENTALE: Progetto personalizzato.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 mese indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	0	Denominatore	0	Indicatore	0	Standard atteso (%) =>	80	<input type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note	Non ci sono stati ingressi nel mese di marzo 2023
------------	---	--------------	---	------------	---	------------------------	----	---	------	---

Verifica del progetto personalizzato almeno semestrale

Il progetto personalizzato delle persone accolte è verificato e condiviso con l'assistito e/o con chi lo rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali almeno ogni sei mesi.

FONTE DOCUMENTALE: Progetto personalizzato.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	9	Denominatore	9	Indicatore	100	Standard atteso (%) =	100	<input checked="" type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note	
------------	---	--------------	---	------------	-----	-----------------------	-----	--	------	--

Condivisione della verifica del progetto personalizzato con l'assistito e/o con chi lo rappresenta legalmente

Il progetto personalizzato delle persone accolte è verificato e condiviso con l'assistito e/o con chi lo rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali almeno ogni sei mesi.

FONTE DOCUMENTALE: Progetto personalizzato.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) = Standard raggiunto Note

Continuità percorso assistenziale: MMG

La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura.

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale, Diario clinico e scheda terapia.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) = Standard raggiunto Note

Continuità percorso assistenziale: accessi al PS

La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura.

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale, Documento di sintesi clinica e sociale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) = Standard raggiunto Note

Continuità percorso assistenziale: visite specialistiche

La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura.

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale, Referti delle visite specialistiche.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) = Standard raggiunto Note

Continuità percorso assistenziale: ricoveri programmati

La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura.

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale, Lettere di dimissione del ricovero ospedaliero.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	0	Denominatore	9	Indicatore	0	Standard atteso (%) =	100	<input type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note	Non ci sono stati ricoveri programmati nel periodo di riferimento
------------	---	--------------	---	------------	---	-----------------------	-----	---	-------------	---

Continuità percorso riabilitativo: Numero di incontri con scuole e/o altre istituzioni e/o agenzie formative nel periodo di riferimento

La continuità del percorso riabilitativo è garantita attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento.

FONTE DOCUMENTALE: Verbali degli incontri.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	9	Indicatore	9	Standard atteso >=	13	<input type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note	Il numero degli incontri è pari al numero degli utenti che frequentano il centro che è inferiore a 13
------------	---	------------	---	--------------------	----	---	-------------	---

Continuità percorso riabilitativo: Numero incontri con Associazioni del Terzo Settore finalizzati alle attività riabilitative

La continuità del percorso riabilitativo è garantita attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento.

FONTE DOCUMENTALE: Verbali degli incontri.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	6	Indicatore	6	Standard atteso >=	6	<input checked="" type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note	
------------	---	------------	---	--------------------	---	--	-------------	--

Comunicazione delle dimissioni

Le dimissioni sono concordate con la persona assistita e/o con chi la rappresenta legalmente e con i servizi territoriali. In mancanza di accordo, sono comunicate con preavviso di almeno 15 giorni alla persona assistita e/o a chi la rappresenta legalmente e ai servizi territoriali

FONTE DOCUMENTALE: Elenco dimessi e documenti di comunicazione delle dimissioni inviati/consegnati.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 mese indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	<input type="text" value="0"/>	Denominatore	<input type="text" value="0"/>	Indicatore	<input type="text" value="0"/>	Standard atteso (%) =	<input type="text" value="100"/>	<input type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note	<input type="text" value="Non ci sono state dimissioni nel periodo di riferimento"/>
------------	--------------------------------	--------------	--------------------------------	------------	--------------------------------	-----------------------	----------------------------------	---	------	--

Incontri in equipe

Nella gestione del progetto personalizzato sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe.

FONTE DOCUMENTALE: Verbali degli incontri.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	<input type="text" value="8"/>	Indicatore	<input type="text" value="8"/>	Standard atteso	<input type="text" value="8"/>	>=	<input checked="" type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note	<input type="text"/>
------------	--------------------------------	------------	--------------------------------	-----------------	--------------------------------	----	--	------	----------------------

Incontri per supervisione professionale

Nella gestione del progetto personalizzato sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe.

FONTE DOCUMENTALE: Verbali degli incontri.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	<input type="text" value="3"/>	Indicatore	<input type="text" value="3"/>	Standard atteso	<input type="text" value="3"/>	>=	<input checked="" type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note	<input type="text"/>
------------	--------------------------------	------------	--------------------------------	-----------------	--------------------------------	----	--	------	----------------------

Completezza delle informazioni contenute nella cartella personale

- La cartella personale della persona accolta è periodicamente aggiornata e riporta le registrazioni relativamente a:
- le informazioni sulle capacità e abilità della persona (attività di vita quotidiana, comunicazione e relazione, attività sportive e culturali)
 - le informazioni sui dati sociali, relazionali e sanitari della persona accolta e le informazioni sulla rete familiare
 - i riferimenti dei servizi sociali e sanitari
 - il nominativo e recapito delle persone di riferimento per l'assistito
 - eventuali documenti circa i provvedimenti di nomina di chi li rappresenta legalmente
 - il riferimento del medico di medicina generale e della sua AFT

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	<input type="text" value="9"/>	Denominatore	<input type="text" value="9"/>	Indicatore	<input type="text" value="100"/>	Standard atteso (%) =	<input type="text" value="100"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note	<input type="text"/>
------------	--------------------------------	--------------	--------------------------------	------------	----------------------------------	-----------------------	----------------------------------	--	------	----------------------

Aggiornamento delle informazioni presenti nella cartella personale

- La cartella personale della persona accolta è periodicamente aggiornata e riporta le registrazioni relativamente a:
- le informazioni sulle capacità e abilità della persona (attività di vita quotidiana, comunicazione e relazione, attività sportive e culturali)
 - le informazioni sui dati sociali, relazionali e sanitari della persona accolta e le informazioni sulla rete familiare

- i riferimenti dei servizi sociali e sanitari
- il nominativo e recapito delle persone di riferimento per l'assistito
- eventuali documenti circa i provvedimenti di nomina di chi li rappresenta legalmente
- il riferimento del medico di medicina generale e della sua AFT

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) = Standard raggiunto Note

Promozione dell'igiene della persona assistita

Esiste un documento per la promozione dell'autonomia per l'igiene, la cura del proprio aspetto e dell'abbigliamento.

FONTE DOCUMENTALE: Questionario di soddisfazione e report sintetico di analisi dei risultati.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine di soddisfazione del servizio.

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Cura dell'abbigliamento

Esiste un documento per la promozione dell'autonomia per l'igiene, la cura del proprio aspetto e dell'abbigliamento.

FONTE DOCUMENTALE: Questionario di soddisfazione e report sintetico di analisi dei risultati.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine di soddisfazione del servizio.

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Personalizzazione del servizio SSD

Dignità e rispetto della persona assistita

Durante l'intero processo assistenziale/riabilitativo e di cura sono adottati protocolli che garantiscono dignità e rispetto della persona accolta e il mantenimento delle capacità residue.

FONTE DOCUMENTALE: Questionario di soddisfazione e report sintetico di analisi dei risultati.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine di rilevazione della qualità dei servizi.

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Conoscenza del piano delle attività riabilitative, educative e di animazione socio-educativa da persone accolte e/o a chi le rappresenta legalmente

Il piano delle attività riabilitative, educative e di animazione socio-educativa, sia interne che esterne alla struttura, è elaborato sulla base dei progetti personalizzati ed è reso disponibile alle persone accolte e/o a chi le rappresenta legalmente.

FONTE DOCUMENTALE: Questionario di soddisfazione e report sintetico di analisi dei risultati.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine per la valutazione dei servizi-

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Soddisfazione sul comfort

Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni.

FONTE DOCUMENTALE: Questionario di soddisfazione e report sintetico di analisi dei risultati.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine per la valutazione dei servizi .

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Assenza di rumori molesti

Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura.

FONTE DOCUMENTALE: Questionario di soddisfazione e report sintetico di analisi dei risultati.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine per la valutazione dei servizi.

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Qualità e sicurezza SSD

Prevenzione delle cadute: Numero di persone assistite con valutazione del rischio di caduta attraverso uno strumento evidence-based, aggiornata semestralmente

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:

- prevenzione e gestione delle cadute

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Prevenzione delle cadute: Numero di persone assistite valutate a rischio di caduta con piano di prevenzione

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:
• prevenzione e gestione delle cadute

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 mese indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	0	Denominatore	0	Indicatore	0	Standard atteso (%) >=	90	<input type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note
<p>Presso il Centro Diurno non vi sono state persone assistite valutate a rischio caduta pertanto non ci sono piani di prevenzione</p>									

Prevenzione delle cadute: Presenza di una valutazione della sicurezza degli ambienti e dei presidi connessa con il rischio di caduta degli assistiti che descrive gli ambienti di soggiorno delle SSD ed i presidi utilizzati nella vita quotidiana delle persone assistite

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:
• prevenzione e gestione delle cadute

FONTE DOCUMENTALE: Checklist per la sicurezza degli ambienti e dei presidi.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

STANDARD ATTESO: Esistenza della valutazione.

<input checked="" type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note	
--	------	--

Prevenzione delle UdP

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:
• prevenzione e trattamento delle Ulcere da Pressione (UDP)

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	9	Denominatore	9	Indicatore	100	Standard atteso (%) >=	90	<input checked="" type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note
------------	---	--------------	---	------------	-----	------------------------	----	--	------

Prevenzione/Trattamento delle UdP

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze

scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:
• prevenzione e trattamento delle Ulcere da Pressione (UdP)

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	0	Denominatore	0	Indicatore	0	Standard atteso (%) =	100	<input type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note
<p>Dopo la valutazione preventiva si riscontra che nessun utente necessita di trattamento delle UdP</p>									

Trattamento delle UdP

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:
• prevenzione e trattamento delle Ulcere da Pressione (UdP)

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	0	Denominatore	0	Indicatore	0	Standard atteso (%) >=	50	<input type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note
<p>Non ci sono persone che necessitano di trattamento delle UdP</p>									

Controllo del rischio nutrizionale

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:
• prevenzione e controllo del rischio nutrizionale

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	9	Denominatore	9	Indicatore	100	Standard atteso (%) =	100	<input checked="" type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note
<p></p>									

Diete personalizzate

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:
• prevenzione e controllo del rischio nutrizionale

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) = Standard raggiunto Note

Prevenzione delle infezioni: Numero di operatori formati sul tema dell'igiene delle mani e sull'uso dei guanti monouso

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:

- prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

FONTE DOCUMENTALE: Fascicoli personali.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Sicurezza

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:

- sorveglianza e/o aiuto nell'assunzione dei farmaci

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) = Standard raggiunto Note

Prevenzione atti autolesionistici: Numero operatori con almeno 1 corso di formazione effettuato durante la propria carriera lavorativa sul tema degli atti autolesionistici

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:

- prevenzione degli atti autolesionistici

FONTE DOCUMENTALE: Fascicoli personali.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Prevenzione atti autolesionistici: Analisi del rischio (strutturale e organizzativo)

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:

- prevenzione degli atti autolesionistici

FONTE DOCUMENTALE: Documento.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

STANDARD ATTESO: Esistenza del documento.

Standard raggiunto **Note**

Prevenzione atti di violenza: Numero operatori con almeno 1 corso di formazione effettuato durante la propria carriera lavorativa sul tema degli atti di violenza a danno degli operatori

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:

- prevenzione degli atti di violenza a danno degli assistiti e degli operatori

FONTE DOCUMENTALE: Fascicoli personali.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto **Note**

Prevenzione atti di violenza: Analisi del rischio (strutturale e organizzativo)

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:

- prevenzione degli atti di violenza a danno degli assistiti e degli operatori

FONTE DOCUMENTALE: Documento.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

STANDARD ATTESO: Esistenza del documento.

Standard raggiunto **Note**

Prevenzione allontanamenti

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:

- prevenzione degli allontanamenti imprevisti delle persone assistite

FONTE DOCUMENTALE: Fascicoli personali.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto **Note**

Valutazione della qualità percepita

Il servizio di ristorazione tiene conto delle linee guida regionali più recenti e viene valutata periodicamente la qualità percepita.

Fonte documentale: Questionario di soddisfazione e report sintetico di analisi dei risultati.

Periodo di riferimento: Anno in cui viene effettuata l'indagine di soddisfazione del servizio.

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Gestione farmaci: controllo scadenze

Il processo di gestione dei farmaci è disciplinato da una procedura redatta secondo le Raccomandazioni del Ministero della Salute .

Fonte documentale: Report controllo scadenze farmaci.

Periodo di riferimento: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Indicatore Standard atteso >= Standard raggiunto Note

Formazione del personale

E' redatta una procedura secondo evidenze scientifiche/professionali, per l'analisi delle contenzioni (evento avverso), l'individuazione dei fattori causali e/o contribuenti e la messa a punto di un piano di miglioramento ed è prevista la relativa formazione del personale

Fonte documentale: Fascicoli personali.

Periodo di riferimento: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Gestione degli eventi avversi

E' redatta una procedura secondo evidenze scientifiche/professionali, per l'analisi delle contenzioni (evento avverso), l'individuazione dei fattori causali e/o contribuenti e la messa a punto di un piano di miglioramento ed è prevista la relativa formazione del personale

Fonte documentale: Verbale di audit.

Periodo di riferimento: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Indicatore Standard atteso >= Standard raggiunto Note

Formazione del personale

Esiste un documento per la gestione delle emergenze di carattere clinico, tecnologico e gestionale. Il personale è formato per la gestione specifica dei casi più frequenti.

FONTE DOCUMENTALE: Fascicoli personali.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Prevenzione delle infezioni: Svolgimento di audit rispetto all'applicazione delle indicazioni per la prevenzione e controllo delle infezioni con tutto il personale, supportato dalla direzione

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:

- prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

FONTE DOCUMENTALE: Verbale di audit.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Prevenzione e controllo del rischio infettivo

Per la gestione delle attività assistenziali e sanitarie sono adottati protocolli, basati su evidenze scientifiche/professionali, redatti in base alla tipologia delle persone accolte, in relazione a:

- prevenzione e controllo del rischio infettivo con particolare riferimento agli organismi MDR (multi drug resistant)

FONTE DOCUMENTALE: Fascicoli personali.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Relazioni e benessere SSD

Mantenimento dei rapporti tra la persone assistita e i familiari e/o la rete amicale

Il mantenimento dei rapporti tra l'assistito e i familiari e/o la rete amicale è facilitato in coerenza con quanto previsto con il progetto personalizzato.

FONTE DOCUMENTALE: Questionario di soddisfazione e report sintetico di analisi dei risultati.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine di soddisfazione del servizio.

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Integrazione con la rete territoriale

Con l'integrazione della rete territoriale, la struttura promuove il mantenimento e/o sviluppo delle capacità: di autonomia e autogestione, relazionali, sociali e di inserimento formativo/lavorativo della persona accolta.

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Cura della relazione

La struttura promuove la cura della relazione tra la persona assistita e l'operatore.

FONTE DOCUMENTALE: Fascicoli personali.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Sistema di gestione per la qualità SSD

Rintracciabilità delle registrazioni

Le registrazioni delle attività sono leggibili, firmate e datate da parte di coloro che le hanno eseguite. La struttura ne garantisce la rintracciabilità e la conservazione.

FONTE DOCUMENTALE: Cartella personale.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) = Standard raggiunto Note

Soddisfazione assistiti e/o terzi

La struttura conduce indagini periodiche (almeno ogni 2 anni) per la valutazione dei servizi da parte delle persone accolte e/o dei soggetti terzi. I risultati vengono analizzati e condivisi al fine di tradurli in azioni di miglioramento dei servizi offerti

FONTE DOCUMENTALE: Questionario di soddisfazione e report sintetico di analisi dei risultati.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine per la valutazione dei servizi.

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Condivisione dei risultati delle indagini con le persone accolte e/o soggetti terzi

La struttura conduce indagini periodiche (almeno ogni 2 anni) per la valutazione dei servizi da parte delle persone accolte e/o dei soggetti terzi. I risultati vengono analizzati e condivisi al fine di tradurli in azioni di miglioramento dei servizi offerti

FONTE DOCUMENTALE: Verbale degli incontri.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine per la valutazione dei servizi.

Numeratore Indicatore Standard atteso Standard raggiunto Note

>=

Soddisfazione di clima interno

La struttura conduce indagini di clima interno periodiche (almeno ogni 2 anni). I risultati vengono analizzati e condivisi al fine di tradurli in azioni di miglioramento dei servizi offerti.

FONTE DOCUMENTALE: Questionario di clima interno e report sintetico di analisi dei risultati.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine di clima interno.

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso Standard raggiunto Note

(%) >=

Condivisione dei risultati delle indagini con gli operatori

La struttura conduce indagini di clima interno periodiche (almeno ogni 2 anni). I risultati vengono analizzati e condivisi al fine di tradurli in azioni di miglioramento dei servizi offerti.

FONTE DOCUMENTALE: Verbale degli incontri.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine di clima interno.

Numeratore Indicatore Standard atteso Standard raggiunto Note

>=

Tempistica di risposta per i reclami

La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione:

- di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo
- di una tempistica di risposta
- di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti

FONTE DOCUMENTALE: Reclami.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso Standard raggiunto Note

(%) =

Restituzione delle azioni di miglioramento attivate

La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione:

- di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo
- di una tempistica di risposta
- di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti

FONTE DOCUMENTALE: Verbale degli incontri.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	<input type="text" value="0"/>	Indicatore	<input type="text" value="0"/>	Standard atteso	<input type="text" value="1"/>	<input type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note
				>=			Non è stato necessario redigere un verbale di incontro relativo ai reclami poiché non sono pervenuti reclami

Sviluppo delle competenze SSD

Aggiornamento del fascicolo personale e delle competenze

Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato.

FONTE DOCUMENTALE: Fascicoli personali.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 giorno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

STANDARD ATTESO: Fascicoli aggiornati.

<input checked="" type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note	<input type="text"/>
--	------	----------------------

Analisi dei bisogni formativi e sviluppo competenze

Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è redatto in base ai bisogni formativi degli operatori, al mantenimento e sviluppo delle attività della struttura e alla tipologia di persone accolte.

FONTE DOCUMENTALE: Verbale / esiti questionario.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore	<input type="text" value="1"/>	Indicatore	<input type="text" value="1"/>	Standard atteso	<input type="text" value="1"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Standard raggiunto	Note
				>=			

Diffusione del piano di formazione e sviluppo delle competenze

Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori.

FONTE DOCUMENTALE: Questionari di clima interno e report sintetico di analisi dei risultati.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Anno in cui viene effettuata l'indagine di clima interno,

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Partecipazione a eventi formativi obbligatori

La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti.

FONTE DOCUMENTALE: Fascicoli personali e l'elenco eventi formativi.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Partecipazione ad almeno un evento formativo non-obbligatorio

La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti.

FONTE DOCUMENTALE: Fascicoli personali e l'elenco eventi formativi.

PERIODO DI RIFERIMENTO: Riguarda 1 anno indice, come indicato nel quadro "Periodi di riferimento".

Numeratore Denominatore Indicatore Standard atteso (%) >= Standard raggiunto Note

Elenco Oneri

Non sono presenti Oneri per questa pratica

Note:

¹ i moduli risulteranno ricompilabili in caso di richiesta integrazione