

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 agosto 2020, n. 86/R

**Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato) in materia di requisiti e procedure di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato.**

La Giunta regionale ha approvato  
Il Presidente della Giunta  
emana

il seguente regolamento:

## SOMMARIO

Preambolo

### Capo I

#### Disposizioni generali

Art. 1 - Oggetto (Articolo 11, l.r. n. 82/2009)

Art. 2 - Requisiti generali per l'accreditamento (Articolo 11, comma 1, lettera a), l.r. n. 82/2009)

Art. 3 - Titoli per l'acquisto dei servizi sociali integrati (Articolo 11, comma 1, lettera b), l.r. n. 82/2009)

### Capo II

#### Gruppo tecnico regionale di valutazione

Art. 4 - Elenco regionale dei valutatori (Articolo 3 ter ed articolo 11, comma 1, lettera c), l.r. n. 82/2009)

Art. 5 - Modalità di scelta dei componenti del Gruppo tecnico regionale di valutazione (Articolo 3 ter ed articolo 11, comma 1, lettera c), l.r. n. 82/2009)

Art. 6 - Costituzione del Gruppo di valutazione (Articolo 3 ter ed articolo 11, comma 1, lettera c), l.r. n. 82/2009)

Art. 7 - Controllo sul possesso dei requisiti (Articolo 6 e articolo 11, comma 1, lettere c) e d) l.r. n. 82/2009)

Art. 8 - Controllo sul mantenimento dei requisiti e sulla conformità agli indicatori (Articolo 6, comma 1 ter, articolo 11, comma 1, lettera d) ed articolo 13, comma 5, lettera a) l.r. n. 82/2009)

### Capo III

#### Processi informativi e diffusione dati

Art. 9 - Processi informativi (Articoli 10, comma 1 e 11, comma 1, lettera e), l.r. n. 82/2009)

Art. 10 - Diffusione dati delle strutture, dei servizi di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona (Articolo 10, comma 2, l.r. n. 82/2009)

### Capo IV

#### Disposizioni finali

Art. 11 - Abrogazione del D.P.G.R. 3 marzo 2010 n. 29/R

Allegato A - Requisiti generali delle strutture residenziali e semiresidenziali

Allegato B - Requisiti generali dei servizi di assistenza domiciliare

## PREAMBOLO

Visto l'articolo 117, comma sesto, della Costituzione;

Visto l'articolo 42 dello Statuto;

Vista la legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato) e in particolare l'articolo 11;

Visto il D.P.G.R. 3 marzo 2010 n. 29/R (Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 "Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato");

Visto il parere del Comitato tecnico di direzione espresso nella seduta del 18/6/2020;

Vista la deliberazione della Giunta regionale 27 luglio 2020, n. 1005;

Considerato quanto segue:

1. il 3 marzo 2010 è stato approvato il D.P.G.R. 29/R, attuativo dell'articolo 11 della l.r. 82/2009, che ha disciplinato, per le strutture e per i servizi del sistema integrato, i requisiti generali e specifici per l'accreditamento, distinti per tipologia di servizio, le modalità per la concessione, gestione ed erogazione dei titoli di acquisto, gli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti nonché le modalità attuative dei processi informativi;

2. la l.r. 82/2009 è stata modificata prevedendo:

a) la distinzione tra Giunta (competente per l'accreditamento delle strutture) e comuni (competenti per l'accreditamento dei servizi);

b) una nuova disciplina dei controlli e del regime transitorio, per renderli coerenti con la ripartizione di funzioni tra Giunta e comune e con l'introduzione della durata di cinque anni per l'accreditamento delle strutture;

c) è stato introdotto il Gruppo tecnico regionale di valutazione a supporto delle nuove funzioni regionali di controllo in materia di accreditamento delle strutture;

3. il nuovo articolo 11 della l.r. 82/2009 prevede che debbano essere disciplinati con successivo regolamento:

a) i requisiti generali per l'accreditamento, distinti per tipologia di servizio;

b) le modalità per la concessione, gestione ed erogazione dei titoli di acquisto;

c) il numero dei componenti del Gruppo tecnico regionale di valutazione, le modalità di scelta, e le cause

di incompatibilità dei medesimi, nonché le modalità di costituzione e di funzionamento del gruppo stesso;

d) le modalità e i criteri per lo svolgimento dell'attività di controllo;

e) le modalità attuative dei processi informativi, ivi comprese le modalità di trasmissione degli elenchi;

4. è stato completamente ridisegnato il sistema dei requisiti, permanendo nel regolamento soltanto i requisiti generali contenuti negli allegati A e B al presente regolamento, rispettivamente per le strutture e per i servizi di assistenza domiciliare erogati da organizzazioni, rinviando alla deliberazione di cui all'articolo 3, comma 5 della l.r. 82/2009 l'individuazione dei nuovi requisiti specifici e dei nuovi indicatori;

5 i titoli per l'acquisto dei servizi sociali integrati sono gestiti dagli enti competenti per specifiche prestazioni erogate dai soggetti accreditati e inseriti negli appositi elenchi, sulla base del percorso assistenziale personalizzato e nel rispetto della disciplina dell'ISEE per consentire una migliore fruibilità delle prestazioni offerte dal sistema integrato;

6. la Giunta regionale si avvale del Gruppo tecnico regionale di valutazione, i cui membri sono individuati mediante procedura pubblica di selezione, per effettuare i controlli sulle strutture accreditate e per verificare il mantenimento dei requisiti e la conformità agli indicatori;

7. l'attività di controllo da parte del Gruppo di valutazione si svolge mediante sopralluoghi ed avviene:

a) su tutte le strutture accreditate per la prima volta;

b) sulle strutture individuate con metodo a campione, in caso di rinnovo;

8. la Giunta regionale disciplina con propria deliberazione le modalità tecniche di aggiornamento continuo e pubblicazione delle informazioni afferenti gli elenchi degli accreditati nonché le modalità di attuazione dei relativi processi informativi;

9. si rende, quindi, necessario procedere all'abrogazione del regolamento, approvato con D.P.G.R. 29/R/2010 ed alla contestuale approvazione di un nuovo regolamento postponendo la sua entrata in vigore alla data di approvazione della deliberazione di cui all'articolo 3, comma 5, della l.r. 82/2009, per evitare che vi sia soluzione di continuità tra un regime e l'altro e completare l'attuazione delle nuove procedure con l'individuazione dei requisiti specifici e degli indicatori.

Si approva il presente regolamento:

## Capo I

### Disposizioni generali

#### Art. 1

Oggetto (Articolo 11, l.r. n. 82/2009)

1. Il presente regolamento costituisce attuazione dell'articolo 11 della legge regionale 28 dicembre 2009,

n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato).

#### Art. 2

Requisiti generali per l'accREDITAMENTO (Articolo 11, comma 1, lettera a), l.r. n. 82/2009)

1. Le strutture pubbliche e private, autorizzate al funzionamento, ai sensi dell'articolo 21 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), per essere accreditate, devono possedere i requisiti generali indicati, per ciascuna tipologia di struttura, nell'allegato A al presente regolamento.

2. I soggetti pubblici e privati che erogano servizi di assistenza domiciliare, compresi gli enti e gli organismi a carattere non lucrativo, per essere accreditati, devono possedere i requisiti generali indicati, per ciascuna tipologia di erogatore e di servizio, nell'allegato B al presente regolamento.

#### Art. 3

Titoli per l'acquisto dei servizi sociali integrati (Articolo 11, comma 1, lettera b), l.r. n. 82/2009)

1. I titoli per l'acquisto dei servizi sociali integrati, costituiscono il controvalore di una somma utilizzabile per l'acquisto di specifiche prestazioni erogate da soggetti accreditati e inseriti negli elenchi di cui agli articoli 4, comma 6, e 7, comma 4, della l.r. n. 82/2009.

2. I titoli per l'acquisto dei servizi sociali integrati sono concessi dalle società della salute o, ove non costituite, dai soggetti individuati nell'ambito della convenzione socio-sanitaria di cui articolo 70 bis della legge regionale 24/02/2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale), su richiesta degli interessati, sulla base del percorso assistenziale personalizzato, ai sensi dell'articolo 7 della l.r. n. 41/2005 e dell'articolo 12 della legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza), nonché in coerenza con l'articolo 14 della l.r. 66/2008 e nel rispetto della disciplina sull'ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente).

3. I titoli per l'acquisto sono vincolati alle prestazioni previste nel progetto individuale di intervento e non sono cedibili a terzi.

4. I beneficiari dei titoli di acquisto dei servizi sociali integrati utilizzano i titoli presso il fornitore prescelto, il quale richiede all'ente concedente il corrispettivo del valore del relativo titolo di acquisto.

## Capo II

### Gruppo tecnico regionale di valutazione

## Art. 4

Elenco regionale dei valutatori  
(Articolo 3 ter ed articolo 11, comma 1, lettera c),  
l.r. n. 82/2009)

1. La Giunta regionale istituisce l'elenco regionale dei valutatori del sistema sociale integrato, per lo svolgimento dell'attività di controllo di cui agli articoli 6 e 13 della l.r. 82/2009.

2. Le modalità di accesso all'elenco sono definite dall'articolo 5.

3. L'elenco è aggiornato con periodicità quinquennale.

## Art. 5

Modalità di scelta dei componenti del Gruppo tecnico regionale di valutazione (Articolo 3 ter ed articolo 11, comma 1, lettera c), l.r. n. 82/2009)

1. Con decreto del dirigente regionale competente per materia è indetto un avviso di selezione pubblica per l'inserimento degli idonei nell'elenco di cui all'articolo 4 e per l'individuazione dei componenti del Gruppo tecnico regionale di valutazione, di seguito denominato Gruppo di valutazione.

2. Possono presentare domanda per la selezione di cui al comma 1:

- a) i cittadini italiani;
- b) i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e i loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
- c) i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria.

3. A coloro che presentano domanda è inoltre richiesto:

- a) assenza di condanne penali passate in giudicato o di procedimenti penali in corso, che impediscano, ai sensi delle vigenti disposizioni, la costituzione del rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione;
- b) non essere stati esclusi dall'elettorato attivo nonché dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- c) età non superiore a settanta anni;
- d) laurea specialistica o magistrale o diploma di laurea secondo il vecchio ordinamento; Il titolo di studio conseguito all'estero deve aver ottenuto, entro la data di scadenza del termine utile per la presentazione delle do-

mande di partecipazione alla selezione, il riconoscimento di equipollenza al titolo italiano rilasciato dalle competenti autorità.

4. Sono soggetti a valutazione i seguenti requisiti:

- a) possesso di certificazione di valutatore di qualità dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, rilasciata da organismi di certificazione riconosciuti a livello nazionale o internazionale;
- b) iscrizione nell'elenco regionale dei valutatori di cui all'articolo 41 della legge regionale 51 del 5/8/2009 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento);
- c) master universitari di I e II livello o corsi avanzati su tematiche attinenti la gestione della qualità e la valutazione del sistema di interventi e servizi sociali integrati;
- d) titolo di dottorato su tematiche di gestione della qualità e di valutazione del sistema di interventi nei servizi sociali integrati;
- e) pubblicazioni scientifiche su tematiche di gestione della qualità e di valutazione del sistema di interventi nei servizi sociali integrati;
- f) esperienza di valutazione nel settore della qualità del sistema di interventi nei servizi sociali integrati;

5. I requisiti di cui ai commi 2, 3 e 4 devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda per la selezione.

6. La formazione della graduatoria è subordinata:

- a) alla valutazione dei requisiti di cui al comma 4;
- b) agli esiti del colloquio attitudinale.

7. La valutazione dei requisiti ed il colloquio attitudinale sono svolti da una Commissione esaminatrice composta da cinque membri della sezione per l'accreditamento sociale integrato della Commissione regionale per la qualità e la sicurezza di cui all'articolo 40 della l.r. 51/2009, fra i quali è compreso il dirigente regionale competente per materia, che la presiede.

8. La Commissione esaminatrice stabilisce i criteri per l'attribuzione del punteggio ai requisiti di cui al comma 4, nel rispetto dei seguenti limiti massimi:

- a) lettere da a) a d): massimo venti punti;
- b) lettere e) ed f): massimo trenta punti.

9. Sono ammessi al colloquio attitudinale i candidati che hanno ottenuto almeno trenta punti nella valutazione dei requisiti.

10. La Commissione esaminatrice decide le modalità di svolgimento del colloquio attitudinale e l'attribuzione del punteggio fino a un massimo di cinquanta punti, in relazione alle competenze nel settore della qualità e della

valutazione del sistema di interventi e servizi sociali integrati nonché delle capacità relazionali.

#### Art. 6

Costituzione del Gruppo di valutazione (Articolo 3 ter ed articolo 11, comma 1, lettera c), l.r. n. 82/2009)

1. Con decreto del dirigente della competente struttura regionale è approvata la graduatoria derivante dalla selezione pubblica di cui all'articolo 5, finalizzata all'inserimento degli idonei nell'elenco regionale di cui all'articolo 4.

2. Il Gruppo di valutazione è costituito da un coordinatore e da venticinque valutatori individuati dal direttore della direzione regionale competente per materia, attingendo dall'elenco regionale, procedendo nell'ordine stabilito dalla graduatoria di cui al comma 1.

3. In caso di necessità di integrazione del Gruppo di valutazione a seguito di sostituzione, per qualunque motivo, di suoi componenti, il direttore della direzione regionale competente per materia provvede tempestivamente secondo le modalità di cui al comma 2.

4. Alla scadenza del termine previsto dall'articolo 4, comma 3, ai fini della ricostituzione del Gruppo di valutazione, non possono essere riconfermati più dell'80 per cento dei componenti del precedente Gruppo di valutazione. I componenti possono essere confermati una sola volta consecutivamente. Se la sostituzione di cui al comma 3 è effettuata dopo trenta mesi dal rinnovo del Gruppo, la stessa rientra nel calcolo della percentuale di rinnovo e non costituisce primo mandato ai fini della eventuale successiva conferma. I componenti da sostituire ai sensi del comma 3 sono individuati tenuto conto della loro posizione in graduatoria. In ogni caso i componenti che abbiano svolto due mandati consecutivi sono sempre sostituiti.

5. Nel caso in cui i componenti del Gruppo di valutazione compiano settanta anni di età nel corso del loro mandato, essi decadono comunque al termine del medesimo mandato.

6. I componenti del Gruppo di valutazione sono obbligati a dichiarare la loro incompatibilità e pertanto sono tenuti ad astenersi dai sopralluoghi e di conseguenza ad essere sostituiti qualora:

- a) siano titolari di rapporto di lavoro, subordinato od autonomo, con le strutture oggetto della verifica;
- b) abbiano svolto attività di consulenza nei confronti delle strutture oggetto di verifica.

7. L'eventuale mancata dichiarazione di cui al comma 6 costituisce motivo di esclusione dal Gruppo di valuta-

zione da adottarsi con provvedimento del direttore della direzione regionale competente per materia.

8. Il Gruppo di valutazione predispone un regolamento interno per il proprio funzionamento sulla base di uno schema tipo approvato con atto del dirigente competente.

#### Art. 7

Controllo sul possesso dei requisiti (Articolo 6 e articolo 11, comma 1, lettere c) e d) l.r. n. 82/2009)

1. La giunta regionale, avvalendosi del Gruppo di valutazione, effettua i controlli previsti dall'articolo 6 della l.r. 82/2009.

2. Ai sensi dell'articolo 6, comma 1 bis, della l.r. 82/2009, il controllo è effettuato:

- a) su tutte le strutture accreditate per la prima volta;
- b) sulle strutture individuate con metodo a campione, in caso di rinnovo.

3. Il campione di cui al comma 2, lettera b) si ottiene applicando al totale delle strutture da controllare, per ciascuna area vasta e per ciascuna tipologia di struttura, la percentuale del 20 per cento.

4. Il Gruppo di valutazione per i controlli di cui al comma 1 è organizzato in sottogruppi, costituiti da tre componenti.

5. La Commissione regionale per la qualità e la sicurezza, di cui all'articolo 40 della l.r. 51/2009, definisce gli indirizzi per la costituzione dei sottogruppi, incaricati di eseguire i controlli, in coerenza con la tipologia di struttura da sottoporre a controllo.

6. Il coordinatore del Gruppo di valutazione provvede a formare i sottogruppi sulla base degli indirizzi definiti dalla Commissione regionale per la qualità e la sicurezza e per ciascun sottogruppo individua un responsabile dello specifico sopralluogo.

7. In caso di assenza del coordinatore superiore a trenta giorni consecutivi, il Gruppo di valutazione provvede alla sua temporanea sostituzione.

#### Art. 8

Controllo sul mantenimento dei requisiti e sulla conformità agli indicatori (Articolo 6, comma 1 ter, articolo 11, comma 1, lettera d) ed articolo 13, comma 5, lettera a) l.r. n. 82/2009)

1. Ai sensi dell'articolo 6, comma 1 ter, della l.r. 82/2009, entro un anno dalla trasmissione della documentazione inerente la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti da parte delle strutture accreditate, e



successivamente ogni anno, la Giunta regionale, avvalendosi del Gruppo di valutazione, verifica il mantenimento dei requisiti e la conformità agli indicatori nelle strutture individuate con metodo a campione.

2. Il campione di cui al comma 1 si ottiene applicando al totale delle strutture da controllare, per ciascuna area vasta e per ciascuna tipologia di struttura, le seguenti percentuali:

- a) il primo anno, il 25 per cento della quota iniziale di strutture;
- b) il secondo anno, il 33,35 per cento del numero residuale di strutture non controllate il primo anno;
- c) il terzo anno, il 50 per cento del numero residuale di strutture non controllate il secondo anno;
- d) il quarto anno, il 100 per cento del numero residuale di strutture non controllate il terzo anno.

3. Ai sensi dell'articolo 13, comma 5, lettera a) della l.r. 82/2009, in prima applicazione, entro un anno dalla trasmissione della documentazione di cui al comma 4 del citato articolo 13, e successivamente ogni anno, la Giunta regionale, avvalendosi del Gruppo tecnico regionale di valutazione, controlla il mantenimento dei requisiti e la conformità agli indicatori delle strutture già accreditate, individuate con metodo a campione.

4. Il campione di cui al comma 3 si ottiene applicando al totale delle strutture da controllare, per ciascuna area vasta e per ciascuna tipologia di struttura, le seguenti percentuali:

- a) il primo anno, il 25 per cento della quota iniziale di strutture;
- b) il secondo anno, il 33,35 per cento del numero residuale di strutture non controllate il primo anno;
- c) il terzo anno, il 50 per cento del numero residuale di strutture non controllate il secondo anno;
- d) il quarto anno, il 100 per cento del numero residuale di strutture non controllate il terzo anno.

### Capo III

#### Processi informativi e diffusione dati

##### Art. 9

Processi informativi (Articoli 10, comma 1 e 11, comma 1, lettera e), l.r. n. 82/2009)

1. I comuni entro due anni dall'approvazione del regolamento trasmettono alla Regione gli elenchi di cui all'articolo 7 della l.r. n. 82/2009, aggiornati alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

2. La giunta regionale disciplina con propria deliberazione le modalità tecniche di aggiornamento continuo e pubblicazione delle informazioni afferenti gli elenchi di cui agli articoli 4 e 7 della l.r. 82/2009, in coerenza

con l'articolo 3, comma 3 della legge regionale 23 luglio 2009, n. 40 (Norme sul procedimento amministrativo, per la semplificazione e la trasparenza dell'attività amministrativa) nonché con quanto previsto dalla legge regionale 5 ottobre 2009, n. 54 (Istituzione del sistema informativo e del sistema statistico regionale. Misure per il coordinamento delle infrastrutture e dei servizi per lo sviluppo della società dell'informazione e della conoscenza).

3. La giunta regionale, al fine di valutare l'attuazione del sistema dell'accREDITAMENTO sociale integrato, può individuare con propria deliberazione le ulteriori informazioni che i comuni sono tenuti a trasmettere alla Regione nonché le modalità attuative dei relativi processi informativi, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 41 della l.r. n. 41/2005.

##### Art. 10

Diffusione dati delle strutture, dei servizi di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona (Articolo 10, comma 2, l.r. n. 82/2009)

1. I dati e le informazioni delle strutture e dei soggetti erogatori dei servizi derivanti dalle procedure per il rilascio dell'accREDITAMENTO possono essere diffusi, anche singolarmente, dalla Regione, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, al fine di far conoscere alla cittadinanza e alle istituzioni interessate lo stato del sistema dei servizi e l'attuazione del processo di accREDITAMENTO.

### Capo IV

#### Disposizioni finali

##### Art. 11

Abrogazione del D.P.G.R. 3 marzo 2010 n. 29/R

1. Il D.P.G.R. 3 marzo 2010 n. 29/R (Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 "AccREDITAMENTO delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato") è abrogato a far data dall'approvazione della deliberazione di cui all'articolo 3, comma 5, della l.r. 82/2009.

Il presente regolamento è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Toscana.

E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come regolamento della Regione Toscana.

ROSSI

Firenze, 11 agosto 2020

SEGUONO ALLEGATI

## Allegato A

Strutture residenziali sanitarie assistenziali per anziani - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG01	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	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche. Il termine "diffusi" va inteso come "divulgati" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura. Per rappresentante legale s'intendono gli amministratori di sostegno, i tutori e i curatori (come previsto dal codice civile).
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG02	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	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio residenziale. Non si tratta del piano personalizzato relativo alla singola persona assistita.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori per il monitoraggio degli obiettivi e risultati attesi. Gli indirizzi regionali e locali includono: gli atti di programmazione regionale e locale, la legge regionale 41/2005, la legge 40/2005.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG04	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	Il termine "diffuso" va inteso come "divulgato" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG05	E' presente un organigramma e funzioniγραμμα della struttura accessibile al pubblico	Per organigramma s'intende la rappresentazione grafica dell'organizzazione della struttura articolata nei vari organi con indicazione delle relazioni gerarchiche (es. direttore, coordinatore, etc). Per funzioniγραμμα s'intende la rappresentazione grafica delle funzioni e sottofunzioni degli organi della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG06	E' adottato un piano del rischio assistenziale finalizzato all'identificazione, analisi gestione e prevenzione dei rischi per le persone assistite	Per rischio assistenziale s'intende la probabilità che avvenga un evento con danno o senza danno durante l'attività di assistenza alla persona (es. somministrazione farmaci LASA, cadute, etc). La struttura deve definire all'interno del piano quali sono le tipologie di rischi per le persone assistite, descriverli e individuarne le modalità di prevenzione e gestione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG07	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	
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG08	Dal giorno dell'ingresso, è effettuato un periodo di osservazione delle condizioni della persona accolta finalizzata all'elaborazione del progetto personalizzato	Nel periodo di osservazione devono essere somministrate le schede di valutazione relative alle tre aree (organico-funzionale, cognitivo-comportamentale, relazionale-ambientale).
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG09	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	Per progetto personalizzato s'intende quello elaborato dalla struttura. Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto personalizzato può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei.
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG10	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	Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG11	La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura	
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG13	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	
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.RSA.RG14	Nella gestione del progetto personalizzato sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale si intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG15	Durante l'intero processo assistenziale e di cura sono adottati protocolli che garantiscono dignità e rispetto della persona accolta e il mantenimento delle capacità residue	All'interno dei protocolli deve essere data evidenza della modalità di garanzia della dignità e del rispetto della persona accolta.

PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG16	Alle persone accolte che lo richiedono è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG17	Il piano delle attività di animazione e socializzazione, sia interne che esterne alla struttura, è elaborato sulla base dei progetti personalizzati ed è reso disponibile agli assistiti e/o a chi li rappresenta legalmente	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.RSA.RG22	La persona assistita può affidare alla struttura la gestione dei propri valori e beni personali che devono essere conservati in un luogo sicuro e secondo modalità che garantiscano la registrazione delle operazioni effettuate sui valori e beni personali	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.RSA.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.RSA.RG24	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	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.RSA.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.RSA.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.RSA.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.RSA.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni, responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.RSA.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.RSA.RG30	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	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.RSA.RG31	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.RSA.RG32	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.RSA.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture residenziali sanitarie per disabili - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG01	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	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche. Il termine "diffusi" va inteso come "divulgati" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura. Per rappresentante legale s'intendono gli amministratori di sostegno, i tutori e i curatori (come previsto dal codice civile).
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG02	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	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio residenziale. Non si tratta del piano personalizzato relativo alla singola persona assistita.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori per il monitoraggio degli obiettivi e risultati attesi. Gli indirizzi regionali e locali includono: gli atti di programmazione regionale e locale, la legge regionale 41/2005, la legge 40/2005.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG04	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	Il termine "diffuso" va inteso come "divulgato" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG05	E' presente un organigramma e funzionigramma della struttura accessibile al pubblico	Per organigramma s'intende la rappresentazione grafica dell'organizzazione della struttura articolata nei vari organi con indicazione delle relazioni gerarchiche (es. direttore, coordinatore, etc). Per funzionigramma s'intende la rappresentazione grafica delle funzioni e sottofunzioni degli organi della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG06	E' adottato un piano del rischio assistenziale finalizzato all'identificazione, analisi gestione e prevenzione dei rischi per le persone assistite	Per rischio assistenziale s'intende la probabilità che avvenga un evento con danno o senza danno durante l'attività di assistenza alla persona (es. somministrazione farmaci LASA, cadute, etc). La struttura deve definire all'interno del piano quali sono le tipologie di rischi per le persone assistite, descriverli e individuarne le modalità di prevenzione e gestione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG07	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	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG08	Dal giorno dell'ingresso, è effettuato un periodo di osservazione delle condizioni della persona accolta finalizzata all'elaborazione del progetto personalizzato	Nel periodo di osservazione devono essere somministrate le schede di valutazione relative alla tre aree (organico-funzionale, cognitivo-comportamentale, relazionale- ambientale).
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG09	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	Per progetto personalizzato s'intende quello elaborato dalla struttura. Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto personalizzato può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG10	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	Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG11	La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG12	La continuità del percorso riabilitativo è garantita attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento	La rete territoriale di riferimento include anche le Associazioni del Terzo Settore con particolare riferimento a quelle rappresentative delle persone con disabilità. Il percorso riabilitativo include anche l'intervento educativo e l'animazione socio-educativa.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG13	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	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.RSD.RG14	Nella gestione del progetto personalizzato sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale s'intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG15	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	All'interno dei protocolli deve essere data evidenza della modalità di garanzia della dignità e del rispetto della persona accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG16	Alle persone accolte che lo richiedono è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG17	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	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.

PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.RSD.RG22	La persona assistita può affidare alla struttura la gestione dei propri valori e beni personali che devono essere conservati in un luogo sicuro e secondo modalità che garantiscano la registrazione delle operazioni effettuate sui valori e beni personali	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.RSD.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.RSD.RG24	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	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.RSD.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.RSD.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.RSD.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.RSD.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni, responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.RSD.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.RSD.RG30	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	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.RSD.RG31	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.RSD.RG32	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.RSD.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture residenziali a carattere comunitario per persone a rischio psico sociale e/o in condizioni di disagio relazionale - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG01	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	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche. Il termine "diffusi" va inteso come "divulgati" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura. Per rappresentante legale s'intendono gli amministratori di sostegno, i tutori e i curatori (come previsto dal codice civile).
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG02	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	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio residenziale. Non si tratta del piano personalizzato relativo alla singola persona assistita.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori per il monitoraggio degli obiettivi e risultati attesi. Gli indirizzi regionali e locali includono: gli atti di programmazione regionale e locale, la legge regionale 41/2005, la legge 40/2005.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG04	E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività svolte, per fasce orarie, dalle persone assistite. Il documento è aggiornato e reso disponibile alle persone assistite e/o a chi le rappresenta legalmente ed è diffuso	Il termine "diffuso" va inteso come "divulgato" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG05	E' presente un organigramma e funzionigramma della struttura accessibile al pubblico	Per organigramma s'intende la rappresentazione grafica dell'organizzazione della struttura articolata nei vari organi con indicazione delle relazioni gerarchiche (es. direttore, coordinatore, etc). Per funzionigramma s'intende la rappresentazione grafica delle funzioni e sottofunzioni degli organi della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG06	E' adottato un piano del rischio assistenziale finalizzato all'identificazione, analisi gestione e prevenzione dei rischi per le persone assistite	Per rischio assistenziale s'intende la probabilità che avvenga un evento con danno o senza danno durante l'attività di assistenza alla persona (es. somministrazione farmaci LASA, cadute, etc). La struttura deve definire all'interno del piano quali sono le tipologie di rischi per le persone assistite, descriverli e individuarne le modalità di prevenzione e gestione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG07	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	
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG08	Dal giorno dell'ingresso, è effettuato un periodo di osservazione delle condizioni della persona accolta finalizzata all'elaborazione del progetto personalizzato	
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG09	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	Per progetto personalizzato s'intende quello elaborato dalla struttura. Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto personalizzato può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG10	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	Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG11	La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura	
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG13	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	
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG14	Nella gestione del progetto personalizzato sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale si intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG14b	Nel rispetto di quanto definito nel progetto personalizzato, è garantita l'attivazione dell'assistenza infermieristica	
PERCORSO ASSISTENZIALE	PSI.RPS.RG14c	E' definita una modalità di gestione degli accessi dello psichiatra e del medico di medicina generale	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG15	Durante l'intero processo assistenziale e di cura sono adottati protocolli che garantiscono dignità e rispetto della persona accolta e il mantenimento delle capacità residue	All'interno dei protocolli deve essere data evidenza della modalità di garanzia della dignità e del rispetto della persona accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG16	Alle persone accolte che lo richiedono è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG17	Il piano delle attività di animazione socio-riabilitativa, 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	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni.	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.

PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	PSI.RPS.RG22	La persona assistita può affidare alla struttura la gestione dei propri valori e beni personali che devono essere conservati in un luogo sicuro e secondo modalità che garantiscano la registrazione delle operazioni effettuate sui valori e beni personali	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PSI.RPS.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PSI.RPS.RG24	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	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PSI.RPS.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PSI.RPS.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PSI.RPS.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	PSI.RPS.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni, responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	PSI.RPS.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	PSI.RPS.RG30	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	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	PSI.RPS.RG31	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	PSI.RPS.RG32	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	PSI.RPS.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture residenziali comunità alloggio protetta per disabili - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG01	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	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche. Il termine "diffusi" va inteso come "divulgati" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura. Per rappresentante legale s'intendono gli amministratori di sostegno, i tutori e i curatori (come previsto dal codice civile).
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG02	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	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio residenziale. Non si tratta del piano personalizzato relativo alla singola persona assistita.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori per il monitoraggio degli obiettivi e risultati attesi. Gli indirizzi regionali e locali includono: gli atti di programmazione regionale e locale, la legge regionale 41/2005, la legge 40/2005.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG04	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	Il termine "diffuso" va inteso come "divulgato" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG05	E' presente un organigramma e funzionigramma della struttura accessibile al pubblico	Per organigramma s'intende la rappresentazione grafica dell'organizzazione della struttura articolata nei vari organi con indicazione delle relazioni gerarchiche (es. direttore, coordinatore, etc). Per funzionigramma s'intende la rappresentazione grafica delle funzioni e sottofunzioni degli organi della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG06	E' adottato un piano del rischio assistenziale finalizzato all'identificazione, analisi gestione e prevenzione dei rischi per le persone assistite	Per rischio assistenziale s'intende la probabilità che avvenga un evento con danno o senza danno durante l'attività di assistenza alla persona (es. somministrazione farmaci LASA, cadute, etc). La struttura deve definire all'interno del piano quali sono le tipologie di rischi per le persone assistite, descriverli e individuarne le modalità di prevenzione e gestione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG07	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	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG08	Dal giorno dell'ingresso, è effettuato un periodo di osservazione delle condizioni della persona accolta finalizzata all'elaborazione del progetto personalizzato	Nel periodo di osservazione devono essere somministrate le schede di valutazione relative alla tre aree (organico-funzionale, cognitivo-comportamentale, relazionale-ambientale).
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG09	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	Per progetto personalizzato s'intende quello elaborato dalla struttura. Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto personalizzato può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG10	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	Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG11	La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG12	La continuità del percorso riabilitativo è garantita attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento	La rete territoriale di riferimento include anche le Associazioni del Terzo Settore con particolare riferimento a quelle rappresentative delle persone con disabilità. Il percorso riabilitativo include anche l'intervento educativo e l'animazione socio-educativa.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG13	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	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.CAP.RG14	Nella gestione del progetto personalizzato sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale s'intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG15	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	All'interno dei protocolli deve essere data evidenza della modalità di garanzia della dignità e del rispetto della persona accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG16	Alle persone accolte che lo richiedono è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG17	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	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.



PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.CAP.RG22	La persona assistita può affidare alla struttura la gestione dei propri valori e beni personali che devono essere conservati in un luogo sicuro e secondo modalità che garantiscano la registrazione delle operazioni effettuate sui valori e beni personali	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.CAP.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.CAP.RG24	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	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.CAP.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.CAP.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.CAP.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.CAP.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni, responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.CAP.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.CAP.RG30	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	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.CAP.RG31	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.CAP.RG32	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.CAP.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture residenziali per l'accoglienza e il trattamento di persone dipendenti da sostanze da abuso - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG01	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	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche. Il termine "diffusi" va inteso come "divulgati" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura. Per rappresentante legale s'intendono gli amministratori di sostegno, i tutori e i curatori (come previsto dal codice civile).
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG02	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 e portato a conoscenza di tutto il personale	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio residenziale. Non si tratta del piano personalizzato relativo alla singola persona assistita.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori per il monitoraggio degli obiettivi e risultati attesi. Gli indirizzi regionali e locali includono: gli atti di programmazione regionale e locale, la legge regionale 41/2005, la legge 40/2005.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG04	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	Il termine "diffuso" va inteso come "divulgato" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG05	E' presente un organigramma e funzionigramma della struttura accessibile al pubblico	Per organigramma s'intende la rappresentazione grafica dell'organizzazione della struttura articolata nei vari organi con indicazione delle relazioni gerarchiche (es. direttore, coordinatore, etc). Per funzionigramma s'intende la rappresentazione grafica delle funzioni e sottofunzioni degli organi della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG06	E' adottato un piano del rischio assistenziale finalizzato all'identificazione, analisi gestione e prevenzione dei rischi per le persone assistite	Per rischio assistenziale s'intende la probabilità che avvenga un evento con danno o senza danno durante l'attività di assistenza alla persona (es. somministrazione farmaci LASA, cadute, etc). La struttura deve definire all'interno del piano quali sono le tipologie di rischi per le persone assistite, descriverli e individuarne le modalità di prevenzione e gestione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIP.RATDA.RG07	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	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIP.RATDA.RG08	Dal giorno dell'ingresso, è effettuato un periodo di osservazione delle condizioni della persona accolta finalizzata all'elaborazione del progetto personalizzato	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIP.RATDA.RG09	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	Per progetto personalizzato s'intende quello elaborato dalla struttura. Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto personalizzato può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIP.RATDA.RG10	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	Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIP.RATDA.RG11	La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIP.RATDA.RG13	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	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG15	Durante l'intero processo assistenziale e di cura sono adottati protocolli che garantiscono dignità e rispetto della persona accolta e il mantenimento delle capacità residue	All'interno dei protocolli deve essere data evidenza della modalità di garanzia della dignità e del rispetto della persona accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG16	Alle persone accolte che lo richiedono è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG17	Il piano delle attività socio-riabilitative, 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	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni.	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIP.RATDA.RG22	La persona assistita può affidare alla struttura la gestione dei propri valori e beni personali che devono essere conservati in un luogo sicuro e secondo modalità che garantiscano la registrazione delle operazioni effettuate sui valori e beni personali	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIP.RATDA.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornate	

SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIP.RATDA.RG24	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.	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIP.RATDA.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIP.RATDA.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIP.RATDA.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIP.RATDA.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni, responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIP.RATDA.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIP.RATDA.RG30	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	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIP.RATDA.RG31	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIP.RATDA.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture residenziali centro di pronta accoglienza per minori - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CPA.RG01	La carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona accolta e/o a chi la rappresenta legalmente	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del Servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CPA.RG02	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	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio residenziale. Non si tratta del progetto personalizzato relativo alla singola persona accolta.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CPA.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori, definiti dalla struttura, per il monitoraggio degli obiettivi e dei risultati attesi.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CPA.RG04	E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività comunitarie svolte e delle loro fasce orarie aggiornata e resa disponibile alle persone accolte e/o a chi li rappresenta legalmente	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CPA.RG07	Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta e tenuta aggiornata una cartella socio-educativa che tiene conto della storia di vita della persona, dei suoi bisogni, della sua situazione familiare e delle condizioni di salute	Nella cartella è acquisita anche la documentazione dei servizi inviati e/o dell'autorità giudiziaria.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CPA.RG08	Dal giorno dell'ingresso è effettuata una valutazione iniziale delle condizioni della persona accolta	Per progetto educativo individuale si intende quello elaborato dalla struttura che accoglie il minore e eventualmente il genitore. Per progetto educativo individualizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto educativo individuale può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CPA.RG08b	E' presente un documento che descrive la metodologia utilizzata per effettuare la valutazione iniziale della persona accolta	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CPA.RG10b	E' presente una scheda personale per ogni persona accolta	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CPA.RG11	La continuità del percorso socio-educativo è garantita attraverso i rapporti con i professionisti sanitari esterni alla struttura	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CPA.RG11b	La continuità del percorso socio-educativo è garantita anche attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento	Per rete territoriale di riferimento si intendono, ad esempio, le scuole, le agenzie formative, i centri per l'impiego, le associazioni sportive.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CPA.RG13	Le dimissioni sono concordate con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente, i servizi territoriali e l'autorità giudiziaria	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CPA.RG14	Nella gestione del percorso di presa in carico sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale s'intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CPA.RG16	Ad ogni persona accolta che lo richieda personalmente o attraverso chi la rappresenta legalmente, è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CPA.RG17	E' definito il piano generale delle attività di animazione socio-educativa sia interne che esterne alla struttura e ne sono informate le persone accolte, e/o chi li rappresenta legalmente	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CPA.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CPA.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CPA.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CPA.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e sono facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CPA.RG21b	E' definita una modalità di gestione per l'utilizzo dei media digitali	Per media digitali si intende ad esempio TV, PC, Tablet, Smartphone e similari.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CPA.RG22	I beni personali delle persone accolte sono conservati secondo modalità che ne garantiscono la tutela	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CPA.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornate	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CPA.RG24	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	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CPA.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CPA.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CPA.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	

IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CPA.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CPA.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CPA.RG30	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	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CPA.RG32	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CPA.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture residenziali casa accoglienza e gruppo appartamento per minori - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CG.RG01	La carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona accolta e/o a chi la rappresenta legalmente	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del Servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CG.RG02	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	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio residenziale. Non si tratta del progetto personalizzato relativo alla singola persona accolta.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CG.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori, definiti dalla struttura, per il monitoraggio degli obiettivi e dei risultati attesi.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CG.RG04	E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività comunitarie svolte e delle loro fasce orarie aggiornata e resa disponibile alle persone accolte e/o a chi li rappresenta legalmente	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CG.RG07	Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta e tenuta aggiornata una cartella socio-educativa che tiene conto della storia di vita della persona, dei suoi bisogni, della sua situazione familiare e delle condizioni di salute	Nella cartella è acquisita anche la documentazione dei servizi inviati e/o dell'autorità giudiziaria.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CG.RG08	Dal giorno dell'ingresso è effettuata una valutazione iniziale delle condizioni della persona accolta	Per progetto educativo individuale si intende quello elaborato dalla struttura che accoglie il minore e eventualmente il genitore. Per progetto educativo individualizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto educativo individuale può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CG.RG08b	E' presente un documento che descrive la metodologia utilizzata per effettuare la valutazione iniziale della persona accolta	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CG.RG09	Il progetto educativo individuale, redatto dopo il periodo di valutazione iniziale e comunque entro i primi 60 gg dall'inserimento, è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali	Per progetto educativo individuale condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. In caso di neo maggiorenni e giovani adulti la condivisione del progetto avviene con la persona accolta e i professionisti dei servizi territoriali.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CG.RG10	Il progetto educativo individuale è verificato e condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali almeno ogni sei mesi	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CG.RG11	La continuità del percorso socio-educativo è garantita attraverso i rapporti con i professionisti sanitari esterni alla struttura	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CG.RG11b	La continuità del percorso socio-educativo è garantita anche attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento	Per rete territoriale di riferimento si intendono, ad esempio, le scuole, le agenzie formative, i centri per l'impiego, le associazioni sportive.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CG.RG13	Le dimissioni sono concordate con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente, i servizi territoriali e l'autorità giudiziaria	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CG.RG14	Nella gestione del percorso di presa in carico sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale s'intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CG.RG16	Ad ogni persona accolta che lo richieda personalmente o attraverso chi la rappresenta legalmente, è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CG.RG17	E' definito il piano generale delle attività di animazione socio-educativa sia interne che esterne alla struttura e ne sono informate le persone accolte, e/o chi li rappresenta legalmente	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CG.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CG.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CG.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CG.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e sono facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CG.RG21b	E' definita una modalità di gestione per l'utilizzo dei media digitali	Per media digitali si intende ad esempio TV, PC, Tablet, Smartphone e similari.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CG.RG22	I beni personali delle persone accolte sono conservati secondo modalità che ne garantiscono la tutela	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CG.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CG.RG24	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	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CG.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	

SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CG.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CG.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CG.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CG.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CG.RG30	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	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CG.RG32	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CG.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture residenziali comunità familiare - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CF.RG01	La carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona accolta e/o a chi la rappresenta legalmente	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del Servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CF.RG04	E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività comunitarie svolte e delle loro fasce orarie aggiornata e resa disponibile alle persone accolte e/o a chi li rappresenta legalmente	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CF.RG07	Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta e tenuta aggiornata una cartella socio-educativa che tiene conto della storia di vita della persona, dei suoi bisogni, della sua situazione familiare e delle condizioni di salute	Nella cartella è acquisita anche la documentazione dei servizi inviati e/o dell'autorità giudiziaria.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CF.RG08	Dal giorno dell'ingresso è effettuata una valutazione iniziale delle condizioni della persona accolta	Per progetto educativo individuale si intende quello elaborato dalla struttura che accoglie il minore e eventualmente il genitore. Per progetto educativo individualizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto educativo individuale può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CF.RG08b	E' presente un documento che descrive la metodologia utilizzata per effettuare la valutazione iniziale della persona accolta	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CF.RG09	Il progetto educativo individuale, redatto dopo il periodo di valutazione iniziale e comunque entro i primi 60 gg dall'inserimento, è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali	Per progetto educativo individuale condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. In caso di neo maggiorenni e giovani adulti la condivisione del progetto avviene con la persona accolta e i professionisti dei servizi territoriali.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CF.RG10	Il progetto educativo individuale è verificato e condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali almeno ogni sei mesi	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CF.RG11	La continuità del percorso socio-educativo è garantita attraverso i rapporti con i professionisti sanitari esterni alla struttura	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CF.RG11b	La continuità del percorso socio-educativo è garantita anche attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento	Per rete territoriale di riferimento si intendono, ad esempio, le scuole, le agenzie formative, i centri per l'impiego, le associazioni sportive.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CF.RG13	Le dimissioni sono concordate con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente, i servizi territoriali e l'autorità giudiziaria	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CF.RG14	Nella gestione del percorso di presa in carico sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale s'intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CF.RG16	Ad ogni persona accolta che lo richieda personalmente o attraverso chi la rappresenta legalmente, è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CF.RG17	E' definito il piano generale delle attività di animazione socio-educativa sia interne che esterne alla struttura e ne sono informate le persone accolte, e/o chi li rappresenta legalmente	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CF.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CF.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CF.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CF.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e sono facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CF.RG21b	E' definita una modalità di gestione per l'utilizzo dei media digitali	Per media digitali si intende ad esempio TV, PC, Tablet, Smartphone e similari.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CF.RG22	I beni personali delle persone accolte sono conservati secondo modalità che ne garantiscono la tutela	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CF.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornate	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CF.RG24	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	



SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CF.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CF.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CF.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CF.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CF.RG30	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	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CF.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture residenziali comunità a dimensione familiare - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CDF.RG01	La carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona accolta e/o a chi la rappresenta legalmente	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del Servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CDF.RG02	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	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio residenziale. Non si tratta del progetto personalizzato relativo alla singola persona accolta.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CDF.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori, definiti dalla struttura, per il monitoraggio degli obiettivi e dei risultati attesi.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CDF.RG04	E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività comunitarie svolte e delle loro fasce orarie aggiornata e resa disponibile alle persone accolte e/o a chi li rappresenta legalmente	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CDF.RG07	Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta e tenuta aggiornata una cartella socio-educativa che tiene conto della storia di vita della persona, dei suoi bisogni, della sua situazione familiare e delle condizioni di salute	Nella cartella è acquisita anche la documentazione dei servizi inviati e/o dell'autorità giudiziaria.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CDF.RG08	Dal giorno dell'ingresso è effettuata una valutazione iniziale delle condizioni della persona accolta	Per progetto educativo individuale si intende quello elaborato dalla struttura che accoglie il minore e eventualmente il genitore. Per progetto educativo individualizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto educativo individuale può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CDF.RG08b	E' presente un documento che descrive la metodologia utilizzata per effettuare la valutazione iniziale della persona accolta	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CDF.RG09	Il progetto educativo individuale, redatto dopo il periodo di valutazione iniziale e comunque entro i primi 60 gg dall'inserimento, è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali	Per progetto educativo individuale condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. In caso di neo maggiorenni e giovani adulti la condivisione del progetto avviene con la persona accolta e i professionisti dei servizi territoriali.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CDF.RG10	Il progetto educativo individuale è verificato e condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali almeno ogni sei mesi	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CDF.RG11	La continuità del percorso socio-educativo è garantita attraverso i rapporti con i professionisti sanitari esterni alla struttura	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CDF.RG11b	La continuità del percorso socio-educativo è garantita anche attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento	Per rete territoriale di riferimento si intendono, ad esempio, le scuole, le agenzie formative, i centri per l'impiego, le associazioni sportive.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CDF.RG13	Le dimissioni sono concordate con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente, i servizi territoriali e l'autorità giudiziaria	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.CDF.RG14	Nella gestione del percorso di presa in carico sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale s'intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CDF.RG16	Ad ogni persona accolta che lo richieda personalmente o attraverso chi la rappresenta legalmente, è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CDF.RG17	E' definito il piano generale delle attività di animazione socio-educativa sia interne che esterne alla struttura e ne sono informate le persone accolte, e/o chi li rappresenta legalmente	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CDF.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CDF.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CDF.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CDF.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e sono facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CDF.RG21b	E' definita una modalità di gestione per l'utilizzo dei media digitali	Per media digitali si intende ad esempio TV, PC, Tablet, Smartphone e similari.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.CDF.RG22	I beni personali delle persone accolte sono conservati secondo modalità che ne garantiscono la tutela	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CDF.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CDF.RG24	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	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CDF.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	

SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CDF.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.CDF.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CDF.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CDF.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CDF.RG30	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	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CDF.RG32	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.CDF.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture residenziali gruppo appartamento per adolescenti e giovani - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.GAAG.RG01	La carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona accolta e/o a chi la rappresenta legalmente	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del Servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.GAAG.RG02	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	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio residenziale. Non si tratta del progetto personalizzato relativo alla singola persona accolta.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.GAAG.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori, definiti dalla struttura, per il monitoraggio degli obiettivi e dei risultati attesi.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.GAAG.RG04	E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività comunitarie svolte e delle loro fasce orarie aggiornata e resa disponibile alle persone accolte e/o a chi li rappresenta legalmente	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.GAAG.RG07	Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta e tenuta aggiornata una cartella socio-educativa che tiene conto della storia di vita della persona, dei suoi bisogni, della sua situazione familiare e delle condizioni di salute	Nella cartella è acquisita anche la documentazione dei servizi inviati e/o dell'autorità giudiziaria.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.GAAG.RG08	Dal giorno dell'ingresso è effettuata una valutazione iniziale delle condizioni della persona accolta	Per progetto educativo individuale si intende quello elaborato dalla struttura che accoglie il minore e eventualmente il genitore. Per progetto educativo individualizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto educativo individuale può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.GAAG.RG08b	E' presente un documento che descrive la metodologia utilizzata per effettuare la valutazione iniziale della persona accolta	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.GAAG.RG09	Il progetto educativo individuale, redatto dopo il periodo di valutazione iniziale e comunque entro i primi 60 gg dall'inserimento, è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali	Per progetto educativo individuale condiviso non s'intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. In caso di neo maggiorenni e giovani adulti la condivisione del progetto avviene con la persona accolta e i professionisti dei servizi territoriali.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.GAAG.RG10	Il progetto educativo individuale è verificato e condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali almeno ogni sei mesi	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.GAAG.RG11	La continuità del percorso socio-educativo è garantita attraverso i rapporti con i professionisti sanitari esterni alla struttura	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.GAAG.RG11b	La continuità del percorso socio-educativo è garantita anche attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento	Per rete territoriale di riferimento si intendono, ad esempio, le scuole, le agenzie formative, i centri per l'impiego, le associazioni sportive.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.GAAG.RG13	Le dimissioni sono concordate con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente, i servizi territoriali e l'autorità giudiziaria	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.GAAG.RG14	Nella gestione del percorso di presa in carico sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale s'intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.GAAG.RG16	Ad ogni persona accolta che lo richieda personalmente o attraverso chi la rappresenta legalmente, è garantita la possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose	La possibilità di esercitare le proprie pratiche religiose può avvenire sia in struttura sia all'esterno con le comunità di fede presenti sul territorio di riferimento, nel rispetto della libertà e dignità delle altre persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.GAAG.RG17	E' definito il piano generale delle attività di animazione socio-educativa sia interne che esterne alla struttura e ne sono informate le persone accolte, e/o chi li rappresenta legalmente	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.GAAG.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.GAAG.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.GAAG.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.GAAG.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione e sono facilitate dal personale	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.GAAG.RG21b	E' definita una modalità di gestione per l'utilizzo dei media digitali	Per media digitali si intende ad esempio TV, PC, Tablet, Smartphone e similari.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.GAAG.RG22	I beni personali delle persone accolte sono conservati secondo modalità che ne garantiscono la tutela	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.GAAG.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.GAAG.RG24	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	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.GAAG.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	

SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.GAAG.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.GAAG.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.GAAG.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.GAAG.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.GAAG.RG30	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	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.GAAG.RG32	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.GAAG.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture semiresidenziali per anziani - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.SSA.RG01	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	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche. Il termine "diffusi" va inteso come "divulgati" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura. Per rappresentante legale s'intendono gli amministratori di sostegno, i tutori e i curatori (come previsto dal codice civile).
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.SSA.RG02	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	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio non si tratta del piano personalizzato relativo alla singola persona assistita.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.SSA.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori per il monitoraggio degli obiettivi e risultati attesi. Gli indirizzi regionali e locali includono: gli atti di programmazione regionale e locale, la legge regionale 41/2005, la legge 40/2005.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.SSA.RG04	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	Il termine "diffuso" va inteso come "divulgato" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.SSA.RG05	E' presente un organigramma e funzionigramma della struttura accessibile al pubblico	Per organigramma s'intende la rappresentazione grafica dell'organizzazione della struttura articolata nei vari organi con indicazione delle relazioni gerarchiche (es. direttore, coordinatore, etc). Per funzionigramma s'intende la rappresentazione grafica delle funzioni e sottofunzioni degli organi della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.SSA.RG06	E' adottato un piano del rischio assistenziale finalizzato all'identificazione, analisi gestione e prevenzione dei rischi per le persone assistite	Per rischio assistenziale s'intende la probabilità che avvenga un evento con danno o senza danno durante l'attività di assistenza alla persona (es. somministrazione farmaci LASA, cadute, etc). La struttura deve definire all'interno del piano quali sono le tipologie di rischi per le persone assistite, descriverli e individuarne le modalità di prevenzione e gestione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.SSA.RG07	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	
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.SSA.RG08	Dal giorno dell'ingresso, è effettuato un periodo di osservazione delle condizioni della persona accolta finalizzata all'elaborazione del progetto personalizzato	Nel periodo di osservazione devono essere somministrate le schede di valutazione relative alla tre aree (organico-funzionale, cognitivo-comportamentale, relazionale-ambientale).
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.SSA.RG09	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	Per progetto personalizzato s'intende quello elaborato dalla struttura. Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto personalizzato può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.SSA.RG10	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	Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.SSA.RG11	La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura	
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.SSA.RG13	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	
PERCORSO ASSISTENZIALE	ANZ.SSA.RG14	Nella gestione del progetto personalizzato sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale si intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.SSA.RG15	Durante l'intero processo assistenziale e di cura sono adottati protocolli che garantiscono dignità e rispetto della persona accolta e il mantenimento delle capacità residue	All'interno dei protocolli deve essere data evidenza della modalità di garanzia della dignità e del rispetto della persona accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.SSA.RG17	Il piano delle attività di animazione e socializzazione, sia interne che esterne alla struttura, è elaborato sulla base dei progetti personalizzati ed è reso disponibile agli assistiti e/o a chi li rappresenta legalmente	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.SSA.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	ANZ.SSA.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.SSA.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornato	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.SSA.RG24	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	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.SSA.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.SSA.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).

SVILUPPO DELLE COMPETENZE	ANZ.SSA.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.SSA.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni, responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.SSA.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.SSA.RG30	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	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.SSA.RG31	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.SSA.RG32	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	ANZ.SSA.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture semiresidenziali per disabili - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.SSD.RG01	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	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche. Il termine "diffusi" va inteso come "divulgati" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura. Per rappresentante legale s'intendono gli amministratori di sostegno, i tutori e i curatori (come previsto dal codice civile).
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.SSD.RG02	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	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio semi residenziale. Non si tratta del piano personalizzato relativo alla singola persona assistita.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.SSD.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori per il monitoraggio degli obiettivi e risultati attesi. Gli indirizzi regionali e locali includono: gli atti di programmazione regionale e locale, la legge regionale 41/2005, la legge 40/2005.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.SSD.RG04	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	Il termine "diffuso" va inteso come "divulgato" anche tramite web come ad esempio la pubblicazione sul sito della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.SSD.RG05	E' presente un organigramma e funzionigramma della struttura accessibile al pubblico	Per organigramma s'intende la rappresentazione grafica dell'organizzazione della struttura articolata nei vari organi con indicazione delle relazioni gerarchiche (es. direttore, coordinatore, etc). Per funzionigramma s'intende la rappresentazione grafica delle funzioni e sottofunzioni degli organi della struttura.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.SSD.RG06	E' adottato un piano del rischio assistenziale finalizzato all'identificazione, analisi gestione e prevenzione dei rischi per le persone assistite	Per rischio assistenziale s'intende la probabilità che avvenga un evento con danno o senza danno durante l'attività di assistenza alla persona (es. somministrazione farmaci LASA, cadute, etc). La struttura deve definire all'interno del piano quali sono le tipologie di rischi per le persone assistite, descriverli e individuarne le modalità di prevenzione e gestione.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.SSD.RG07	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	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.SSD.RG08	Dal giorno dell'ingresso, è effettuato un periodo di osservazione delle condizioni della persona accolta finalizzata all'elaborazione del progetto personalizzato	Nel periodo di osservazione devono essere somministrate le schede di valutazione relative alle tre aree (organico-funzionale, cognitivo-comportamentale, relazionale- ambientale)
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.SSD.RG09	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.	Per progetto personalizzato s'intende quello elaborato dalla struttura. Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto personalizzato può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.SSD.RG10	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	Per progetto personalizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.SSD.RG11	La continuità del percorso assistenziale è garantita attraverso rapporti con i professionisti sanitari socio-sanitari e sociali esterni alla struttura	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.SSD.RG12	La continuità del percorso riabilitativo è garantita attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento	La rete territoriale di riferimento include anche le Associazioni del Terzo Settore con particolare riferimento a quelle rappresentative delle persone con disabilità. Il percorso riabilitativo include anche l'intervento educativo e l'animazione socio-educativa.
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.SSD.RG13	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	
PERCORSO ASSISTENZIALE	DIS.SSD.RG14	Nella gestione del progetto personalizzato sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale s'intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.SSD.RG15	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	All'interno dei protocolli deve essere data evidenza della modalità di garanzia della dignità e del rispetto della persona accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.SSD.RG17	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	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.SSD.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	DIS.SSD.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere declinato dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.SSD.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornate	



SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.SSD.RG24	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.	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.SSD.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.SSD.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	DIS.SSD.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.SSD.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni, responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.SSD.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.SSD.RG30	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	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.SSD.RG31	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.SSD.RG32	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	DIS.SSD.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

Strutture semi-residenziali per minori - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.SSM.RG01	La carta dei servizi aggiornata e il regolamento interno vengono consegnati ad ogni persona accolta e/o a chi la rappresenta legalmente	L'aggiornamento della Carta dei Servizi può risultare, oltre che dalla data apposta sulla Carta del Servizio stessa, anche ad esempio, da un verbale di incontro in cui si è valutata la necessità di apportare eventuali modifiche.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.SSM.RG02	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	Il piano complessivo si riferisce all'organizzazione generale del servizio semi residenziale. Non si tratta del progetto personalizzato relativo alla singola persona accolta.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.SSM.RG03	Il piano delle attività e dei risultati attesi è coerente con gli indirizzi regionali e locali e viene aggiornato e valutato attraverso un sistema di indicatori	La coerenza del piano con gli indirizzi regionali e locali è dimostrata con il richiamo agli atti normativi e di programmazione. L'aggiornamento è dimostrato dalla presenza del riferimento temporale di ultima revisione. La valutazione è dimostrata con la presenza di un set di indicatori, definiti dalla struttura, per il monitoraggio degli obiettivi e dei risultati attesi.
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.SSM.RG04	E' definita una giornata tipo con indicazione delle attività comunitarie svolte e delle loro fasce orarie aggiornata e resa disponibile alle persone accolte e/o a chi li rappresenta legalmente	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.SSM.RG07	Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta e tenuta aggiornata una cartella socio-educativa che tiene conto della storia di vita della persona, dei suoi bisogni, della sua situazione familiare e delle condizioni di salute	Nella cartella è acquisita anche la documentazione dei servizi inviati e/o dell'autorità giudiziaria.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.SSM.RG08	Dal giorno dell'ingresso è effettuata una valutazione iniziale delle condizioni della persona accolta	Per progetto educativo individuale si intende quello elaborato dalla struttura che accoglie il minore e eventualmente il genitore. Per progetto educativo individualizzato condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto educativo individuale può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.SSM.RG08b	E' presente un documento che descrive la metodologia utilizzata per effettuare la valutazione iniziale della persona accolta	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.SSM.RG09	Il progetto educativo individuale, redatto dopo il periodo di valutazione iniziale e comunque entro i primi 60 gg dall'inserimento, è condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali	Per progetto educativo individuale condiviso non s'intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. In caso di neo maggiorenni e giovani adulti la condivisione del progetto avviene con la persona accolta e i professionisti dei servizi territoriali.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.SSM.RG10	Il progetto educativo individuale è verificato e condiviso con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente e i professionisti dei servizi territoriali almeno ogni sei mesi	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.SSM.RG11	La continuità del percorso socio-educativo è garantita attraverso i rapporti con i professionisti sanitari esterni alla struttura	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.SSM.RG11b	La continuità del percorso socio-educativo è garantita anche attraverso rapporti con la rete territoriale di riferimento	Per rete territoriale di riferimento si intendono, ad esempio, le scuole, le agenzie formative, i centri per l'impiego, le associazioni sportive.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.SSM.RG13	Le dimissioni sono concordate con la persona accolta e/o con chi la rappresenta legalmente, i servizi territoriali e l'autorità giudiziaria	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MIN.SSM.RG14	Nella gestione del percorso di presa in carico sono garantite modalità di supervisione professionale e lavoro in equipe	Per supervisione professionale s'intende il confronto professionale su singoli casi o su aspetti di carattere generale che può attuarsi attraverso singoli incontri tra i professionisti dell'equipe.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.SSM.RG17	E' definito il piano generale delle attività di animazione socio-educativa sia interne che esterne alla struttura e ne sono informate le persone accolte, e/o chi li rappresenta legalmente	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.SSM.RG19	Il comfort degli ambienti di vita è valutato periodicamente e comunque non oltre i 2 anni	Il concetto "comfort degli ambienti di vita" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.SSM.RG20	Sono attuate buone pratiche per evitare rumori molesti all'interno della struttura	Il concetto di "rumori molesti" deve essere definito dalla struttura in relazione all'utenza accolta.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MIN.SSM.RG21b	E' definita una modalità di gestione per l'utilizzo dei media digitali	Per media digitali si intende ad esempio TV, PC, Tablet, Smartphone e similari.
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.SSM.RG23	Per ciascun operatore la struttura dispone di un fascicolo personale e delle competenze aggiornate	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.SSM.RG24	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	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.SSM.RG25	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è diffuso agli operatori	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.SSM.RG26	La struttura dispone di un elenco aggiornato degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno e, per ognuno, l'elenco dei partecipanti	Gli eventi formativi da riportare in elenco sono sia quelli obbligatori (ovvero previsti per legge) sia quelli non-obbligatori (ovvero promossi dalla struttura ma non necessariamente previsti per legge).
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MIN.SSM.RG27	Per il personale neo assunto/neo inserito è prevista una modalità di inserimento che ne garantisce la supervisione dell'attività e la valutazione delle competenze	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.SSM.RG28	Le modalità di redazione e approvazione dei documenti del sistema qualità (es. procedure e protocolli) sono definite in una procedura	Un documento per definirsi procedura deve contenere almeno i seguenti elementi: scopo, applicabilità, riferimenti normativi interni ed esterni, abbreviazioni e acronimi, definizione e descrizione delle fasi e delle funzioni responsabili del processo, sistema di monitoraggio di alcune fasi del processo attraverso l'individuazione di un set di indicatori e relativo standard.

IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.SSM.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.SSM.RG30	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	Ai fini della rintracciabilità uno strumento utilizzabile è, ad esempio, il deposito firme.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.SSM.RG32	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	I risultati delle indagini devono essere analizzati e condivisi entro i tre mesi successivi all'effettuazione dell'indagine stessa.
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	MIN.SSM.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo</li> <li>• di una tempistica di risposta</li> <li>• di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti</li> </ul>	

**INDICE****Requisiti Generali Assistenza domiciliare erogata da organizzazioni (sezione R.G.)****Sezione 1: Organizzazione e gestione**

Elementi identificativi del servizio  
Politica e obiettivi  
Pianificazione delle attività  
Gestione risorse tecnologiche e strumentali  
Gestione risorse umane  
Formazione e aggiornamento  
Organizzazione del lavoro e aspetti tecnico-amministrativi  
Sistema informativo  
Sicurezza, rischio clinico e gestione delle emergenze

**Sezione 2: Assistenza, cura e sostegno alla persona**

Gestione generale dell'utente

**Sezione 3: Valutazione, partecipazione, umanizzazione, etica**

Carta dei servizi  
Valutazione della soddisfazione degli utenti e dei soggetti terzi  
Valutazione della soddisfazione degli operatori e del clima interno  
Rapporti esterni  
Umanizzazione  
Gestione dei reclami

**Sezione 4: Sistema di gestione per la qualità**

Politica per la qualità  
Piano per la qualità  
Gestione della documentazione  
Gestione delle registrazioni documentali

Allegato B

**REQUISITI GENERALI ASSISTENZA DOMICILIARE - ORGANIZZAZIONI (sezione R.G.)**  
**Sezione1: Organizzazione e gestione**

Sez	Cap.	Codice	Descrizione requisito
R.G.	01.	01	<b>Elementi identificativi del servizio</b>
R.G.	01.	01.01	La denominazione del servizio è identificata chiaramente
R.G.	01.	01.02	In particolare è specificata la natura pubblica o privata del servizio
R.G.	01.	02.	<b>Politica e obiettivi</b>
R.G.	01.	02.01	Il servizio ha adottato un documento che esplicita la missione
R.G.	01.	02.02	Il servizio ha adottato un documento che esplicita le politiche complessive
R.G.	01.	02.03	Il servizio ha adottato un documento in cui sono esplicitati gli obiettivi
R.G.	01.	03.	<b>Pianificazione delle attività</b>
R.G.	01.	03.01	Viene definito un piano complessivo delle attività e dei risultati attesi
R.G.	01.	03.02	Il servizio ha adottato un sistema di indicatori per la valutazione del piano
R.G.	01.	03.03	Il piano viene aggiornato
R.G.	01.	03.04	Il piano è portato a conoscenza di tutto il personale
R.G.	01.	03.05	E' stata definita una procedura che definisca le modalità di programmazione degli acquisti
R.G.	01.	04.	<b>Gestione risorse tecnologiche e strumentali</b>
R.G.	01.	04.01	E' definito un piano annuale per la manutenzione programmata, con indicati gli obiettivi, le azioni da intraprendere e i tempi di attuazione
R.G.	01.	04.02	Viene effettuato il monitoraggio delle attività di manutenzione programmata e viene tenuta registrazione degli interventi effettivamente attuati nell'anno
R.G.	01.	04.03	Sono disponibili per le attrezzature, macchine ed apparecchiature utilizzate per l'assistenza, l'elenco aggiornato, i manuali d'uso, le schede di collaudo, le schede di manutenzione, le schede di verifica di sicurezza, le schede di dismissione
R.G.	01.	05.	<b>Gestione risorse umane</b>
R.G.	01.	05.01	La Direzione assicura che i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente
R.G.	01.	05.02	Si garantisce che gli operatori siano in possesso di titolo specifico prevedendo per l'eventuale acquisizione dello stesso forme legittime di valorizzazione e riconoscimento della specifica esperienza lavorativa
R.G.	01.	05.03	Gli attestati professionali di tutti gli operatori sono disponibili e sottoposti a controllo
R.G.	01.	05.04	E' presente un elenco sempre aggiornato di tutto il personale, con indicazione della qualifica professionale, consultabile ed accessibile

## Allegato B

Sez	Cap.	Codice	Descrizione requisito
R.G.	01.	05.05	L'elenco dei turni di lavoro giornaliero e settimanale degli operatori è consultabile ed accessibile
R.G.	01.	05.06	Esiste una procedura che definisca le modalità di supervisione e coordinamento
R.G.	01.	05.07	Esiste una procedura che definisca le modalità di identificazione degli operatori
R.G.	01.	05.08	Sono definiti e periodicamente monitorati i carichi di lavoro di tutto il personale
R.G.	01.	05.09	Esistono criteri di valutazione periodica del personale condiviso con i lavoratori e le loro rappresentanze sindacali
R.G.	01.	05.10	Sono garantiti il rispetto dei contratti collettivi nazionali e decentrati e la regolarità contributiva, previdenziale e assicurativa relativa ai rapporti di lavoro dipendente e assimilati
<b>R.G.</b>	<b>01.</b>	<b>06.</b>	<b>Formazione e aggiornamento</b>
R.G.	01.	06.01	Sono definiti piani di formazione generale e specifica in relazione ai diversi profili professionali e al lavoro di equipe
R.G.	01.	06.02	E' definita una procedura per le modalità di inserimento del personale neo assunto
R.G.	01.	06.03	Il piano di formazione garantisce l'aggiornamento degli operatori anche sugli aspetti della normativa vigente compresi gli aspetti della sicurezza nei luoghi di lavoro
R.G.	01.	06.04	Il piano di formazione è redatto dalla direzione e discusso con le organizzazioni sindacali che rappresentano i lavoratori
R.G.	01.	06.05	Il piano di formazione viene diffuso agli operatori
R.G.	01.	06.06	Viene tenuto aggiornato un elenco dei corsi di formazione effettivamente realizzati nel corso dell'anno
R.G.	01.	06.07	Viene tenuto aggiornato un elenco degli operatori che effettivamente hanno partecipato, in relazione ad ogni corso attivato
R.G.	01.	06.08	Vengono diffusi a tutti gli operatori interessati i contenuti appresi nell'ambito dei percorsi formativi frequentati
R.G.	01.	06.09	E' messo a disposizione e facilmente fruibile il materiale formativo consegnato nell'ambito dei corsi di formazione
R.G.	01.	06.10	La formazione e l'aggiornamento avvengono secondo quanto previsto dai contratti di lavoro nazionali o in base a specifici accordi regionali e/o aziendali
<b>R.G.</b>	<b>01.</b>	<b>07.</b>	<b>Organizzazione del lavoro e aspetti tecnico-amministrativi</b>
R.G.	01.	07.01	E' adottato il regolamento interno
R.G.	01.	07.02	E' presente un organigramma funzionale del servizio costantemente aggiornato, consultabile ed accessibile
R.G.	01.	07.03	Sono definite e assegnate le responsabilità e i ruoli di ciascun operatore nel conseguimento degli obiettivi generali e specifici
R.G.	01.	07.04	E' presente una declaratoria delle funzioni del responsabile del servizio e dei responsabili delle eventuali articolazioni operative
R.G.	01.	07.05	Esiste una procedura che definisca le modalità di gestione del lavoro per equipe
R.G.	01.	07.06	Esiste il piano di lavoro mensile e settimanale
R.G.	01.	07.07	Vengono effettuati incontri periodici per l'organizzazione del lavoro e delle attività

## Allegato B

Sez	Cap.	Codice	Descrizione requisito
R.G.	01.	07.08	Si rispetta la copertura della fascia oraria giornaliera dichiarata
R.G.	01.	07.09	Si rispettano i tempi previsti per l'attivazione del servizio
R.G.	01.	07.10	Sono definite le procedure amministrative relative a:
R.G.	01.	07.10.01	- le modalità di pagamento, quando previsto
R.G.	01.	07.10.02	- l'accesso al servizio
R.G.	01.	07.10.03	- l'acquisizione del consenso informato nei casi previsti
R.G.	01.	07.11	Le procedure amministrative garantiscono i collegamenti operativo funzionali tra i servizi tecnico- amministrativi ed i servizi assistenziali
R.G.	01.	07.12	Il servizio garantisce la comunicazione con gli assistiti, i familiari o i rappresentanti legali in riferimento agli aspetti organizzativi e gestionali
R.G.	01.	07.13	Il servizio ha uno sportello informativo anche virtuale, con orario di apertura al pubblico
R.G.	01.	07.14	Il servizio assicura la possibilità di contatto da parte dei soggetti interessati durante l'orario di svolgimento delle prestazioni
R.G.	01.	07.15	E' predisposto e diffuso materiale informativo sui servizi offerti
<b>R.G.</b>	<b>01.</b>	<b>08.</b>	<b>Sistema informativo</b>
R.G.	01.	08.01	Viene assicurata la raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo e risultato anche ai fini della verifica e miglioramento della qualità, garantendo nel tempo la necessaria informatizzazione
R.G.	01.	08.02	E' assicurata l'esistenza di procedure formalizzate con particolare riferimento a:
R.G.	01.	08.02.01	- le modalità di raccolta delle informazioni
R.G.	01.	08.02.02	- la diffusione e l'utilizzo delle informazioni
R.G.	01.	08.02.03	- il rispetto della normativa sulla privacy
R.G.	01.	08.03	E' stato individuato un responsabile del sistema informativo, che gestisce le procedure di raccolta e di verifica della qualità e di diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste dalle norme vigenti
R.G.	01.	08.04	Vengono redatti report mensili, indicanti il numero e la tipologia degli utenti in carico
<b>R.G.</b>	<b>01.</b>	<b>09.</b>	<b>Sicurezza, rischio clinico e gestione delle emergenze</b>
R.G.	01.	09.01	Esiste una procedura che definisca le modalità di gestione del rischio biologico per gli operatori e per gli utenti con riferimento specifico alle malattie trasmissibili
R.G.	01.	09.02	Sono definite procedure per la protezione del personale da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza agli utenti
R.G.	01.	09.03	Sono definite le tipologie delle emergenze di tipo clinico, organizzativo e tecnologico e le procedure per la loro gestione
R.G.	01.	09.04	E' prevista una procedura di gestione delle situazioni e violenza dell'utente da parte di familiari e/o di terzi
R.G.	01.	09.05	La valutazione dei rischi per gli operatori tiene conto della specificità legata all'attività lavorativa effettuata a domicilio
R.G.	01.	09.06	Esiste una procedura di gestione degli eventi critici
R.G.	01.	09.07	Sono attivate azioni di miglioramento a seguito delle annotazioni di tali eventi

## Allegato B

## Sezione 2: Assistenza, cura e sostegno alla persona

Sez. R.G.	Cap. 02.	Codice 01	Descrizione requisito
			<b>Gestione generale dell'utente</b>
R.G.	02.	01.01	Si da evidenza delle modalità di gestione nella fase di attivazione e presa in carico che tengano conto dei bisogni dell'utente e dei suoi familiari, includendo una fase di osservazione
R.G.	02.	01.02	La conclusione dell'intervento è concordata con l'utente e la famiglia e, nel caso di servizio pubblico o privato convenzionato, con i servizi territoriali
R.G.	02.	01.03	L'utente viene chiaramente e tempestivamente informato in caso di modifica del giorno e dell'ora della prestazione
R.G.	02.	01.04	E' presente una procedura di raccordo coi servizi esterni a garanzia del percorso assistenziale
R.G.	02.	01.05	Nell'organizzazione del lavoro si osserva un turn over il più possibile limitato degli operatori per la continuità dell'assistenza
R.G.	02.	01.06	L'utente viene chiaramente e tempestivamente informato in caso di turn over dell'operatore
R.G.	02.	01.07	E' istituita e costantemente aggiornata la cartella personalizzata dell'utente che viene aperta al momento della presa in carico
R.G.	02.	01.08	E' redatto un progetto individuale di intervento, elaborato da una equipe, che individua gli obiettivi specifici di intervento, le prestazioni, i tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi
R.G.	02.	01.09	Nel caso di presa in carico dell'utente da parte dei servizi territoriali, il progetto individuale è redatto sulla base di quello definito dai servizi
R.G.	02.	01.10	Il progetto individuale è partecipato e discusso con l'utente e/o i familiari o i rappresentanti legali e, nel caso di servizio pubblico o privato convenzionato, i servizi territoriali
R.G.	02.	01.11	Vengono effettuate verifiche almeno semestrali del progetto, elaborato dall'equipe, sull'appropriatezza dell'intervento assistenziale in ordine alla natura delle prestazioni e al tempo richiesto
R.G.	02.	01.12	Le verifiche sono partecipate e discusse con l'utente e/o familiari o rappresentanti legali e, nel caso di servizio pubblico o privato convenzionato, i servizi territoriali
R.G.	02.	01.13	Sono definiti protocolli operativi per le attività più frequenti e più critiche per la loro esecuzione e controllo, condivisi e partecipati con le diverse figure interessate



Allegato B

**Sezione 3: Valutazione, partecipazione, umanizzazione, etica**

Sez	Cap.	Codice	Descrizione requisito
R.G.	03.	01	
R.G.	03.	01.01.	<b>Carta dei servizi</b> La carta dei servizi aggiornata è consegnata agli utenti e a chiunque ne faccia richiesta
R.G.	03.	01.02.	Si evidenzia l'avvenuta consegna della carta dei servizi aggiornata ad ogni utente, operatore e a chiunque ne faccia richiesta
R.G.	03.	02.	
R.G.	03.	02.01	<b>Valutazione della soddisfazione degli utenti e dei soggetti terzi</b> Sono definite procedure e vengono condotte indagini periodiche di soddisfazione degli utenti
R.G.	03.	02.02	Sono definite procedure e vengono condotte indagini periodiche di soddisfazione della rete di sostegno alla persona
R.G.	03.	02.03	C'è evidenza documentale della diffusione dei risultati delle indagini di soddisfazione
R.G.	03.	02.04	I dati delle indagini vengono analizzati al fine di tradurli in azioni correttive e di miglioramento dei servizi offerti
R.G.	03.	03.	
R.G.	03.	03.01	<b>Valutazione della soddisfazione degli operatori e del clima interno</b> Esistono forme di valutazione della soddisfazione degli operatori e del clima interno
R.G.	03.	03.02	C'è evidenza documentale della diffusione della valutazione dei risultati della soddisfazione e del clima interno
R.G.	03.	03.03	Gli esiti della valutazione vengono analizzati al fine di tradurli in azioni correttive e di miglioramento dei servizi offerti
R.G.	03.	04.	
R.G.	03.	04.01	<b>Rapporti esterni</b> Sono presenti rapporti con l'associazionismo del territorio
R.G.	03.	04.02	Il servizio svolge attività di rete con gli altri servizi territoriali
R.G.	03.	05.	
R.G.	03.	05.01	<b>Umanizzazione</b> E' presente una procedura per la gestione delle comunicazioni a familiari o rappresentanti legali in caso di eventi critici
R.G.	3.	06.	
R.G.	03.	06.01	<b>Gestione dei reclami</b> E' definita una procedura che descriva le modalità di gestione dei reclami
R.G.	03.	06.02	E' fornito agli utenti un modello per i reclami, osservazioni e suggerimenti
R.G.	03.	06.03	Viene data prontamente risposta ai reclami ricevuti e comunque non oltre i trenta giorni
R.G.	03.	06.04	Si da evidenza delle azioni di miglioramento intraprese a seguito di ogni reclamo

Allegato B

## Sezione 4: Sistema di gestione per la qualità

Sez R.G...	Cap. 04.	Codice 01	Descrizione requisito
			<b>Politica per la qualità</b>
R.G.	04.	01.01	Esiste una struttura di staff della direzione che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità
R.G.	04.	01.02	E' definito un documento ove sia esplicitata la politica per la qualità
R.G.	04.	01.03	Una sintesi del documento è resa disponibile a chiunque ne faccia richiesta
R.G.	04.	01.04	Viene diffusa agli operatori la politica adottata per la qualità
R.G.	04.	01.05	Sono attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività
R.G.	04.	01.06	Viene garantito il controllo di qualità interno
R.G.	04.	01.07	Esiste la funzione del facilitatore di qualità
			<b>Piano per la qualità</b>
R.G.	04.	02.01	Il piano della qualità è redatto tenendo conto di:
R.G.	04.	02.01.01	- appropriatezza nell'uso delle risorse
R.G.	04.	02.01.02	- integrazione con il territorio
R.G.	04.	02.01.03	- adeguatezza degli interventi e delle prestazioni ai bisogni degli utenti
R.G.	04.	02.02	Il piano viene partecipato con gli operatori
R.G.	04.	02.03	Gli obiettivi del piano sono consultabili e accessibili
R.G.	04.	02.04	Viene effettuato il monitoraggio degli obiettivi per la qualità
R.G.	04.	02.05	I risultati ottenuti sono diffusi ad utenti ed operatori
			<b>Gestione della documentazione</b>
R.G.	04.	03.01	Esiste una procedura che definisca le modalità necessarie da ottemperare per la redazione e l'approvazione delle procedure
R.G.	04.	03.02	Le procedure esplicitano:
R.G.	04.	03.02.01	- obiettivi
R.G.	04.	03.02.02	- azioni e responsabilità
R.G.	04.	03.02.03	- indicatori e valori attesi
R.G.	04.	03.02.04	- modalità di verifica, analisi
R.G.	04.	03.03	Le procedure, i protocolli, i documenti operativi sono identificabili e rintracciabili
R.G.	04.	03.04	Si da chiara evidenza dello stato di revisione corrente delle procedure, protocolli e documenti operativi
R.G.	04.	03.05	E' garantita la diffusione e comunicazione delle procedure agli operatori, utenti, familiari e rappresentanti legali
R.G.	04.	03.06	E' stato nominato un referente per l'assicurazione della qualità
R.G.	04.	03.07	C'è evidenza delle azioni correttive intraprese, in caso di non conformità
			<b>Gestione delle registrazioni documentali</b>
R.G.	04.	04.01	Esiste una procedura che definisca le modalità per l'identificazione, l'archiviazione, la protezione e la durata di conservazione delle registrazioni
R.G.	04.	04.02	Le registrazioni sono leggibili
R.G.	04.	04.03	Le registrazioni sono identificabili e rintracciabili
R.G.	04.	04.04	Le registrazioni sono firmate e datate da parte degli operatori che hanno eseguito la prestazione