

ALLEGATO A - REQUISITI GENERALI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

- ◆ Requisiti Generali Strutture residenziali sanitarie assistenziali per anziani (ANZ.RSA)
- ◆ Requisiti Generali Strutture residenziali sanitarie per disabili (DIS.RSD)
- ◆ Requisiti Generali Strutture residenziali a carattere comunitario per persone a rischio psico sociale e/o in condizioni di disagio relazionale (DIS.RPS)
- ◆ Requisiti Generali Strutture residenziali comunità alloggio protetta per disabili (DIS.CAP)
- ◆ Requisiti Generali Strutture residenziali multiutenza (MUL.MUL)
- ◆ Requisiti Generali Strutture residenziali per l'accoglienza di persone dipendenti da sostanze da abuso (DIP.RATDA)
- ◆ Requisiti Generali Strutture residenziali centro di pronta accoglienza per minori (MIN.CPA)
- ◆ Requisiti Generali Strutture residenziali casa accoglienza e gruppo appartamento per minori (MIN.CG)
- ◆ Requisiti Generali Strutture residenziali comunità familiare per minori (MIN.CF)
- ◆ Requisiti Generali Strutture residenziali comunità a dimensione familiare per minori (MIN. CDF)
- ◆ Requisiti Generali Strutture residenziali gruppo appartamento per adolescenti e giovani (MIN.GAAG)
- ◆ Requisiti Generali Strutture semiresidenziali per anziani (ANZ.SSA)
- ◆ Requisiti Generali Strutture semiresidenziali per disabili (DIS.SSD)
- ◆ Requisiti Generali Strutture semiresidenziali per minori (MIN.SSM)

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 marconigramma 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.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	

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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 alla 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 giorni 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.

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	ANZ.RSA.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	ANZ.RSA.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	

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 marconigramma 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 giorni 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

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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	

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	DIS.RSD.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	DIS.RSD.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	

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 marconigramma 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 giorni 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.

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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	

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	PSI.RPS.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	PSI.RPS.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	

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 marconigramma 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 giorni 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

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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	

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	DIS.CAP.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	DIS.CAP.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	

Strutture residenziali multiutenza - Requisiti Generali -			
CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MUL.MUL.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	MUL.MUL.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	MUL.MUL.RG07	Per ogni persona accolta, al momento dell'inserimento in struttura, è aperta e tenuta aggiornata una cartella socio-educativa/assistenziale 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	MUL.MUL.RG08	Dal giorno dell'ingresso è effettuata una valutazione iniziale delle condizioni della persona accolta	Per progetto educativo individuale/progetto assistenziale individuale si intende quello elaborato dalla struttura che accoglie il minore e eventualmente il genitore e/o adulto/disabile. Per progetto educativo individualizzato /progetto assistenziale individuale condiviso non si intende la "firma per presa visione" ma l'effettiva partecipazione all'incontro/incontri di condivisione. Il progetto educativo individuale/progetto assistenziale individuale può non essere redatto se si tratta di inserimenti temporanei.
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MUL.MUL.RG08b	E' presente un documento che descrive la metodologia utilizzata per effettuare la valutazione iniziale della persona accolta	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MUL.MUL.RG09	Il progetto educativo individuale/progetto assistenziale individuale, redatto dopo il periodo di valutazione iniziale e comunque entro i primi 60 giorni 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/progetto assistenziale 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	MUL.MUL.RG10	Il progetto educativo individuale/progetto assistenziale 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	MUL.MUL.RG11	La continuità del percorso socio-educativo/assistenziale è garantita attraverso i rapporti con i professionisti sanitari esterni alla struttura	
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MUL.MUL.RG11b	La continuità del percorso socio-educativo/assistenziale 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.

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
PERCORSO SOCIO EDUCATIVO E ASSISTENZIALE	MUL.MUL.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	MUL.MUL.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	MUL.MUL.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	MUL.MUL.RG17	E' definito il piano generale delle attività di animazione socio-educativa/socio-riabilitativa/ di socializzazione sia interne che esterne alla struttura e ne sono informate le persone accolte, e/o chi li rappresenta legalmente	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MUL.MUL.RG18	La personalizzazione degli ambienti di vita è facilitata e promossa dalla struttura compatibilmente con la normativa di riferimento	
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MUL.MUL.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	MUL.MUL.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	MUL.MUL.RG21	Le comunicazioni e la corrispondenza con l'esterno sono garantite e facilitate dalla struttura attraverso i principali mezzi di comunicazione	Il requisito richiede che la struttura definisca quali sono i principali mezzi di comunicazione messi a disposizione delle persone accolte.
PERSONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	MUL.MUL.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	MUL.MUL.RG22	I beni personali delle persone accolte sono conservati secondo modalità che ne garantiscono la tutela	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MUL.MUL.RG23	Per i due o più adulti che convivono in modo stabile Nella struttura è presente un fascicolo personale e delle competenze aggiornato	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MUL.MUL.RG24	Il piano di formazione e sviluppo delle competenze è redatto in base ai bisogni formativi dei due o più adulti che convivono in modo stabile Nella struttura.	
SVILUPPO DELLE COMPETENZE	MUL.MUL.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).

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MUL.MUL.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 QUALITÀ	MUL.MUL.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 QUALITÀ	MUL.MUL.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	

Strutture residenziali per l'accoglienza 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 marconigramma 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 giorni 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

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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 aggiornato	
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 QUALITÀ	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.

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	DIP.RATDA.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	DIP.RATDA.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	

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.

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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 aggiornato	
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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	MIN.CPA.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	MIN.CPA.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	

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 giorni 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.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.

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	MIN.CG.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	MIN.CG.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	

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 giorni 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.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	

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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 aggiornato	
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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	MIN.CF.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	MIN.CF.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	

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 giorni 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.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.

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	MIN.CDF.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	MIN.CDF.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	

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 giorni 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.

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	MIN.GAAG.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	MIN.GAAG.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	

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 semi residenziale. 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 giorni dall'inserimento, è elaborato sulla base del progetto dei servizi territoriali 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.

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	ANZ.SSA.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	ANZ.SSA.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	

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 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.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 alla 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 giorni dall'inserimento, è elaborato sulla base del progetto dei servizi territoriali 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.

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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 aggiornato	
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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	DIS.SSD.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	DIS.SSD.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	

Strutture semiresidenziali 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 giorni 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	

CAPITOLO	CODICE	REQUISITO	NOTE ESPLICATIVE PER LE STRUTTURE E IL GRUPPO TECNICO REGIONALE DI VALUTAZIONE
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 aggiornato	
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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	MIN.SSM.RG29	I documenti del sistema qualità sono disponibili e accessibili agli operatori	
IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	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 QUALITÀ	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 QUALITÀ	MIN.SSM.RG33	La gestione delle relazioni con il pubblico prevede l'adozione: <ul style="list-style-type: none"> • di uno strumento per presentare una segnalazione o un reclamo • di una tempistica di risposta • di una modalità di restituzione delle eventuali azioni di miglioramento attivate e dei risultati ottenuti 	