
**NORMA
ITALIANA**

Servizi
Assistenza residenziale agli anziani
Requisiti del servizio

UNI 10881

GENNAIO 2013

Services
Nursing homes
Service requirements

La norma, fornisce i requisiti dei servizi residenziali di assistenza agli anziani.

TESTO ITALIANO

La presente norma sostituisce la UNI 10881:2000.

ICS 03.080.30

UNI
Ente Nazionale Italiano
di Unificazione
Via Sannio, 2
20137 Milano, Italia

© UNI
Riproduzione vietata. Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte del presente documento può essere riprodotta o diffusa con un mezzo qualsiasi, fotocopie, microfilm o altro, senza il consenso scritto dell'UNI.

www.uni.com



PREMESSA

La presente norma è stata elaborata sotto la competenza della Commissione Tecnica UNI

Commercio

La Commissione Centrale Tecnica dell'UNI ha dato la sua approvazione il 28 novembre 2012.

La presente norma è stata ratificata dal Presidente dell'UNI ed è entrata a far parte del corpo normativo nazionale il 10 gennaio 2013.

Le norme UNI sono elaborate cercando di tenere conto dei punti di vista di tutte le parti interessate e di conciliare ogni aspetto conflittuale, per rappresentare il reale stato dell'arte della materia ed il necessario grado di consenso.

Chiunque ritenesse, a seguito dell'applicazione di questa norma, di poter fornire suggerimenti per un suo miglioramento o per un suo adeguamento ad uno stato dell'arte in evoluzione è pregato di inviare i propri contributi all'UNI, Ente Nazionale Italiano di Unificazione, che li terrà in considerazione per l'eventuale revisione della norma stessa.

Le norme UNI sono revisionate, quando necessario, con la pubblicazione di nuove edizioni o di aggiornamenti.

È importante pertanto che gli utilizzatori delle stesse si accertino di essere in possesso dell'ultima edizione e degli eventuali aggiornamenti.

Si invitano inoltre gli utilizzatori a verificare l'esistenza di norme UNI corrispondenti alle norme EN o ISO ove citate nei riferimenti normativi.

INDICE

0	INTRODUZIONE	1
1	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	1
2	RIFERIMENTI NORMATIVI	1
3	TERMINI E DEFINIZIONI	1
4	REQUISITI DEL SERVIZIO	2
4.1	Requisiti generali.....	2
4.2	Definizione degli indirizzi generali (mission).....	3
4.3	Definizione della Politica e dei risultati.....	3
4.4	Informazione.....	4
4.5	Fase di ammissione.....	4
4.6	Fase di inserimento.....	5
4.7	Progettazione individualizza e piano personalizzato.....	5
4.8	Realizzazione dei servizi e verifica dei risultati.....	6
4.9	Assistenza e supporto nel caso di assenza temporanea.....	7
4.10	Fase di dimissione.....	7
4.11	Attività comuni.....	8
4.12	Soddisfazione degli utenti e dei committenti.....	8
4.13	Definizione dei ruoli e delle responsabilità.....	8
4.14	Requisiti per il personale.....	8
5	PROGETTAZIONE DEI SERVIZI INNOVATIVI	9
5.1	Raccolta dati di base.....	9
5.2	Definizione delle specifiche del servizio e delle modalità di realizzazione.....	9
5.3	Riesame, verifica e validazione della progettazione.....	9
5.4	Controllo.....	9
APPENDICE A (informativa)	ESEMPI DI INDICATORI DI PROCESSO	10
prospetto A.1	Indicatori per la raccolta di informazioni.....	10
prospetto A.2	Indicatori per il montaggio degli obiettivi.....	11
APPENDICE B (informativa)	ESEMPI DI OBIETTIVI	12
prospetto B.1	Esempi di obiettivi aggregati.....	12
APPENDICE C (informativa)	CONTENUTI TIPICI DEL REGOLAMENTO	13

0

INTRODUZIONE

La presente norma tiene conto della specificità dei servizi alla persona e alla comunità. Essa, è complementare alla UNI EN ISO 9001: 2008 che rappresenta il riferimento per l'attuazione e la gestione di un sistema di gestione per la qualità aziendale.

Nell'applicazione della presente norma si considerano acquisiti gli obblighi previsti dalla normativa cogente in vigore.

Nota La normativa cogente include le normative regionali in materia di autorizzazione al funzionamento e accreditamento (ove esistenti ed applicabili).

1

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente norma si applica ai servizi residenziali per anziani che perseguono finalità assistenziali o socio-sanitarie, a carattere "consolidato", ovvero definiti in modo unificato su tutto il territorio nazionale.

Per i servizi ed interventi innovativi, e per quelli che non sono presenti ovunque nel territorio e prendono conformazioni organizzative diverse nelle realtà locali, sono considerati, a parte, una serie di requisiti riferiti alla progettazione mentre i requisiti riportati nei punti 4.5, 4.6, 4.10 e 4.11 non sono applicabili.

Il punto 5 deve essere considerato applicabile anche in riferimento alla realizzazione di nuovi reparti, nuove tipologie di servizi e nuove tipologie di utenza.

Per gli enti pubblici, l'applicazione dei punti 4.4 e 4.5 prevede la responsabilità dell'organo politico nella definizione degli indirizzi generali, degli obiettivi, nella programmazione e nel controllo. Alla direzione spettano, infatti, le attività gestionali in accordo alle normative cogenti in vigore e ai rispettivi regolamenti e statuti.

Nota Al momento della pubblicazione della presente norma il riferimento è il D.Lgs. 29/93.

La norma definisce i requisiti per le seguenti tipologie residenziali:

- residenza specializzata per gravità e condizione degli anziani (mono-struttura);
- residenza articolata in nuclei per anziani con diversa gravità ed esigenze (struttura polifunzionale).

Entrambe le tipologie sono integrate con i servizi socio-assistenziali e sanitari del territorio e devono essere in possesso delle autorizzazioni e dei requisiti di accreditamento (ove applicabile) previsti dalla legislazione vigente.

La presente norma non copre le strutture che affidano l'erogazione del servizio completamente all'esterno.

2

RIFERIMENTI NORMATIVI

La presente norma rimanda, mediante riferimenti datati e non, a disposizioni contenute in altre pubblicazioni. Tali riferimenti normativi sono citati nei punti appropriati del testo e sono di seguito elencati. Per quanto riguarda i riferimenti datati, successive modifiche o revisioni apportate a dette pubblicazioni valgono unicamente se introdotte nella presente norma come aggiornamento o revisione. Per i riferimenti non datati vale l'ultima edizione della pubblicazione alla quale si fa riferimento.

UNI EN ISO 9000:2005 Sistemi di Gestione per la Qualità - Fondamenti e vocabolario

UNI EN ISO 9001:2008 Sistemi di Gestione per la Qualità - Requisiti

3

TERMINI E DEFINIZIONI

Ai fini della presente norma si applicano le definizioni della UNI EN ISO 9000 e le seguenti:

3.1

caso: Situazione/quadro socio-sanitario dell'utente.

- 3.2** **utente:** Persona anziana a favore della quale si esplicano gli effetti del servizio socio-assistenziale e socio-sanitario, destinatario finale del servizio.
- Nota Sinonimi ai fini della presente norma: ospite,
- 3.3** **committente:** Chi richiede e acquista il servizio (familiare, ente pubblico o entrambi).
- Nota Sinonimi ai fini della presente norma: cliente.
- 3.4** **équipe multiprofessionale:** Insieme di persone individuate dalla struttura erogatrice (3.9) per l'effettuazione della valutazione multidimensionale (3.10) attraverso gli strumenti più opportuni definiti dalla struttura stessa.
- 3.5** **organizzazione per "nuclei":** Tipo di organizzazione che consente di accogliere nella stessa struttura residenziale persone non autosufficienti a vario titolo e autosufficienti, senza determinare sovrapposizioni, consentendo l'erogazione di servizi autonomi¹⁾.
- 3.6** **protocollo operativo:** Istruzione per la realizzazione di specifiche attività che si compone almeno dei seguenti elementi: campo di applicazione, linee di indirizzo, responsabilità, destinatari, utilizzatori, modalità di effettuazione dell'attività, strumentazione e materiali, tempistiche.
- 3.7** **risultato:** Conservazione, ripristino o cambiamento dello stato psico-fisico prodotto sull'utente a fronte di obiettivi specifici definiti nel progetto individuale di intervento.
- Nota Al raggiungimento del risultato partecipa anche l'utente.
- 3.8** **salute:** Massimo stato di benessere raggiungibile in rapporto alle condizioni di autonomia funzionale esistente, rispetto alle esigenze fisiche, psichiche e sociali.
- 3.9** **struttura erogatrice:** Organizzazione (istituzione privata o ente pubblico) che eroga i servizi di assistenza residenziale agli anziani.
- 3.10** **valutazione multidimensionale:** Analisi della persona anziana volta ad accertare il suo grado di autonomia in riferimento almeno alle seguenti dimensioni:
- fisiche-funzionali;
 - psichiche e cognitive;
 - sociali e familiari;
 - sanitarie.
- Tale analisi è eseguita nell'ambito di una équipe multiprofessionale (3.4).

4 REQUISITI DEL SERVIZIO

4.1 Requisiti generali

- 4.1.1** La struttura erogatrice deve approntare un documento tecnico (manuale) che descriva le proprie strategie, pratiche e procedure per l'erogazione del servizio di assistenza residenziale agli anziani nel rispetto dei requisiti previsti dalla presente norma.
- 4.1.2** La struttura erogatrice deve offrire servizi socio-assistenziali e socio-sanitari che favoriscano il recupero o il mantenimento dell'autonomia della persona.

1) La presente definizione è mutuata dal DPCM 22 dicembre 1989 "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali".

- 4.1.3** La struttura erogatrice deve adottare specifici protocolli, almeno in riferimento a:
- alzata²⁾;
 - mobilitazione;
 - deambulazione assistita;
 - posturazione antidecubito;
 - igiene personale;
 - caduta;
 - incontinenza;
 - contenzione³⁾;
 - fughe;
 - decesso;
 - proprietà dell'ospite;
 - emergenze cliniche (per esempio insorgenza di malattie contagiose);
 - emergenze organizzative (per esempio situazioni improvvise di grave sotto organico);
 - emergenze tecnologiche (per esempio black out).
- 4.1.4** La struttura erogatrice deve garantire il controllo qualitativo e quantitativo dei processi socio sanitari assistenziali.
- 4.1.5** La struttura erogatrice deve, qualora ricorra all'esterno per la realizzazione di parte delle attività ("outsourcing"), garantire il coordinamento e definire in modo chiaro le specifiche dei servizi esternalizzati e le modalità di controllo del loro effettivo rispetto.
- 4.2** **Definizione degli indirizzi generali (mission)**
- 4.2.1** La direzione deve definire e documentare, fin dal momento della sua costituzione, la mission, ossia l'impegno che, attraverso lo svolgimento dell'attività, si vuole dedicare al raggiungimento di un obiettivo generale di carattere sociale, socio-assistenziale e socio-sanitario.
- 4.2.2** Deve essere definito il risultato generale che si vuole raggiungere con la propria attività e deve essere individuata la tipologia di utenza di riferimento.
- 4.2.3** Sulla base della mission, deve essere determinato e documentato il modello generale d'intervento della struttura e, quindi, i livelli di assistenza che si è in grado di garantire. Tale modello deve essere periodicamente riesaminato, anche in funzione delle informazioni di ritorno ricevute e degli esiti delle periodiche attività di controllo.
- 4.2.4** I risultati dell'attività di riesame devono essere registrati¹⁾.
- 4.3** **Definizione della Politica e dei risultati**
- 4.3.1** La direzione deve definire, documentare e attuare una politica, coerente con la mission della struttura, dei processi di integrazione con il territorio e delle attività coerenti con gli altri servizi della rete.

2) L'alzata consiste in semplici gesti da eseguire sull'utente, al fine di metterlo a proprio agio e facilitare l'operazione di pulizia e vestizione.

3) I mezzi di contenzione fisici o meccanici (es. corpetti con bretelle e cinture, bracciali per polsi e caviglie, cintura per carrozzina o per letto, reti o spondine per il letto, ecc.) sono dispositivi applicati al corpo o nello spazio circostante la persona anziana per limitare la libertà dei movimenti involontari.

- 4.3.2** La direzione deve, in questo ambito, definire degli obiettivi e delle strategie gestionali di carattere generale che interessano l'attività e il servizio erogato nel suo complesso e garantire la definizione degli obiettivi specifici per ogni singolo intervento. Gli obiettivi generali e quelli specifici devono essere coerenti tra di loro, coerenti con i bisogni manifestati e con la domanda di salute.
- 4.3.3** La direzione deve garantire che gli obiettivi specifici dei progetti individualizzati e dei progetti trasversali siano correlati ad indicatori misurabili (vedere appendice A).
- 4.3.4** La direzione deve garantire l'individuazione dei risultati attesi (anche in termini di efficacia dell'intervento) nei confronti dell'utente.
- 4.3.5** La direzione deve, al fine di garantire trasparenza nell'operato ed etica professionale, attuare le azioni necessarie per una diffusione all'interno e all'esterno della politica, degli obiettivi, dei risultati e delle strategie adottate.
- 4.4** **Informazione**
- 4.4.1** La struttura deve definire il tipo, la misura e le modalità dell'informazione necessaria per garantire un controllo costante dei servizi e la loro conformità ai requisiti previsti. Tali informazioni devono essere riportate nella "carta dei servizi" e nel regolamento interno della struttura (vedere esempio in appendice C).
- 4.4.2** La struttura deve garantire la piena e veritiera informazione sulle modalità di utilizzo, tipologie e caratteristiche dei servizi erogati a coloro che ne facciano richiesta (utente, committente).
- 4.4.3** La struttura deve rendere disponibili o fornire informazioni sulle eventuali rette di cui l'utente deve farsi carico, sulla metodologia di lavoro, sullo stato di salute (nel caso di informazioni rivolte a un utente presente nella struttura), sugli eventuali costi aggiuntivi per servizi accessori.
- 4.4.4** La struttura deve, visto il tipo di servizio erogato, monitorare costantemente le informazioni di ritorno dai cittadini, dai committenti e dagli utenti.
- 4.4.5** La struttura deve richiamare in un contratto scritto tutte le condizioni garantite all'utente attraverso la carta dei servizi (per esempio contratto di servizio - regolamento interno). Eventuali modifiche al contratto devono essere registrate e archiviate.
- 4.4.6** La direzione deve mettere a disposizione risorse umane e tecniche da dedicare all'attività di informazione verso l'esterno.
- 4.4.7** Nel caso in cui per la raccolta delle informazioni finalizzate alla successiva ammissione risulti necessaria una visita domiciliare presso l'utente (se non già effettuata dall'ente committente), la struttura deve adoperarsi affinché possa essere mantenuto lo stesso riferimento professionale (utilizzato per la visita domiciliare) per l'utente anche in fase di inserimento.
- 4.5** **Fase di ammissione**
- 4.5.1** La struttura deve:
- specificare e documentare i criteri, le modalità e le responsabilità per la realizzazione della fase di ammissione;
 - individuare lo stato di salute e di autonomia iniziale dell'utente (almeno situazione cognitiva, mobilità, autonomia funzionale, necessità di assistenza sanitaria, situazione sociale e - se la situazione cognitiva lo permette - anche la percezione di salute dell'utente) e altre informazioni (per esempio, abitudini, stili di vita, particolari esigenze) al fine di poter effettuare una valutazione multidimensionale di ammissione e definire un primo orientamento operativo temporaneo in relazione al mantenimento della condizione dell'ospite ed ai principali rischi esistenti. Le metodologie e gli strumenti utilizzati in questa fase devono essere validati;

- coinvolgere l'utente e il committente, quando possibile, nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi fissati, in quanto il risultato dipende anche dalla capacità di coinvolgimento dei diretti interessati nel processo di erogazione del servizio;
- registrare gli effetti personali (per esempio abbigliamento, effetti e oggetti personali in generale, referti medici) presi in consegna al momento dell'ammissione nella struttura. Tale registrazione deve essere tenuta aggiornata.

4.5.2 L'utente e la famiglia devono essere informati dell'esito della valutazione iniziale.

4.5.2.1 Qualora la struttura erogatrice decida di ammettere l'utente, la fase di ammissione si conclude con l'ingresso dello stesso nella struttura e l'avvio della successiva fase di inserimento.

4.5.2.2 Qualora invece non si proceda con l'inserimento nel programma assistenziale, l'utente e la famiglia devono essere informati sulle motivazioni che ne sconsigliano l'ingresso e possibilmente orientati verso un altro servizio che possa soddisfare le specifiche esigenze.

4.5.3 Nel caso di interventi in risposta a bisogni urgenti o nel caso di obiettivi diversi, la struttura deve garantire la specificazione dei criteri, delle modalità e delle responsabilità connesse con i processi di ammissione.

4.5.4 Le informazioni raccolte in fase di ammissione e i risultati della valutazione multidimensionale di ammissione e della prima programmazione devono essere divulgati al personale interessato prima dell'ingresso dell'utente o, nel caso non fosse possibile, entro le prime 48 ore dal suo ingresso.

4.6 Fase di inserimento

4.6.1 Nell'ambito di questa fase, deve essere individuato un responsabile del caso che affianchi l'utente e i suoi familiari per un corretto inserimento.

4.6.2 La struttura deve prevedere un periodo di osservazione dell'utente (di una durata massima definita - per esempio 40 giorni) finalizzato a raccogliere una serie di informazioni relative all'impatto di istituzionalizzazione; tale osservazione deve essere documentata. Durante tale periodo devono essere somministrati all'utente opportuni test e/o schede di valutazione geriatrica che costituiscono la base per la valutazione multidimensionale.

4.7 Progettazione individualizzata e piano personalizzato

4.7.1 I dati raccolti attraverso la valutazione multidimensionale consentono la successiva definizione di un intervento personalizzato che può consistere in una progettazione individualizzata o in un piano personalizzato.

4.7.2 Si deve prevedere una "Progettazione individualizzata" solo nei casi in cui l'intervento nei confronti dell'utente non risulti già coperto da linee guida e/o protocolli già consolidati in uso nella struttura erogatrice. In questo caso l'intervento deve essere progettato in base alle caratteristiche dell'utente.

4.7.3 Si deve prevedere un "Piano personalizzato" nei casi in cui l'intervento sull'utente risulti inquadrato all'interno di procedure, linee guida o protocolli già in uso nella struttura e ci sia evidenza di pianificazione dell'erogazione del servizio.

4.7.4 La cartella clinica (comprensiva della cartella infermieristica e di ogni altro allegato utile), indipendentemente che si tratti di progetto individualizzato o piano personalizzato, deve sempre richiamare i percorsi, gli obiettivi e le azioni conseguenti, dando evidenza, quindi, del percorso scelto nei confronti del singolo utente e degli elementi emersi dalla valutazione multidimensionale.

- 4.7.5** Il progetto individuale di intervento e il piano personalizzato devono essere definiti sulla base:
- delle caratteristiche dell'utente, dei suoi bisogni e del suo contesto sociale e familiare;
 - dei risultati attesi;
 - delle capacità di risposta in termini organizzativi.
- 4.7.6** Qualora possibile, alla definizione del progetto o piano di intervento devono poter partecipare gli utenti stessi e/o i familiari e/o i committenti.
- 4.7.7** Il progetto individualizzato e il piano personalizzato, devono comprendere almeno:
- un referente del caso;
 - l'individuazione dei bisogni, effettuata dall'ente erogatore;
 - le modalità d'informazione e coinvolgimento del nucleo familiare di origine, ove possibile;
 - gli obiettivi riabilitativi condivisi con il committente;
 - le singole attività e le caratteristiche per tipo di intervento;
 - gli strumenti e i metodi di intervento;
 - i tempi indicativi di realizzazione e frequenza degli interventi;
 - l'individuazione dei titolari degli interventi, ossia il personale incaricato di seguire il caso;
 - gli strumenti e le modalità di verifica;
 - le procedure e i tempi per la revisione.
- Si devono quindi specificare le attività applicabili con riferimento a:
- a) attività indirizzate all'autonomia personale e all'acquisizione e/o mantenimento delle capacità comportamentali, cognitive ed affettivo-relazionali;
 - b) attività riabilitative (da concordare eventualmente con i servizi territoriali qualora si ricorra a questi ultimi);
 - c) attività di socializzazione.
- Nota Eventuali attività occupazionali degli ospiti devono avere esclusiva valenza riabilitativa e/o ricreativa e in nessun modo essere funzionali all'operatività della struttura.
- 4.8 Realizzazione dei servizi e verifica dei risultati**
- 4.8.1** A seguito della definizione del primo progetto individuale o piano personalizzato, la struttura deve procedere con l'attuazione dello stesso.
- 4.8.2** Le informazioni e i dati raccolti nella fase di inserimento devono essere inseriti in una cartella personale per ciascun utente nella quale devono essere riportati:
- a) i dati anagrafici;
 - b) i dati anamnestici sociali e sanitari;
 - c) i risultati dell'analisi multidimensionale;
 - d) il progetto o il piano e il percorso individuato;
 - e) i dati sugli interventi sanitari e socio-sanitari fruiti sia all'interno sia all'esterno della struttura che sono funzionali al progetto individualizzato;
 - f) i risultati dei periodici controlli e valutazioni "in itinere";
 - g) le dinamiche e le problematiche individuali in rapporto al gruppo;
 - h) i risultati della verifica finale.
- 4.8.3** Deve essere effettuata un'attività di controllo con riferimento a ciascun singolo intervento al fine di garantire il rispetto del progetto o del piano di intervento individuale. Tale controllo deve attuarsi anche durante l'intervento stesso, per poter consentire un eventuale riesame del progetto o del piano individuale in base alle situazioni ed alle esigenze emerse.

- 4.8.4** La struttura erogatrice deve effettuare un riesame almeno annuale del percorso individualizzato, con il coinvolgimento dell'équipe della struttura, per la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti (chiusura del Progetto o del Piano) e l'eventuale definizione di nuovi obiettivi.
- 4.8.5** Deve essere, inoltre, definito e adottato un sistema di valutazione dei risultati in relazione al progetto/piano individualizzato. In tale valutazione devono essere coinvolti anche i familiari. Nel sistema di valutazione devono essere esplicitati i criteri sulla base dei quali si valutano gli effetti dell'intervento, in relazione alla situazione iniziale e agli obiettivi che erano stati fissati.
- 4.8.6** I risultati di tale analisi devono essere utilizzati per definire un nuovo progetto/piano individualizzato, i requisiti dei servizi utilizzati, per verificare le procedure interne adottate per l'organizzazione e l'erogazione del servizio, e per definire possibili azioni di miglioramento sia verso l'interno dell'organizzazione sia verso l'esterno, e quindi in termini di risposta alle esigenze espresse e implicite con riferimento all'utente. Devono essere esplicitati anche i criteri in base ai quali valutare gli effetti dell'intervento, sulla base della situazione iniziale e degli obiettivi posti.
- 4.8.7** Eventuali modifiche che si rendano necessarie nel corso della realizzazione del progetto o del piano individualizzato devono tenere conto delle informazioni raccolte dal gruppo di lavoro (responsabile e operatori) nella fase di verifica e devono essere condivise dall'utente o dal committente.
- 4.8.8** La struttura erogatrice deve specificare e individuare un processo di diffusione interna (esteso anche ai familiari) delle informazioni e dei risultati conseguiti per consentire agli operatori di partecipare al raggiungimento degli obiettivi fissati e di tenere sotto controllo l'aderenza delle loro attività rispetto a quanto preventivato. Deve essere identificato chi è autorizzato ad accedere e a dare informazioni e devono altresì essere specificate le modalità ed i canali di trasmissione di tali informazioni.
- 4.8.9** L'Ente erogatore deve esplicitare nel progetto o nel piano anche i criteri per le dimissioni dell'utente.
- 4.8.10** Ogni attività assistenziale-sanitaria deve essere svolta nel pieno rispetto della dignità umana.
- 4.8.11** Il ricorso a strumenti di contenzione fisica e/o farmacologica deve essere limitato ai casi in cui possa configurarsi come provvedimento di vigilanza, custodia, prevenzione o cura, quindi esclusivamente allo scopo di tutelare la vita o la salute della persona a fronte di una capacità di intendere e di volere e non può essere sostenuta da motivazioni di carattere disciplinare o per sopperire a carenze organizzative o altro. Tale ricorso deve essere autorizzato per iscritto dal Direttore Sanitario o da un medico della struttura, specificando la relativa motivazione. Deve esserne data tempestivamente informazione ai familiari.
- 4.9** **Assistenza e supporto nel caso di assenza temporanea**
La struttura deve stabilire e comunicare all'utente e al familiare-committente, fin dalla fase di ammissione, se e come viene garantita una continuità assistenziale in caso di assenza temporanea (per esempio per ospedalizzazione).
In ogni caso, la struttura deve mettere a disposizione almeno:
- informazioni rilevanti di carattere socio-sanitario relative all'utente;
- informazioni circa i farmaci assunti (scheda terapia).
- 4.10** **Fase di dimissione**
Deve essere previsto un processo di dimissione personalizzato ed eventualmente graduale per singolo utente che comprenda una preparazione dello stesso e dei familiari finalizzata al riadattamento all'ambiente e alla vita al di fuori della struttura.

4.11 Attività comuni

Le attività comuni finalizzate all'animazione e alla socializzazione, devono essere adeguatamente programmate e controllate e deve essere fornita all'utente e al committente adeguata informazione sugli orari e le modalità per poterne usufruire.

4.12 Soddisfazione degli utenti e dei committenti

Devono essere messi in atto strumenti e procedure di rilevazione della soddisfazione dell'utente e del committente e di raccolta sistematica e trattamento/utilizzo di reclami/suggerimenti.

Nota A tal proposito va specificato che il grado di soddisfazione del cliente e dell'utente non può essere utilizzato come unico rilevatore del risultato della struttura, poiché il concetto di "risultato" deve incentrarsi sui cambiamenti prodotti sull'utente e non solo sulla percezione che il destinatario diretto del servizio ha avuto riguardo al servizio ricevuto.

La soddisfazione dell'utente è essa stessa un risultato delle procedure, processi e risorse messe in atto per l'erogazione del servizio e deve essere legata ad un concetto di "salute" del diretto interessato.

4.13 Definizione dei ruoli e delle responsabilità

4.13.1

Devono essere messe a disposizione le risorse necessarie (sia tecniche sia – principalmente - umane) per la pianificazione, la realizzazione e il controllo del processo di erogazione del servizio. A tal fine devono essere individuate le competenze (livello di istruzione, esperienza, capacità e abilità) necessarie per poter ricoprire ciascun ruolo specifico.

4.13.2

Al fine di garantire una corretta ripartizione dei compiti e delle responsabilità, la direzione deve definire e assegnare le responsabilità e il ruolo di ciascuno nel conseguimento degli obiettivi. Deve, inoltre, definire le interfacce, ossia come le diverse funzioni devono relazionarsi una all'altra per facilitare la realizzazione dei processi.

4.14 Requisiti per il personale

Le risorse umane rappresentano un elemento fondamentale per l'erogazione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari. La direzione deve, pertanto, garantire i seguenti aspetti.

4.14.1

Devono essere previste periodiche attività di monitoraggio e rivalutazione del personale per valutare l'idoneità e la motivazione al compito assegnato. Tali attività devono essere documentate.

4.14.2

Gli operatori devono essere coinvolti nel raggiungimento dei risultati previsti in modo da aumentare la loro motivazione. A tal fine la direzione deve attuare azioni tendenti ad aumentare il livello di motivazione.

4.14.3

Il personale deve essere selezionato e successivamente formato in modo da poter gestire e monitorare la capacità di relazione.

4.14.4

L'aspetto relazionale deve essere sviluppato sia verso il destinatario del servizio sia verso l'altro personale impiegato nel processo di erogazione del servizio. In particolare, deve essere valutata e sviluppata la capacità di lavorare sia nell'ambito di gruppi pluri-professionali sia di gruppi omogenei.

4.14.5

Deve essere garantito un monitoraggio della qualità della relazione "personale-utente" e "personale-personale".

4.14.6

Per garantire un sistema di gestione costante e sistematizzato nel tempo, devono essere definite ed attuate delle strategie per la gestione e la prevenzione della rotazione ("turnover") in funzione anche delle esigenze dell'utente ed eventualmente del committente.

5 PROGETTAZIONE DEI SERVIZI INNOVATIVI

La direzione deve mettere a disposizione le risorse necessarie per l'effettuazione delle attività specificate nei successivi punti.

5.1 Raccolta dati di base

Deve essere attuata una raccolta di dati sia provenienti dal territorio sia dall'interno dell'organizzazione (dagli operatori, dagli utenti, dai familiari) per poter definire gli elementi di base del servizio innovativo coerentemente con la mission della struttura.

5.2 Definizione delle specifiche del servizio e delle modalità di realizzazione

5.2.1 Deve essere individuato un responsabile della progettazione con il compito successivo di controllo e coordinamento delle attività e degli operatori.

5.2.2 In base agli elementi raccolti (vedere il punto 5.1), devono essere individuate le caratteristiche, la tipologia e le finalità del servizio innovativo.

5.2.3 Devono, inoltre, essere individuate le risorse necessarie (in relazione a quelle disponibili) e le modalità operative per la garanzia del raggiungimento del risultato.

5.2.4 Deve essere effettuata una puntuale pianificazione delle modalità esecutive.

5.2.5 La Direzione, in collaborazione con il Responsabile della progettazione, ha la responsabilità di formare e addestrare il personale sulle procedure operative e sugli obiettivi che si vogliono raggiungere.

5.3 Riesame, verifica e validazione della progettazione

5.3.1 In fasi specifiche della realizzazione del progetto, devono essere effettuate e registrate attività di riesame al fine di valutare la capacità del progetto di soddisfare i requisiti, individuare gli eventuali problemi e trovare le necessarie soluzioni.

5.3.2 Dove possibile, prima della realizzazione del servizio innovativo progettato, deve esserne verificata l'applicabilità a casi concreti e specifici, eventualmente anche attraverso attività di simulazione al fine di ottenerne una validazione.

5.4 Controllo

5.4.1 Deve essere curato particolarmente il controllo durante la realizzazione del servizio innovativo, al fine di rispettare costantemente gli elementi di base e gli obiettivi specifici che sono stati individuati.

5.4.2 Devono essere individuati criteri e modalità per la verifica periodica e la supervisione costante dei servizi innovativi svolti al fine di garantire la continua adeguatezza alle specifiche di servizio e l'efficacia delle attività nei confronti dei diretti interessati (utenti).

5.4.3 Per quanto possibile, i committenti e, ove possibile, gli utenti devono essere coinvolti nel processo di controllo.

APPENDICE A ESEMPI DI INDICATORI DI PROCESSO
(informativa)

Vedere prospetto A.1 e prospetto A.2 per alcuni esempi di indicatori per la raccolta di informazioni e per il monitoraggio degli obiettivi.

prospetto A.1 **Indicatori per la raccolta di informazioni**

Obiettivo (Enunciare sinteticamente l'obiettivo)	Attività (Sintetizzare le attività necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo. Si consiglia di descrivere il piano dettagliato di tali attività, con la relativa tempistica, le responsabilità e i necessari commenti in un prospetto allegato)	Indicatori (Individuare quanto più possibile degli indicatori oggettivi e misurabili)	Valori di riferimento (E' consigliabile porre valori di riferimento realistici, evitando valori evidentemente troppo bassi o, viceversa, difficilmente raggiungibili)
Centralità del cliente e dell'utente: Monitoraggio della soddisfazione degli utenti e dei committenti	Somministrazione di appositi questionari di soddisfazione	Percentuale di giudizi positivi	Una percentuale di giudizi positivi maggiore al 75%
Integrazione con il territorio: Sensibilizzazione del territorio attraverso campagne informative nelle scuole	Incontri informativi nelle scuole superiori del territorio	Numero di incontri realizzati	Almeno un incontro in ciascun plesso scolastico
Promozione della cultura della qualità: Stesura della carta dei servizi	Predisposizione della carta dei servizi dell'organizzazione con presentazione al personale interno e alle famiglie. A seguito della presentazione, verifica della chiarezza	<ul style="list-style-type: none"> - Presentazione della carta dei servizi entro il mese/annoal personale interno e alle famiglie - Percentuale di giudizi positivi rispetto alla chiarezza 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentazione ad almeno l'80% delle persone indicate - Percentuale di giudizi positivi sulla chiarezza maggiore al 75%
Sviluppo dell'assetto societario: Partecipazione dei familiari alle decisioni strategiche dell'organizzazione	Stimolare la candidatura di familiari a consiglieri di amministrazione	Numero di familiari in consiglio di amministrazione	Almeno 2 consiglieri tra i familiari
Cura delle risorse umane: Monitoraggio della soddisfazione degli operatori	Somministrazione di appositi questionari	Percentuale di giudizi positivi	Una percentuale di giudizi positivi maggiore al 75%
Salute dell'utente: monitoraggio delle lesioni da decubito	Registrazione su apposita scheda, da parte degli infermieri, dell'insorgenza e del decorso delle lesioni da decubito	Percentuale di lesioni da decubito insorte all'interno della struttura	Una percentuale di lesioni da decubito minore del 2%
Salute dell'utente: Tempestività della valutazione fisioterapica dopo l'ingresso	Registrazione su apposita scheda, da parte del fisioterapista, dell'attività di valutazione effettuata	Tempo medio trascorso tra l'ingresso e la prima valutazione	Tempo medio inferiore a 2 giorni
Igiene dell'utente: Esecuzione del bagno settimanale	Registrazione su apposita scheda, da parte degli operatori addetti all'assistenza, dei bagni settimanali effettuati	Percentuale bagni settimanali effettuati rispetto al numero di utenti	Percentuale bagni settimanali maggiore del 95%

prospetto A.2 **Indicatori per il montaggio degli obiettivi**

Processo	Indicatore di processo	Responsabile del processo
Pianificazione e riesame del sistema	-	Direzione
Accoglienza	1 Fatturato 2 Indici di occupazione	Direzione
Gestione dei processi di fornitura e appalto	3 Indici di valutazione fornitori 4 Indice di consegna	Acquisti
Gestione delle risorse umane	5 N° dei dipendenti/collaboratori 6 Indici di valutazione delle competenze dei collaboratori	Ogni responsabile di area
Processo di progettazione, erogazione e controllo	7 Indici di non conformità 8 Indici di produttività 9 Rispetto dei tempi minimi di assistenza 10 Indici sulla manutenzione	Responsabile sanitario, Medico, Caposala
Gestione del sistema qualità	- Vedere indice di non conformità	Responsabile qualità
Analisi e Miglioramento	- Indice dei reclami - Analisi di soddisfazione dei clienti e degli utenti	Responsabile qualità

APPENDICE B ESEMPI DI OBIETTIVI
(informativa)

Esempi di obiettivi aggregati rispetto ai servizi ed alle prestazioni da erogare da parte delle diverse figure professionali possono essere quelli indicati nel prospetto B1.

prospetto B.1

Esempi di obiettivi aggregati

Obiettivo	Attività	Indicatori	Valori target
Salute dell'utente: Tempestività della valutazione fisioterapica dopo l'ingresso	Registrazione su apposita scheda, da parte del fisioterapista, dell'attività di valutazione effettuata	Tempo medio trascorso tra l'ingresso e la prima valutazione	Tempo medio inferiore a 2 giorni

APPENDICE C CONTENUTI TIPICI DEL REGOLAMENTO
(informativa)

- 1) Descrizione dei servizi offerti;
- 2) pratiche di accoglimento;
- 3) assistenza medica, infermieristica, coordinamento sanitario, assistenza privata;
- 4) deposito cauzionale;
- 5) determinazione e variazione della retta;
- 6) assenza, spostamento, allontanamento e decesso dell'ospite;
- 7) deposito libretti di pensione;
- 8) custodia valori;
- 9) diritto di recesso;
- 10) alloggio, vitto e gestione delle relative variazioni/modifiche;
- 11) divieti e orari;
- 12) norme di sicurezza;
- 13) guardaroba;
- 14) rapporti con il personale;
- 15) volontariato e regolamentazione servizio erogato dalle "badanti";
- 16) sanzioni;
- 17) descrizione e funzionamento organismi rappresentativi dei familiari degli ospiti;
e, qualora previsti:
- 18) durata del servizio di ospitalità temporanea;
- 19) descrizione del servizio di ospitalità diurna;
- 20) descrizione del servizio di trasporto per ospiti diurni.

