

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Emilia-Romagna

BOLLETTINO UFFICIALE

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA

Parte seconda - N. 13

Anno 41

8 febbraio 2010

N. 15

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 DICEMBRE 2009, N. 2000

Requisiti specifici per l'accreditamento per le strutture psichiatriche in possesso di autorizzazione al funzionamento di profilo ospedaliero

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 14 DICEMBRE 2009, N. 2000

Requisiti specifici per l'accREDITamento per le strutture psichiatriche in possesso di autorizzazione al funzionamento di profilo ospedaliero

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamata la legge regionale n. 34 del 12 ottobre 1998, recante "Norme in materia di autorizzazione e accREDITamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, in attuazione del DPR 14 gennaio 1997" e successive modificazioni, e richiamato in particolare l'art. 8, che demanda alla Giunta regionale, sentita la competente Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali, il compito di determinare i requisiti ulteriori per l'accREDITamento di cui al comma 4 dell'art. 2 del DPR 14 gennaio 1997, con riferimento alle funzioni sanitarie individuate dalla programmazione regionale per garantire i livelli di assistenza sanitaria previsti dal Piano Sanitario Nazionale;

Considerato che con propria deliberazione n. 327 del 23 febbraio 2004, recante "Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accREDITamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti" e si è provveduto, al punto 2.6 del dispositivo ad approvare l'allegato n. 3, nel quale sono definiti, ai sensi di quanto disposto dal comma 1 dell'art. 8 della sopra citata legge regionale, requisiti generali e specifici per l'accREDITamento delle strutture sanitarie e dei professionisti dell'Emilia-Romagna;

Considerato che con il richiamato provvedimento, si è previsto, al punto 2.9 del dispositivo, come compito della l'Agenzia sanitaria e sociale regionale, la predisposizione delle proposte per l'integrazione ed il periodico aggiornamento dei requisiti per l'accREDITamento;

Vista la delibera della Giunta Regionale n. 313 del 23 marzo 2009 "Piano Attuativo Salute Mentale 2009 - 2011", con la quale vengono istituiti servizi innovativi, trasformando, riorganizzando e qualificando l'offerta di posti letto ospedalieri, al fine di rispondere al fabbisogno assistenziale evidenziatosi nel territorio regionale, anche confermando quanto assunto nella delibera di Giunta Regionale n. 1654/2007 "Approvazione dell'Accordo generale per il triennio 2007-2009 tra la Regione Emilia-Romagna e la Associazione della Ospedalità privata AIOP in materia di prestazioni ospedaliere erogate dalla rete ospedaliera privata";

Dato atto della necessità di integrare la suddetta delibera di Giunta n. 327/2004 con i requisiti specifici relativi alle strutture psichiatriche sanitarie in possesso di autorizzazione al funzionamento di profilo ospedaliero, qualificandole in relazione all'intensità e alla durata dell'intervento, in base alle tipologie di cui alla voce "Requisiti specifici per l'accREDITamento delle strutture di

psichiatria adulti" di cui all'allegato 3 della citata deliberazione n. 327/2004;

Dato atto che l'Agenzia sanitaria regionale, in esecuzione di quanto disposto al punto 2.9 della citata deliberazione 327/04, ha elaborato i documenti allegati al presente atto, riguardanti l'integrazione dei requisiti specifici già deliberati con i requisiti relativi alle Strutture Psichiatriche della rete ospedaliera privata, così composte:

- Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo;
- Residenze sanitarie psichiatriche ospedaliere;
- Riabilitazione neuro-psicogeriatrica;
- Riabilitazione disturbi del comportamento alimentare;
- Psichiatria generale ospedaliera;

Dato atto del parere allegato;

Acquisito il parere della Commissione Assembleare IV Politiche per la Salute e Politiche Sociali espresso nella seduta pomeridiana del 2 dicembre 2009;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

A voti unanimi e palesi

d e l i b e r a

1) di approvare, ad integrazione dell'allegato n. 3 della deliberazione n. 327 del 23 febbraio 2004, la declaratoria dei requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture Psichiatriche pubbliche e private in possesso di autorizzazione al funzionamento di profilo ospedaliero, così composte:

- Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo;
- Residenze sanitarie psichiatriche ospedaliere;
- Riabilitazione neuro-psicogeriatrica;
- Riabilitazione disturbi del comportamento alimentare;
- Psichiatria generale ospedaliera;

analiticamente dettagliati dall' Allegato, quale parte integrante del presente provvedimento;

2) di pubblicare il presente provvedimento ed i relativi allegati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

Allegato

**Requisiti specifici per l'accREDITamento
delle Strutture Psichiatriche
pubbliche e private in possesso di autorizzazione al
funzionamento ospedaliero**

SERVIZI PSICHIATRICI OSPEDALIERI INTENSIVI (SPOI)

All'interno delle Strutture Psichiatriche della rete ospedaliera viene istituito un settore denominato SPOI (Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo), suddiviso in nuclei da 10/18 PL per un totale regionale di 90 posti letto. Si tratta di un reparto che garantisce l'accesso su 24 ore giornaliere, molto simile a quello dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, con requisiti più attenuati, senza prevedere la possibilità di effettuarvi ricoveri obbligatori (TSO). Il reparto SPOI risulta destinato al trattamento di una casistica complessa, meno grave e volontaria, anche se acuta.

Il settore potrà dotarsi di posti letto in day hospital, eventuali aggiuntivi utilizzi possono essere concordati a livello di contrattazione locale.

L'accesso è normalmente riservato al DSM-DP con livelli ottimali di invio oltre l'80% dell'intera occupazione e potrà essere disposto, per la parte non oggetto di invio diretto, con prescrizione medica pubblica (prescrizione del medico di base o dello specialista). Il reparto è classificato codice 40.2, produce la SDO e potrà accogliere anche pazienti del territorio nazionale, nel rispetto delle citate priorità occupazionali del DSM-DP. E' pertanto necessario per accedere a tale reparto, il possesso del modello unico di richiesta che deve essere compilato da un professionista afferente al Servizio Sanitario Nazionale, attraverso impegnativa vigente per l'accesso ai reparti ospedalieri. Non è quindi possibile l'inserimento in accesso diretto.

La missione del SPOI è di accogliere e trattare in condizioni di degenza ospedaliera situazioni di **crisi** e/o di **acuzie** psichiatrica con particolare attenzione al bacino di utenza di riferimento, nell'ambito di specifici accordi con i Dipartimenti di Salute Mentale- Dipendenze Patologiche competenti per territorio.

E' compito del SPOI :

1. Garantire un percorso di **osservazione e valutazione** della crisi, sia sul piano clinico e psicopatologico attuale che per le componenti legate al contesto ambientale di riferimento del paziente;
2. attivare gli interventi necessari alla **risoluzione o stabilizzazione** del quadro;
3. fornire **indicazioni necessarie al trattamento** del caso, secondo definiti orientamenti diagnostici, ed impostare gli ulteriori trattamenti necessari da effettuarsi al domicilio dell'utente, o in altri contesti residenziali, in coerenza con la continuità terapeutica;
4. coerentemente con la propria natura ospedaliera il SPOI opera nell'ambito di un contesto sanitario, garantendo quindi la piena disponibilità dei trattamenti medico-biologici e psichiatrici sul caso, e agisce nell'ambito di una filosofia di risoluzione attiva della crisi, che prevede un contenimento dei tempi di degenza finalizzata a questa urgenza, anche al fine di prevenire la cronicizzazione.

Il ricovero effettuato presso il SPOI è parte del continuum dei trattamenti di salute mentale attivati per la popolazione di riferimento; come tale è da considerare uno degli interventi qualificanti il **lavoro in rete** dei servizi pubblici e privati; le **modalità di integrazione** con i restanti servizi che operano per la salute mentale presenti sul territorio devono essere definite in specifici protocolli di intesa, monitorati e verificati periodicamente.

La decisione di effettuare il ricovero presso il SPOI non deve costituire un elemento di discontinuità nell'ambito dei percorsi di salute mentale attivati per il paziente, al contrario si devono realizzare condizioni di **effettiva continuità terapeutica**. A questo fine sono da prevedere:

- **raccordi** puntuali tra le équipe curanti (interne ed esterne)
- programmazione eventuale di **interventi congiunti** durante il ricovero

- interventi di verifica dell'**adesione al trattamento** nel suo complesso ed azioni terapeutiche tese a facilitare, con il miglioramento clinico, la realizzazione del **progetto terapeutico** concordato o eventuali variazioni dello stesso nella prospettiva della dimissione.

I ricoveri presso i SPOI presenti sul territorio regionale, congiuntamente ai ricoveri presso i SPDC, dovranno complessivamente fornire una risposta adeguata ai bisogni della popolazione relativi ai casi di **acuzie sintomatologica**, e questo sia per le situazioni acute relative ai **pazienti più gravi** dal punto di vista diagnostico e prognostico, sia per le situazioni acute che si presentano in **pazienti con livelli di gravità media o lieve**.

In questo senso dovranno essere previste modalità di integrazione tra le strutture di ricovero citate, che consentano di garantire una risposta adeguata alle richieste di **ricovero urgente**, così come già avviene attualmente nell'ambito del ricovero programmato, anche tramite la eventuale definizione di bacini territoriali di riferimento.

La tipologia di ricovero descritta deve prevedere tempi contenuti di trattamento. La **metodologia di lavoro** adottata nel SPOI deve essere a **breve termine**, fortemente orientata al trattamento della crisi con miglioramento sintomatologico ed alla rapida impostazione di un progetto di trattamento da continuare dopo la dimissione. Sono elementi costitutivi della metodologia di lavoro:

- interventi terapeutici per il contenimento della crisi
- azioni tese a migliorare la sicurezza del paziente (e famigliari)
- attività di supporto al paziente
- chiarificazione del setting e dei programmi terapeutici
- coinvolgimento attivo di paziente e famigliari nei percorsi di cura
- azioni volte al miglioramento della consapevolezza del disturbo
- raccordo in tempi brevi con i servizi esterni per concordare il percorso terapeutico successivo alla fase acuta.

Gli **interventi/progetti riabilitativi** propriamente detti non costituiscono compito dei SPOI .

L'attivazione di tali percorsi richiederebbe tempi di effettuazione, modalità di attuazione, impiego qualitativo di risorse non compatibili con il lavoro specifico sulle fasi acute che si richiede a questa tipologia di struttura.

E' invece auspicabile la realizzazione di attività terapeutico-riabilitative di base, orientate alla **cura di sé**.

REQUISITI STRUTTURALI

Lo SPOI è suddiviso in nuclei da 18/20 posti letto

Lo SPOI con meno di 15 posti letto è contiguo - ma autonomo - ad altri reparti / nuclei psichiatrici, onde favorire un utilizzo sinergico del personale non medico.

Le camere di degenza hanno al massimo 2 posti letto per stanza. Per le strutture con permesso di costruzione antecedente alla data del 30 giugno 2009 le camere possono avere 3 posti letto, sino al rinnovo dell'accreditamento, data entro la quale le strutture dovranno adeguarsi allo standard di 2 posti letto per camera.

Possono essere presenti 1 o 2 camere a 3 posti letto per consentire maggiore flessibilità di risposta ai picchi di domanda. Almeno una stanza è ad 1 posto letto.

E' disponibile:

- un locale per consumazione di pasti
- un locale per attività terapeutiche di gruppo anche in comune con altri reparti.

La dotazione di locali e spazi è adeguata, per dimensioni, sicurezza, decoro, e comfort, all'attività erogata.

Gli arredi hanno caratteristiche di sicurezza, di decoro e di comfort.

Sono identificati spazi riservati opportunamente attrezzati che consentono, nel rispetto delle norme "antifumo" vigenti, di gestire adeguatamente il problema del tabagismo in persone che presentano scompensi psicopatologici in atto.

E' disponibile un locale o uno spazio attrezzato per la custodia temporanea degli effetti personali dei degenti, effetti che sono gestiti dal personale per motivi terapeutici, di sicurezza o salvaguardia.

REQUISITI TECNOLOGICI

Lo SPOI ha in dotazione test per la valutazione psicodiagnostica e psicometrica.

Lo SPOI dispone di un apparecchio telefonico dedicato, in ambiente protetto, che consente alle persone ricoverate che non possono allontanarsi dal reparto, di comunicare con l'esterno.

E' presente un sistema di funzionamento delle porte di accesso al reparto che risponde alla necessità di salvaguardia e protezione delle persone ricoverate con alterazione delle funzioni cognitive.

REQUISITI ORGANIZZATIVI**REQUISITI ORGANIZZATIVI - PERSONALE**

La dotazione di personale prevede la presenza sulle 24 ore di psichiatri, infermieri, OSS o, nelle more della disponibilità di questo tipo di qualifica, OTA e ADB, con la presenza programmata dello psicologo.

- Le unità di personale di assistenza non medica previste sono pari a al 75% dei posti letto.

Questo comporta che nei reparti SPOI organizzati su 15 posti letto vada assicurata la presenza di 11 figure di personale assistenziale non medico, di cui almeno 6 infermieri.

Si ritiene opportuno che unità di cura SPOI più ridotte debbano essere valutate singolarmente, al fine di garantire il complessivo funzionamento clinico e organizzativo del reparto ospedaliero intensivo.

Lo SPOI organizzato per 12 posti letto, dovrà prevedere 9 operatori assistenziali non medici in organico, di cui almeno 6 infermieri. Gli SPOI con meno di 15 posti letto dovranno essere contigui – ma autonomi – da altri reparti psichiatrici per favorire l'utilizzo sinergico del personale non medico.

- Le unità di personale di assistenza medica previste sono pari al 13% dei posti letto.

Questo comporta che nei reparti SPOI organizzati su 15 posti letto vada assicurata la presenza di 2 medici.

Si ritiene opportuno che unità di cura SPOI più ridotte debbano essere valutate singolarmente, al fine di garantire il complessivo funzionamento clinico e organizzativo del reparto ospedaliero intensivo.

La Guardia Medica è presente sulle 24 ore.

Viene garantita la presenza medica psichiatrica nelle 24 ore, anche attraverso un servizio di pronta disponibilità della struttura ospedaliera.

REQUISITI ORGANIZZATIVI - PROCEDURE**Modalità e criteri di accesso allo SPOI**

Il SPOI garantisce l'accesso, per i ricoveri volontari urgenti che rispondono ai criteri stabiliti negli accordi con il/i DSM-DP di riferimento, sulle 24 ore.

Durante le ore notturne, i giorni prefestivi e festivi gli accessi avvengono su invio del Pronto Soccorso/SPDC.

E' garantita la modalità di accesso programmata, secondo standard garantiti e negoziati in sede locale.

I rappresentanti delle strutture in cui è attivo il SPOI partecipano ai Comitati di Dipartimento competenti territorialmente con particolare riferimento ai temi della programmazione sanitaria, governo clinico, organizzazione e integrazione tra servizi pubblici e privati accreditati.

Esistono procedure condivise tra DSM-DP e strutture SPOI, da attuarsi mediante partecipazione ai lavori del comitato di dipartimento, anche al fine del raggiungimento degli obiettivi assegnati a tali servizi.

I SPOI garantiscono una risposta nei casi di acuzie sintomatologica relativamente a:

- situazioni acute di pazienti più gravi dal punto di vista diagnostico e prognostico, (nota: i ricoveri presenti sul territorio regionale, congiuntamente ai ricoveri presso i SPDC, dovranno complessivamente fornire una risposta adeguata ai bisogni della popolazione),
- situazioni acute che si presentano in pazienti con livelli di gravità media o lieve.

La tipologia di ricovero prevede tempi contenuti di trattamento, (nota: sono monitorati a livello regionale i tempi di degenza al fine di determinare i tempi adeguati).

La metodologia di lavoro adottata nel SPOI è a breve termine, orientata:

- al trattamento della crisi con miglioramento sintomatologico
- alla rapida impostazione di un progetto di trattamento da continuare dopo la dimissione.

Deve essere rilevata evidenza degli elementi costitutivi della metodologia di lavoro:

- interventi terapeutici per il contenimento della crisi
- azioni tese a migliorare la sicurezza del paziente (e famigliari)
- attività supporto al paziente
- chiarificazione del setting e dei programmi terapeutici
- coinvolgimento attivo di paziente (e famigliari) nei percorsi di cura
- azioni volte al miglioramento della consapevolezza del disturbo
- raccordo in tempi brevi con i servizi esterni per concordare il percorso terapeutico successivo alla fase acuta.

Lo SPOI elabora procedure operative concordate con il DSM-DP relativamente a:

- continuità dell'assistenza con specifico riferimento alle modalità di accesso e di dimissione,
- appropriatezza del ricovero o dell'inserimento,
- specifiche modalità da adottarsi per il consenso informato,
- modalità di informazione ai familiari.

Le modalità di integrazione con i servizi pubblici e privati che operano per la salute mentale presenti sul territorio sono definite in specifici protocolli di intesa, monitorati e verificati periodicamente. Tali protocolli dovranno prevedere modalità per la continuità terapeutica.

La continuità terapeutica è realizzata attraverso:

- raccordi puntuali tra le équipes curanti (interne ed esterne)
- programmazione degli eventuali interventi congiunti durante il ricovero
- verifiche dell'adesione al trattamento nel suo complesso
- azioni per la realizzazione del progetto terapeutico concordato
- eventuali variazioni dello stesso nella prospettiva della dimissione.

E' predisposto un monitoraggio dei ricoveri effettuati presso Il SPOI al fine di:

- verificare l'appropriatezza degli stessi rispetto alla mission definita;
- ottenere elementi conoscitivi in relazione alle modalità di attuazione dei ricoveri, alle criticità eventualmente emerse, ai punti di forza evidenziati;
- evidenziare i percorsi di cura dei pazienti alla dimissione, in termini di continuità terapeutica rispetto al progetto, o in termini di drop out dai servizi (da considerarsi alla stregua di "eventi sentinella").

Sono definiti regolamenti interni e linee-guida per lo svolgimento delle principali attività cliniche.

Sono previste modalità di dimissione assistita.

ACQUISIZIONE SERVIZI

Il SPOI garantisce e consente:

- gli aspetti medico-biologici della cura,
- l'effettuazione ed il monitoraggio di tutti i necessari trattamenti farmacologici psichiatrici,
- l'effettuazione delle indagini diagnostiche laboratoristiche e strumentali connesse con le terapie effettuate,
- l'attivazione di consulenze specialistiche internistiche e/o chirurgiche per eventuali patologie organiche sovrapposte necessitanti di trattamento urgente.

A tal fine devono essere definiti i rapporti funzionali con i servizi diagnostici (laboratorio analisi, radiologia, ecografia, ...).

E' prevista la possibilità di trasferimento presso altri reparti inseriti nell'ambito degli ospedali generali, qualora, pur in presenza di una sintomatologia psichiatrica, sia prevalente la sintomatologia derivata da disturbi di natura internistica (o chirurgica).

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

La clinical competence del medico psichiatra e degli operatori è garantita dalla partecipazione documentata ad attività integrate fra strutture e professionisti o fra professionisti della stessa struttura che partecipano alla gestione dei casi in cura.

La competenza clinica di professionisti e operatori, acquisita a seguito dell'attivazione di percorsi clinico assistenziali di specializzazione, è sempre documentata.

FORMAZIONE

La formazione viene svolta su tre livelli:

- nell'ambito della struttura principale di lavoro. Va qui in particolare curata la dinamica dei rapporti individuali e di gruppo fra operatori e il paziente/gruppo di pazienti;
- nell'ambito dello SPOI, aperta ad operatori del DSM-DP, del privato accreditato e del volontariato;
- con servizi e professionisti che svolgono attività di collaborazione con lo SPOI, secondo riconosciute necessità di sviluppo di competenze cliniche condivise.

Per i Responsabili della struttura, è prevista specifica formazione per l'acquisizione di competenze di tipo organizzativo e manageriale.

QUALIFICAZIONE DEI PROCESSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI E ASSISTENZIALI

Sono effettuati percorsi di verifica relativi all'applicazione delle linee guida e delle Direttive Regionali, con particolare riguardo:

- ai principali processi diagnostici terapeutici;
- all'effettuazione di terapia elettroconvulsiva (Elettroshock);
- alle procedure per gli ASO e i TSO in psichiatria;

- alle norme per la sicurezza degli operatori e delle persone assistite nell'ambito della struttura.

Sono previsti dei percorsi di supporto al paziente e alla sua famiglia nella fase della comunicazione della diagnosi.

Ad ogni paziente (e ai suoi familiari) è garantita, secondo modalità esplicitate, la possibilità di incontrare il medico referente della struttura o, in sua assenza, un suo sostituto.

Esiste un piano clinico-assistenziale che prevede:

- controllo clinico periodico,
- colloqui programmati con le figure professionali di riferimento,
- partecipazione all'attività terapeutica,
- contatti con il responsabile del DSM-DP di riferimento della persona assistita,
- terapia farmacologica.

L'attività è monitorata attraverso indicatori e standard e documentata.

La performance è verificata anche attraverso audit effettuati periodicamente e con sistematicità.

Documentazione sanitaria

E' garantita la redazione accurata e la corretta tenuta della documentazione clinica, favorendo l'integrazione delle informazioni raccolte dai diversi operatori.

Il progetto personalizzato, relativamente ad ogni ricovero, contiene:

- data di ingresso, obiettivi del ricovero, durata prevista,
- indicazione del medico del DSM-DP con cui si è concordato il progetto,
- data di dimissione e indicazione del medico con cui si sono concordate le dimissioni.

Nella documentazione sanitaria sono accuratamente registrati per iscritto i seguenti eventi:

- eventuali limitazioni di permessi di uscita per motivi clinici,
- eventuali interventi di contenzione (data, ora, nome e cognome del paziente, diagnosi, motivi dell'intervento, tipo di intervento restrittivo attuato, firma del medico).

Sono presenti attività di:

- monitoraggio dei ricoveri attraverso l'accurato inserimento dei dati informativi della scheda nosologica ospedaliera,
- valutazione di esito dei ricoveri attraverso una scala di valutazione validata in ambito scientifico.

MONITORAGGIO NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE STRUTTURE PSICHIATRICHE

Sono monitorati gli indicatori relativi a:

- a. utilizzo di criteri diagnostici riconosciuti
N° cartelle cliniche complete dei criteri riconosciuti (I.C.D.-D.S.M) /N° cartelle cliniche totale *100
- b. monitoraggio di eventi rilevanti, quali:
 - suicidi e tentativo di suicidio,
 - disturbi iatrogeni e in particolare sindromi da impregnazione di neurolettici,
 - sindromi maligne da neurolettici e patologie ab ingestis,
 N° eventi/ N° totale di dimessi anno
- c. Presenza di documentazione clinica che contiene il progetto terapeutico assistenziale
- d. Monitoraggio pazienti SPOI con necessità di terzo ricovero nell'arco dei 12 mesi

INDICATORI SERVIZIO PSICHIATRICO OSPEDALIERO INTENSIVO (SPOI)								
DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
1) Utilizzo di criteri diagnostici riconosciuti (I.C.D.-D.S.M)	N° cartelle cliniche complete dei criteri riconosciuti (I.C.D.-D.S.M) /N°cartelle cliniche totali *100		Indicatore di attività che serve per valutare il mix di prestazioni (complessità della casistica e assorbimento di risorse dell'U.O.)	100%	La stessa struttura e il Dipartimento di Salute Mentale di riferimento	Cartella clinica	Valutazione annuale	Indicatore che monitorizza la casistica e può essere utilizzato a fini epidemiologici e gestionali.
2) Presenza di un sistema di sorveglianza di suicidi e tentativi di suicidio	N° totale suicidi / N° totale di dimessi anno N° tentativi di suicidio / N° totale di dimessi anno		Indicatore che valuta la sicurezza per il paziente		D.S.M. di riferimento La stessa struttura	Sistema regionale di rilevazione incidenti. Morte per suicidio: SDO Tentativo di suicidio: rilevazione ad hoc	Rilevazione annuale a cura della struttura.	L'indicatore misura la qualità dei processi assistenziali, gestionali e l'attenzione alla sicurezza dei pazienti. La conoscenza del fenomeno favorisce l'assunzione di misure preventive e permette di attivare percorsi di miglioramento.

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accertamento, viene già rilevato per altre necessità)
3) Presenza di un sistema di sorveglianza degli eventi rilevanti (n. di allontanamenti di pazienti, sindromi da sovradosaggio di neurolettici, sindromi maligne da neurolettici e patologie ab ingestis, n. infortuni per conflitto tra pazienti, n. infortuni per conflitto tra pazienti e operatori,...)	N° eventi/ N° totale di dimessi anno		Indicatore che valuta la sicurezza per il paziente		D.S.M. di riferimento La stessa struttura	Sistema regionale di rilevazione eventi	Rilevazione annuale a cura della stessa struttura	L'indicatore misura la qualità dei processi assistenziali e gestionali. Il raggiungimento dello standard garantisce attenzione alla sicurezza dei pazienti e favorisce l'assunzione di misure preventive. La conoscenza dei fenomeni per tipologia e numero permette di attivare percorsi di miglioramento.
4) Presenza di documentazione clinica che contiene il progetto terapeutico assistenziale	a) N° pazienti con progetto personalizzato scritto /N° pazienti in carico	Rilevare la presenza degli elementi nella documentazione clinica	Indicatore che valuta la conformità del percorso assistenziale alle norme di buona pratica clinica		D.S.M. di riferimento La stessa struttura	Cartella clinica	Rilevazione sistematica a cura della stessa struttura	Indicatore che misura l'accuratezza della presa in carico e del processo di continuità assistenziale.
5) Monitoraggio dei pazienti SPOI con necessità di terzo ricovero nell'arco dei 12 mesi	N° pazienti SPOI con 3 o più ricoveri anno/N. totale pazienti ricoverati nell'anno *100		Indicatore che misura l'efficacia del progetto terapeutico secondo le norme di buona pratica clinica.	Presenza del sistema di rilevazione	Regione La stessa struttura	SDO	Valutazione annuale della struttura e regionale.	L'indicatore misura l'efficacia e l'appropriatezza dei processi assistenziali. I risultati debbono essere valutati in riferimento all'analisi della gestione dei casi.

RESIDENZA A TRATTAMENTO INTENSIVO, INTENSIVO SPECIALISTICO E PROTRATTO IN STRUTTURE PSICHIATRICHE IN POSSESSO DI AUTORIZZAZIONE OSPEDALIERA

La componente residenziale relativa a RTI (residenze a trattamento intensivo) e RTP (residenze a trattamento protratto) si deve avvalere di criteri di accreditamento specifici che tengano conto della collocazione dei reparti in ambito ospedaliero (RTI e RTP in contesto ospedaliero), ovvero consoni alla particolare realtà ospitante e quindi alle peculiarità strutturali, tecniche ed organizzative proprie di un ambiente protetto e connotato per sua natura da modelli e tipologie specifiche a valenza ospedaliera.

La componente residenziale sarà accreditata con un totale di un numero definito di posti letto.

REQUISITI STRUTTURALI

La Residenza psichiatrica è strutturata al suo interno in modo da prevedere un'area dedicata agli ospiti e un'area di servizio per il personale, (anche in comune con altri reparti). La dotazione di locali e di spazi è adeguata per numero e dimensioni alla tipologia e al volume delle attività svolte.

Le camere di degenza hanno al massimo 2 posti letto per stanza. Per le strutture con permesso di costruzione antecedente alla data del 30 giugno 2009 le camere possono avere 3 posti letto, sino al rinnovo dell'accreditamento, data entro la quale le strutture dovranno adeguarsi allo standard di 2 posti letto per camera.

Gli arredi hanno caratteristiche di sicurezza, di decoro e comfort.

REQUISITI TECNOLOGICI

La dotazione di attrezzature e strumentazioni è presente in misura adeguata alla tipologia e al volume delle attività svolte.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

REQUISITI ORGANIZZATIVI - PERSONALE

La dotazione del personale della struttura è esplicitata in un documento che indichi la distribuzione degli operatori e le responsabilità loro assegnate, in riferimento alle attività programmate.

L'équipe prevede la presenza di psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti di base, OSS o, nelle more della disponibilità di questo tipo di qualifica, OTA e ADB.

La presenza degli operatori è programmata in relazione al volume delle attività svolte e in riferimento alla tipologia della struttura.

Il personale medico, infermieristico e della riabilitazione assicura una presenza programmata in specifiche fasce orarie o con pronta disponibilità, in relazione alla tipologia della struttura.

La multiprofessionalità è garantita dalla presenza programmata, nell'arco delle 24h, della figura dello psichiatra, dello psicologo, dell'OSS o, nelle more della disponibilità di questo tipo di qualifica, OTA e ADB.

Nelle Residenze a Trattamento Intensivo, anche specialistico, è prevista la presenza di un infermiere nelle 24 ore ogni 20 pl. Per le Residenze a Trattamento Protratto la presenza dell'infermiere è garantita per 12 ore ogni 20 pl.

Deve essere presente personale medico con esperienza documentata relativa alla specialità trattata, in particolare nelle RTI specialistiche (doppia diagnosi, minori e psicogeriatra).

REQUISITI ORGANIZZATIVI - PROCEDURE

I rappresentanti delle strutture partecipano ai Comitati di Dipartimento competenti territorialmente (un rappresentante o più, per ogni struttura) in occasione degli incontri inerenti ai temi della programmazione sanitaria, del governo clinico e dell'organizzazione e integrazione tra servizi pubblici e privati accreditati.

Elaborano procedure operative con il DSM-DP relativamente a:

- continuità dell'assistenza con specifico riferimento alle modalità di accesso e di dimissione,
- appropriatezza del ricovero o dell'inserimento, secondo i quadri primari e secondari individuati negli accordi regionali
- specifiche modalità da adottarsi per il consenso informato e modalità di informazione ai familiari,

NOTA: sono requisiti da ottemperare con l'AUSL su cui insiste la struttura, e progressivamente con le altre AUSL con cui intrattengono rapporti di fornitura.

Sono definite con il servizio inviante le modalità di:

- gestione comune di casi con disturbi mentali severi,
- iniziative formative comuni e supervisione ai casi clinici,

Sono definite con il Servizio inviante le modalità per:

- attività valutative specialistiche ed eventualmente assistenziali, in particolare nelle situazioni di "doppia diagnosi",
- funzioni di tipo assistenziale ai figli di persone con disturbi psichiatrici, per attività specialistiche o co-gestione dei casi in situazioni adolescenziali di grave patologia comportamentale e mentale e per iniziative rivolte all'adolescenza,

- attività valutative, terapeutiche ed assistenziali in relazione a persone con demenza o altre malattie psicogeriatriche che richiedono un intervento integrato,
- funzioni specialistiche diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con particolare riguardo ai problemi cognitivi delle persone con disagio psichico o disturbo mentale; in particolare per le RTI specialistiche questi protocolli devono contenere e condividere attività dettagliate.

Modalità di accesso e presa in cura

L'invio da parte del DSM-DP avviene sulla base di protocollo per l'accesso definito fra DSM-DP e Responsabile della struttura.

NOTA: Requisito da ottemperare con l'AUSL su cui insiste la struttura, e progressivamente con le altre AUSL con cui intrattengono rapporti di fornitura.

I protocolli di accesso indicano le modalità specifiche relative all'acquisizione dell'informazione clinica e alla consegna e trasmissione dell'informazione, tesa a garantire la continuità terapeutica e assistenziale.

Si prevede:

- accessibilità entro 24 ore nei casi urgenti e di norma entro cinque giorni,
- presenza medica diurna, presenza infermieristica sulle 24 ore, guardia medica psichiatrica o pronta disponibilità notturna.

Per le RTI, anche specialistiche, la durata massima del ricovero prevista è di 30 giorni, prorogabile fino a 60 giorni. Per le RTP la durata massima del ricovero è prevista per 180 giorni, prorogabili, su riformulazione del progetto terapeutico per un periodo non superiore a un anno.

Proroghe oltre i 60 giorni sono motivate con apposita relazione clinica comprendente un set minimo di informazioni.

La scheda giustificativa è composta da:

- motivazione sintetica per la richiesta di proroga oltre i 60 giorni comprendente le informazioni di permanenza dell'acuzie clinica e di insorgenza di complicanze cliniche
- valutazione dei primi 60 giorni di ricovero la cui responsabilità è in capo al reparto di ricovero.

Prima valutazione

- Incontro con i familiari/persona tenute alla cura entro 10 gg. dal ricovero e consulto con il medico curante esterno entro 10 gg. dal ricovero
CRITICITA' = Dimissione complessa per difficoltà di contesto, malgrado la stabilizzazione delle condizioni cliniche che permetterebbero la cura in ambulatorio o a domicilio

Valutazione in corso di ricovero

- valutazione/Rivalutazione della possibile criticità della dimissione entro 15 giorni dal ricovero
- cambiamenti di programma terapeutico significativi adottati congiuntamente con i curanti esterni
- sintesi degli Interventi
- esito dei trattamenti
- valutazione del raggiungimento dell'obiettivo atteso formulato all'ingresso/prima valutazione
- terapia in atto
- diagnosi e valutazione clinica attuale
CRITICITA' = Dimissione complessa per difficoltà di contesto, malgrado la stabilizzazione delle condizioni cliniche che permetterebbero la cura in ambulatorio o a domicilio

Sono definiti, in particolare nelle RTI specialistiche, percorsi assistenziali complessi per:

- gli anziani con problemi di demenza iniziale ed alterazioni psichiche,
- persone con doppia diagnosi,
- persone con disturbi del comportamento alimentare.

Sono definiti regolamenti interni e linee-guida per lo svolgimento delle principali attività cliniche. Tali regolamenti devono esistere per le singole unità residenziali (RTI, RTI specialistiche e RTP)

E' definito un regolamento per l'effettuazione di interventi alternativi alla contenzione.

Sono previste modalità di dimissione assistita.

ACQUISIZIONE SERVIZI

Sono definiti i rapporti funzionali con i servizi diagnostici (laboratori analisi, radiologia, ecografia, endoscopia) così come con le altre unità operative

LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO - CLINICHE.

Sono concordati con il Laboratorio analisi chimico cliniche di riferimento protocolli per gli esami disponibili in urgenza nelle 24 ore 7giorni/7 e per quelli eseguibili in via ordinaria, tenuto conto del livello e delle attività presenti.

RADIOLOGIA

Sono concordati con i Servizi di Radiologia che garantiscono esami per urgenze cliniche motivate h.24, 7 giorni su 7, protocolli per la radiologia convenzionale e altre indagini diagnostiche.

CARDIOLOGIA

Si possono avvalere di prestazioni cardiologiche ordinarie e urgenti secondo protocolli concordati.

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

La clinical competence del medico psichiatra e degli operatori è garantita dalla partecipazione documentata ad attività integrate fra strutture e professionisti che partecipano alla gestione dei casi in cura.

La competenza clinica di professionisti e operatori, acquisita a seguito dell'attivazione di percorsi clinico assistenziali di specializzazione, è sempre documentata, in particolare per il settore di intervento delle residenze specialistiche.

FORMAZIONE

La partecipazione degli operatori a iniziative formative è predisposta sulla base di un programma annuale.

La formazione viene svolta su tre livelli:

- nell'ambito della struttura principale di lavoro. Va qui in particolare curata la dinamica dei rapporti individuali e di gruppo fra operatori e il paziente/gruppo di pazienti;
- nell'ambito della struttura, aperta ad operatori del volontariato, del privato accreditato e del DSM-DP;
- con servizi e professionisti che svolgono attività di collaborazione con la struttura, secondo riconosciute necessità di sviluppo di competenze cliniche condivise.

Per le RTI specialistiche le attività formative devono particolarmente insistere sul settore di intervento erogato.

Per i Responsabili della struttura è prevista specifica formazione per l'acquisizione di competenze di tipo organizzativo e manageriale

QUALIFICAZIONE DEI PROCESSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI E ASSISTENZIALI

Devono essere dichiarate e concordate con il DSM-DP committente le dotazioni di posti letto dedicati a inserimenti psichiatrici sanitari intensivi - specialistici (ad esempio: doppia diagnosi, minori, psicogeriatrica, ecc.).

Devono essere documentate le attività ed i programmi clinici per le aree di intervento dichiarate e concordate.

Deve essere monitorata l'efficacia dei programmi attuati.

Sono effettuati percorsi di verifica relativi all'applicazione delle linee guida e delle Direttive Regionali, con particolare riguardo:

- ai principali processi diagnostico-terapeutici,
- all'effettuazione di terapia elettroconvulsiva (Elettroshock),
- alle procedure per gli ASO e i TSO in psichiatria,
- alle norme per la sicurezza degli operatori e delle persone assistite nell'ambito della struttura.

Sono previsti dei percorsi di supporto al paziente e alla sua famiglia nella fase della comunicazione della diagnosi.

Sono definite all'interno della struttura le modalità di comunicazione con il medico di riferimento del paziente o con altro servizio inviante.

Esiste un piano clinico-assistenziale che prevede:

- controllo clinico programmato,
- colloqui programmati con le figure professionali di riferimento,
- partecipazione all'attività terapeutico-riabilitativa,
- contatti con il responsabile del DSM-DP di riferimento della persona assistita,
- terapia farmacologica

La struttura concorre in relazione alle proprie specificità alla realizzazione del progetto di cura.

Ogni volta che vengono attivati percorsi clinico assistenziali di specializzazione è documentata la competenza clinica specifica degli operatori.

L'attività è documentata attraverso indicatori e standard.

La valutazione della performance prevede audit effettuati continuativamente e con sistematicità.

Sono documentate le modalità di monitoraggio adottate per il controllo delle procedure previste.

Documentazione sanitaria

E' garantita la redazione accurata e la corretta tenuta della documentazione clinica, favorendo l'integrazione delle informazioni raccolte dai diversi operatori.

Il progetto personalizzato, relativamente ad ogni ricovero, contiene:

- data di ingresso, obiettivi del ricovero, durata prevista,
- indicazione del medico del DSM-DP con cui si è concordato il progetto,
- data di dimissione e indicazione del medico con cui sono concordate le dimissioni.

Nella documentazione sanitaria sono accuratamente registrati per iscritto i seguenti eventi:

- eventuali limitazioni di permessi di uscita per motivi clinici.

MONITORAGGIO NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE STRUTTURE PSICHIATRICHE

Sono monitorati gli indicatori relativi a:

- a. Presenza di documentazione clinica che contiene il progetto terapeutico assistenziale e la temporizzazione della verifica del progetto
 - Definizione del progetto in équipe
 - Verifica dell'adesione al trattamento (compliance)
 - Verifica periodica del progetto (in équipe)
- b. Presenza di un sistema di sorveglianza degli eventi rilevanti (n. di allontanamenti di pazienti, sindromi da sovradosaggio di neurolettici, sindromi maligne da neurolettici e patologie ab ingestis, n. infortuni per conflitto tra pazienti, n. infortuni per conflitto tra pazienti e operatori;...)
- c. Monitoraggio dei pazienti con terzo ricovero in Residenze a Trattamento Intensivo nell'arco dei 12 mesi
- d. Presenza di relazione di dimissione concordata

INDICATORI RESIDENZA A TRATTAMENTO INTENSIVO, INTENSIVO SPECIALISTICO E PROTTRATTO									
DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)	
1) Presenza di documentazione clinica che contiene il progetto terapeutico assistenziale e la temporizzazione della verifica del progetto	N° pazienti con progetto personalizzato scritto /N° pazienti in carico		Indicatore che valuta la conformità della documentazione sanitaria		D.S.M. di riferimento La stessa struttura	Rilevare la presenza degli elementi nella documentazione clinica	Rilevazione a cura della stessa struttura	Indicatore che misura l'accuratezza della documentazione sanitaria in relazione alla presa in carico e al processo di continuità assistenziale.	
2) Definizione del progetto in équipe	N° totale progetti definiti in équipe / N° totale progetti		Indicatore che misura la realizzazione della multidisciplinarietà nella definizione del progetto secondo le norme di buona pratica clinica..	100%	D.S.M. di riferimento La stessa struttura	Cartella clinica	Valutazione annuale	Indicatore che misura l'accuratezza del progetto terapeutico.	
3) Verifica dell'adesione al trattamento (compliance)	N° totale dei pz che aderiscono al trattamento (compliance) / N° totale progetti definiti		Indicatore che misura la compliance dei pz al progetto terapeutico..		D.S.M. di riferimento La stessa struttura	Cartella clinica	Valutazione annuale	Indicatore che misura l'accuratezza del progetto terapeutico.	
4) Verifica periodica del progetto (in équipe)	N° progetti personalizzati verificati almeno una volta l'anno che hanno raggiunto gli obiettivi definiti / N. progetti stabili		Indicatore che misura l'efficacia del progetto terapeutico secondo le norme di buona pratica clinica.	100%	D.S.M. di riferimento La stessa struttura	Cartella clinica	Valutazione annuale	Indicatore che misura l'accuratezza del progetto terapeutico	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
5) Presenza di un sistema di sorveglianza degli eventi rilevanti (n. di allontanamenti di pazienti, sindromi da sovradosaggio di neurolettici, sindromi maligne da neurolettici e patologie ab ingestis, n. infurtuni per conflitto tra pazienti, n. infurtuni per conflitto tra pazienti e operatori...)	N° eventi/ N° totale di pazienti in carico		Indicatore che valuta la sicurezza per il paziente		D.S.M. di riferimento La stessa struttura	Sistema regionale di rilevazione eventi	Rilevazione annuale a cura della stessa struttura	L'indicatore misura la qualità dei processi assistenziali e gestionali. Il raggiungimento dello standard garantisce attenzione alla sicurezza dei pazienti e favorisce l'assunzione di misure preventive. La conoscenza dei fenomeni per tipologia e numero permette di attivare percorsi di miglioramento.
6) Monitoraggio dei pazienti con terzo ricovero in Residenza a Trattamento Intensivo nell'arco dei 12 mesi	N° pazienti con 3 o più ricoveri anno/N. totale pazienti ricoverati nell'anno *100		Indicatore che misura l'efficacia del progetto terapeutico secondo le norme di buona pratica clinica.		Regione La stessa struttura		Valutazione annuale della struttura e regionale.	L'indicatore misura l'efficacia e l'appropriatezza dei processi assistenziali. I risultati debbono essere valutati in riferimento all'analisi della casistica
7) Presenza di relazione di dimissione concordata	N° pazienti con relazione di dimissione concordata con riferimenti agli accordi con la struttura ricevente / N° pazienti dimessi dalla residenza nell'anno		Indicatore che valuta la conformità del percorso e della continuità assistenziale		D.S.M. di riferimento La stessa struttura	Lettera di dimissione / cartella clinica	Valutazione annuale	

RIABILITAZIONE NEURO-PSICOGERIATRICA (COD. 56)

All'interno delle strutture psichiatriche della rete ospedaliera può essere presente un settore di degenza ospedaliera riabilitativa (Cod. 56) rivolta a erogare prestazioni di tipo specialistico relativamente all'ambito della psicogeriatra.

REQUISITI STRUTTURALI

Le camere di degenza hanno al massimo 2 posti letto per stanza. Per le strutture con permesso di costruzione antecedente alla data del 30 giugno 2009 le camere possono avere 3 posti letto, sino al rinnovo dell'accreditamento, data entro la quale le strutture dovranno adeguarsi allo standard di 2 posti letto per camera.

AREA DESTINATA ALLA DEGENZA

- area attrezzata per colloquio ed addestramento familiari (possono essere rispettivamente sostituite dalla sala riunioni di utilizzo del reparto o dalla medicheria),
I riferimenti sono ad una articolazione organizzativa di 20 p.l. Qualora siano presenti uno o più moduli, i requisiti strutturali ed organizzativi sono considerati non come multipli interi ma in proporzione alla tipologia e al volume della casistica e in relazione ai protocolli assistenziali adottati dalle singole strutture. Qualora si assemblino uno o più moduli, gli spazi comuni possono essere considerati non come multipli interi ma in relazione alla tipologia e al volume della casistica.
- un bagno assistito a livello di struttura e/o bagni attrezzati per pazienti disabili,
- spazio attrezzato per la consumazione dei pasti, soggiorno e tempo libero (soluzione obbligatoria per le nuove strutture),
- è possibile l'accesso al letto mediante barella, carrozzina, deambulatore o sollevatore.

Oltre al rispetto dei requisiti inerenti al superamento delle barriere architettoniche, all'interno delle U.O. sono assunti tutti i provvedimenti che facilitino la fruibilità degli spazi.

AREA DESTINATA ALLA VALUTAZIONE

- un'area complessiva (ambulatori generali e per valutazioni specifiche) non inferiore a m² 36 e comunque collocata nella struttura.

AREA DESTINATA ALL'EROGAZIONE DELLE ATTIVITA' SPECIFICHE DI RIABILITAZIONE

- l'area per le attività specifiche di riabilitazione è di almeno mq 36.

REQUISITI TECNOLOGICO

- spazio per il deposito attrezzature, commisurato alle specifiche necessità del reparto (carrozzine, deambulatori, etc.),
- i sistemi di chiamata sono adatti alle diverse tipologie di disabilità,
- i tavoli hanno altezza tale da consentire l'inserimento della carrozzina.

AREA DESTINATA ALLA DEGENZA

- letti di degenza a tre segmenti regolabili, con spondine e relativi "trapezi" e "archetti alzacoperte" in numero sufficiente alle esigenze dei pazienti e con almeno il 20% della dotazione regolabile in altezza,
- impianto telefonico per utenti, di cui almeno uno utilizzabile dalle diverse tipologie di disabili presi in carico,
- 1 sollevatore pazienti elettrico con diverse tipologie di imbragature,
- sistema pesapersona,
- ausili antidecubito,
- dotazione di carrozzine di tipologia e qualità adeguate alle patologie trattate, al numero di posti letto, complete di accessori.

AREA DESTINATA ALLA VALUTAZIONE

- Sono presenti strumenti per la valutazione e l'oggettivazione del dato relativamente alle varie tipologie prese in carico
- Sono disponibili strumenti per la valutazione degli esiti
- Attrezzature per il trattamento:
 - lettini per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 100 minimi x 200 x 44/85h),
 - letto di grandi dimensioni per rieducazione motoria ad altezza variabile (cm 200 x 200 x 44/85h) (Bobath) presente in struttura,
 - sollevatore elettrico con diverse tipologie di imbragatura (fasce, amaca standard ed amaca con poggiatesta) in grado di sollevare il paziente dal piano-pavimento,

- presidi e ausili per la deambulazione e la mobilità del paziente,
- attrezzature per l'area destinata alla socializzazione in modo da garantire un confortevole utilizzo del tempo libero.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

REQUISITI ORGANIZZATIVI - PERSONALE

Il team interprofessionale è composto almeno da: medico psichiatra e medico neurologo e/o medico fisiatra e medico geriatra/internista, infermiere, fisioterapista, tecnico di riabilitazione psichiatrica e operatore socio sanitario.

Sono disponibili l'assistente sociale e lo psicologo.

La dotazione di personale tecnico - assistenziale è idonea a garantire la realizzazione del progetto riabilitativo.

Per garantire i livelli minimi di sicurezza, sono presenti nell'U.O. (commisurato ad un numero orientativo di 20 p.l.) almeno due operatori (infermieri/OTA) h 24, 7 giorni su 7.

La presenza del neurologo/ psichiatra/ fisiatra/ geriatra/ internista è garantita nelle ore diurne dei giorni feriali per almeno 9 ore.

Per le restanti ore è garantita la guardia/pronta disponibilità medica, anche condivisa con altre U.O., secondo modalità da definirsi a livello aziendale.

REQUISITI ORGANIZZATIVI - PROCEDURE

Sono definiti con le strutture invianti protocolli di appropriatezza dei ricoveri, in linea con i requisiti previsti dalla programmazione regionale.

E' individuato, adottato e monitorizzato l'utilizzo di un protocollo/linea guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito con particolare riferimento a quelle raccomandate dalla Regione Emilia Romagna.

Esistono modalità operative documentate che facilitano il contatto del paziente con i propri familiari.

Esistono modalità operative documentate di attivazione dei servizi sociali.

Esistono modalità operative documentate di dimissione concordate con i servizi territoriali contenenti le modalità della presa in carico del paziente, qualora sia necessaria l'assistenza domiciliare o l'inserimento in strutture residenziali.

ACQUISIZIONE SERVIZI

LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO CLINICHE E RADIOLOGIA

Sono concordati con il Laboratorio e la Radiologia (convenzionale, comprensiva di ecografia, TAC e RMN) di riferimento protocolli per gli esami disponibili in urgenza nelle 24 ore, 7 giorni/7 e per quelli eseguibili in via ordinaria, tenuto conto del livello delle attività presenti.

Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura, sono presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta.

CARDIOLOGIA

E' disponibile la consulenza cardiologica.

Tra le consulenze disponibili, secondo le specifiche necessità in riferimento alle aree di attività, la consulenza cardiologica è considerata requisito essenziale.

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

E' prevista una verifica all'ingresso delle conoscenze, capacità ed attitudini del personale.

Le verifiche proseguono nel tempo anche con uno specifico supporto formativo.

COMPETENZE SINGOLI PROFESSIONISTI

La direzione della struttura valuta in ingresso e periodicamente la competenza del personale che utilizza

- **MEDICI**

- sono in grado di predisporre e condurre progetti riabilitativi individuali in soggetti affetti da patologie psiconeurogeriatriche,
- sono in grado di interpretare ed utilizzare nella progettazione riabilitativa valutazioni strumentali di imaging, neurofisiologiche e neuropsicologiche,
- sono in grado di condurre il team interprofessionale,
- dimostrano capacità di una corretta gestione della documentazione clinica e, in particolare, della cartella integrata,
- conoscono e sono in grado di utilizzare correttamente le principali scale di valutazione delle disabilità,
- sono in grado di svolgere adeguata informazione agli utenti,
- sono in grado di predisporre il percorso riabilitativo post-dimissione.

- **PERSONALE INFERMIERISTICO**

L'infermiere e l'OSS sono in possesso delle competenze tecnico-assistenziali e professionali specifiche per identificare le necessità assistenziali correlate, oltre che alla malattia disabilitante e al suo trattamento, anche allo stile di vita, alle modificazioni della vita quotidiana, alla qualità di vita percepita e alle dinamiche familiari.

La propria attività è improntata al raggiungimento della maggiore autonomia possibile da parte del paziente e delle persone a lui vicine.

L'infermiere e l'OSS collaborano attivamente alla predisposizione e realizzazione del progetto riabilitativo individuale dei singoli utenti e a realizzare, per quanto di competenza, i programmi a loro affidati con modalità interprofessionali.

- **PERSONALE TECNICO DELLA RIABILITAZIONE**

Il personale tecnico della riabilitazione è in possesso delle competenze tecnico-professionali specifiche per identificare le necessità di intervento correlate, oltre che alla malattia disabilitante e al suo trattamento, anche allo stile di vita, alle modificazioni della vita quotidiana, alla qualità di vita percepita e alle dinamiche familiari.

Impronta l'attività al raggiungimento della maggiore autonomia funzionale possibile da parte del paziente e delle persone a lui vicine. Il personale tecnico della riabilitazione collabora attivamente alla predisposizione e realizzazione del progetto riabilitativo individuale dei singoli utenti e a realizzare, per quanto di competenza, i programmi a lui affidati con modalità interprofessionali.

- **ASSISTENZA PSICOLOGICA**

Lo psicologo operante nella struttura documenta una formazione e una competenza specifica nel campo della riabilitazione.

- **ASSISTENZA SOCIALE**

E' documentata la competenza relativa a funzioni di segretariato sociale.

FORMAZIONE

Sono previste attività di prevenzione del burn-out anche tramite sedute di supervisione.

L'Educazione Continua in Medicina (ECM) è programmata secondo quanto previsto a livello nazionale e regionale, in ragione della tipologia e dell'evoluzione delle competenze richieste.

Per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici è prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

QUALIFICAZIONE DEI PERCORSI

Il team interprofessionale svolge le seguenti funzioni e le documenta nella cartella clinica:

- valutazione,
- elaborazione e stesura del progetto riabilitativo,
- elaborazione e stesura dei programmi riabilitativi,
- erogazione del trattamento riabilitativo,
- educazione e training,
- mantenere rapporti funzionali con servizi di supporto in ragione alle necessità del paziente,
- partecipazione attiva alle riunioni del team,
- pianificazione della dimissione,
- educazione ed assistenza agli utenti nella gestione delle risorse disponibili nel lungo periodo.

E' garantita l'attività di terapia occupazionale.

L'U.O. prevede momenti di formazione ed educazione nei confronti degli utenti e loro familiari, degli operatori dei servizi sociali. I pazienti e loro familiari sono informati delle procedure relative alla tutela dei diritti e all'utilizzo dei diversi benefici previsti dalla normativa.

La cartella clinica, costruita tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali, contiene un set minimo di dati quali:

l'individuazione e valutazione dello spettro di menomazioni e di disabilità, del relativo gradiente di modificabilità, gli obiettivi individuati e i risultati attesi, l'individuazione degli strumenti terapeutici più idonei (progetto/programma riabilitativo), gli obiettivi e i risultati raggiunti.

La presa in carico si realizza attraverso la predisposizione di un progetto e uno o più programmi riabilitativi, documentati nella cartella clinica, alla cui redazione collaborano i componenti del team interprofessionale, ciascuno per le proprie competenze.

E' prevista la misurazione dei miglioramenti degli utenti e quindi del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento.

Ai fini di una confrontabilità dei risultati si chiede l'uso di una scala di valutazione per il monitoraggio del recupero funzionale che permetta un confronto nazionale ed internazionale.

Per ogni utente alla dimissione è redatta una relazione scritta secondo protocolli definiti per la funzione di dimissione.

Per la realizzazione dell'attività clinico-assistenziale sono assunte linee-guida riconosciute e validate e sviluppati protocolli e procedure verificabili e aggiornati.

QUALIFICAZIONE DEI PROCESSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI E ASSISTENZIALI

La presa in carico si realizza attraverso la predisposizione di un progetto e uno o più programmi riabilitativi, documentati nella cartella clinica.

Il progetto e i programmi terapeutici-riabilitativi sono definiti sulla base delle valutazioni effettuate dalla équipe multiprofessionale sugli aspetti funzionali, internistici, cognitivi, comportamentali e psicopatologici.

Il progetto e i programmi terapeutici-riabilitativi prevedono la possibilità di gestire le diverse problematiche cliniche dei pazienti, in particolare per quanto riguarda:

- la prevenzione e gestione delle comorbidità e delle complicanze di tipo metabolico, infettivo, lesioni da pressione, nutrizionale,
- la terapia psicofarmacologica,
- la riabilitazione fisioterapica,
- la rieducazione motoria finalizzata al recupero posturale e alla prevenzione delle disabilità,
- la riabilitazione cognitiva e psicosensoriale finalizzata alla corretta stimolazione delle attività superiori residue e al riequilibrio emotivo e relazionale,
- la terapia occupazionale per il recupero delle abilità della vita quotidiana,
- la rieducazione all'alimentazione finalizzata alla corretta alimentazione e deglutizione.

Gli operatori dell'équipe effettuano la informazione, la formazione e il sostegno ai familiari, in particolare ai care givers, per assicurare una corretta gestione del paziente durante il ricovero e dopo le dimissioni.

E' prevista la misurazione dei miglioramenti dei pazienti e quindi del raggiungimento degli obiettivi funzionali, attraverso l'utilizzo di scale di misura validate e/o riconosciute dalle società scientifiche di riferimento, che permettano un confronto nazionale ed internazionale.

E' definito un piano di dimissione infermieristico per la prosecuzione del piano assistenziale per persone portatrici di cateteri vescicali, stomie, supporti per nutrizione artificiale, ulcere da pressione, ossigeno terapia domiciliare iniziata di recente.

La relazione scritta redatta per ogni paziente alla dimissione include:

- chiara e completa descrizione delle attività svolte e indirizzata ad un medico o ad un servizio che riceverà in carico l'utente,
- specifiche raccomandazioni per tutte le diverse tipologie di operatori che potranno interagire successivamente con l'utente,
- indicazioni di supporto alla famiglia.

MONITORAGGIO NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE STRUTTURE PSICHIATRICHE

Sono monitorati gli indicatori relativi a:

- a. Trasferimenti non programmati in un Reparto per Acuti
- b. Raggiungimento obiettivo terapeutico
- c. Incremento dell'autonomia funzionale dei pazienti
- d. Dimissioni verso una struttura protetta
- e. Monitoraggio dei decessi

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
INDICATORI RIABILITAZIONE PSICOGERIATRIA (cod. 56)								
1) Trasferimenti non programmati in un reparto per Acuti	N° pazienti trasferiti non programmati in un reparto per acuti / N° totale pazienti trasferiti programmati * 100		Indicatore che valuta l'appropriatezza del trasferimento /presa in carico		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. Il valore viene espresso sia in percentuale che in valore assoluto	
2) Raggiungimento obiettivo terapeutico	N° pazienti che alla dimissione raggiungono gli obiettivi previsti / N° totale pazienti dimessi *100		Indicatore che valuta la qualità del percorso assistenziale in termini di efficacia del trattamento		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. Il valore viene espresso sia in % che in valore assoluto	
3) Incremento dell'autonomia funzionale dei pazienti	Delta scala di valutazione tra ingresso e dimissione in incremento		Indicatore che misura l'efficacia del progetto terapeutico secondo le norme di buona pratica clinica.		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O.	
4) Dimissioni verso una struttura protetta	N° pazienti dimessi verso una struttura protetta / N° totale pazienti dimessi		Indicatore che valuta la continuità assistenziale in termini di efficacia		U.O. Aziendale Regionale	Cartella clinica o registro		Indicatore che monitorizza la casistica e può essere utilizzato ai fini gestionali (assorbimento di risorse)
5) Monitoraggio dei decessi	N° pazienti deceduti /N° totale dei pazienti presi in carico		Indicatore che misura l'appropriatezza della presa in carico		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura della stessa struttura(registro o altro strumento). Il valore viene espresso sia in % che in valore assoluto	L'indicatore misura l'efficacia e l'appropriatezza del processo di presa in carico

RIABILITAZIONE DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE - DCA (COD. 56)

All'interno delle Strutture ospedaliere psichiatriche può essere presente un settore di degenza ospedaliera riabilitativa (Cod. 56) rivolta a erogare prestazioni di tipo specialistico relativamente ai disturbi del comportamento alimentare (reparti DCA).

Possono essere presenti moduli che erogano prestazioni di:

- riabilitazione psiconutrizionale che, traendo ispirazione dal modello cognitivo di sviluppo della malattia (modello multideterminato) si propone, attraverso una serie di interventi terapeutici integrati, di affrontare e correggere sia i fattori bio-psicologici di mantenimento primari della malattia (effetti del digiuno, e del sottopeso, utilizzo dei mezzi di compenso, abbuffate, pattern alimentari disfunzionali, preoccupazione per il peso e per l'aspetto fisico, disturbo dell'immagine corporea) che di modificare quelli secondari (deficit di autostima, perfezionismo clinico, disregolazione delle emozioni, problemi interpersonali e di transizione di ruolo).

La riabilitazione psiconutrizionale si articola pertanto secondo un modello di lavoro integrato che attraverso l'applicazione di peculiari tecniche di rialimentazione e di psicoterapia (individuale e di gruppo), giustapposte e sviluppate secondo sequenze armoniche e coordinate, cerca di affrontare il disturbo del comportamento alimentare sia nelle sue componenti biologiche che in quelle psicologiche e socio-relazionali.

- abilitazione nutrizionale che si occupa dello stato di salute e dello stato nutrizionale del paziente affetto da DCA.

REQUISITI STRUTTURALI

Le camere di degenza hanno al massimo 2 posti letto per stanza. Per le strutture con permesso di costruzione antecedente alla data del 30 giugno 2009 le camere possono avere 3 posti letto, sino al rinnovo dell'accreditamento, data entro la quale le strutture dovranno adeguarsi allo standard di 2 posti letto per camera.

I riferimenti sono ad una articolazione organizzativa di max 20 p.l.. Qualora siano presenti uno o più moduli, i requisiti strutturali ed organizzativi sono considerati non come multipli interi ma in proporzione alla tipologia e al volume della casistica e in relazione ai protocolli assistenziali adottati dalle singole strutture. Qualora si assemblino uno o più moduli, gli spazi comuni possono essere considerati non come multipli interi ma in relazione alla tipologia e al volume della casistica.

AREA DESTINATA ALLA DEGENZA

- spazi per colloquio con i familiari (anche non dedicati),
- un bagno assistito a livello di struttura e/o bagni attrezzati per pazienti disabili,
- spazio attrezzato per la consumazione dei pasti, soggiorno e tempo libero (soluzione obbligatoria per le nuove strutture),
- è possibile l'accesso al letto mediante barella, carrozzina, deambulatore o sollevatore.

Oltre al rispetto dei requisiti inerenti al superamento delle barriere architettoniche, all'interno delle U.O. sono assunti tutti i provvedimenti che facilitino la fruibilità degli spazi.

AREA DESTINATA ALL'EROGAZIONE DELLE ATTIVITA' SPECIFICHE

- un'area complessiva (ambulatori generali e per valutazioni specifiche e studi per colloqui) non inferiore a 3 ambulatori / studi medici ogni 20 p.l. e comunque collocata nella struttura.
- l'area per le attività specifiche di riabilitazione nutrizionale, psicologica e fisica; la riabilitazione fisica è effettuata in una palestra di almeno mq 36, anche in comune con altre attività della struttura.

REQUISITI TECNOLOGICO

- spazio per il deposito attrezzature, commisurato alle specifiche necessità del reparto, anche in comune con altri reparti,
- sistemi di chiamata.

AREA DESTINATA ALLA DEGENZA

- presenza di letti di degenza per grandi obesi, qualora nell'offerta della struttura siano previste prestazioni per tali patologie,
- impianto telefonico per utenti,
- 1 sollevatore pazienti con diverse tipologie di imbragature,
- sistema pesapersona con statimetro.

AREA DESTINATA ALLA VALUTAZIONE

- Sono presenti strumenti per la valutazione e l'oggettivazione del dato relativamente alle varie tipologie prese in carico
- Sono disponibili strumenti per la valutazione degli esiti

- Sono presenti attrezzature per l'area destinata alla socializzazione in modo da garantire un confortevole utilizzo del tempo libero.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

REQUISITI ORGANIZZATIVI - PERSONALE

Il team per qualsiasi setting di cura (ambulatorio, ricovero, day-hospital) deve essere costituito da specialisti per DCA di area psichiatrica e psicoterapica e internistico-nutrizionale.

Al team di base potranno essere affiancati per casi specifici e per la corretta gestione medica altri specialisti.

La stabilità del team e la comunicazione interdisciplinare è indispensabile.

Il team interprofessionale per le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione psiconutrizionale è composto almeno da: medico psichiatra, psicologo, dietista, internista /dietologo con una specifica formazione per i DCA.

Il team interprofessionale per le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione nutrizionale è composto almeno da: medico psichiatra, psicologo, internista /dietologo con una specifica formazione per i DCA.

È disponibile l'assistente sociale o una funzione di segretario sociale.

Per garantire i livelli minimi di sicurezza, sono presenti nell'U.O. (commisurato ad un numero di 20 p.l.) almeno due operatori (infermieri/OTA) h 24, 7 giorni su 7.

La presenza dello psichiatra è garantita nelle ore diurne dei giorni feriali per almeno 9 ore.

Per le restanti ore è garantita la guardia/pronta disponibilità medica, anche condivisa con altre U.O., secondo modalità da definirsi a livello aziendale.

REQUISITI ORGANIZZATIVI - PROCEDURE

È definita una modalità organizzativa specifica per la gestione / trasferimento in caso di urgenza.

Sono definiti con le strutture invianti protocolli di appropriatezza dei ricoveri, in linea con i requisiti previsti dalla programmazione e dalle linee guida regionali.

Esistono procedure di attivazione dei servizi sociali.

Esistono procedure di dimissione concordate con i servizi territoriali contenenti le modalità della presa in carico del paziente.

ACQUISIZIONE SERVIZI

LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO CLINICHE E RADIOLOGIA

Sono concordati con il Laboratorio e la Radiologia (convenzionale, comprensiva di ecografia, TAC e RMN) di riferimento protocolli per gli esami disponibili in urgenza nelle 24 ore, 7 giorni/7 e per quelli eseguibili in via ordinaria, tenuto conto del livello delle attività presenti sono disponibili per tutte le attività.

Qualora sia previsto che gli esami siano eseguiti da laboratori esterni alla struttura, sono presenti formali accordi sulle modalità di trasporto, consegna dei campioni e dei referti e tempi di risposta.

CARDIOLOGIA

È disponibile la consulenza cardiologica.

Tra le consulenze disponibili, secondo le specifiche necessità in riferimento alle aree di attività, la consulenza cardiologica è considerata requisito essenziale.

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

La clinical competence del medico psichiatra e degli operatori è garantita dalla partecipazione documentata ad attività integrate fra strutture e professionisti o fra professionisti della stessa struttura che partecipano alla gestione dei casi in cura.

La competenza clinica di professionisti e operatori, acquisita a seguito dell'attivazione di percorsi clinico assistenziali di specializzazione, è sempre documentata.

FORMAZIONE

La formazione viene svolta su tre livelli:

- nell'ambito della struttura principale di lavoro. Va qui in particolare curata la dinamica dei rapporti individuali e di gruppo fra operatori e il paziente/gruppo di pazienti;
- nell'ambito della riabilitazione DCA, aperta ad operatori del volontariato, del privato accreditato e del DSM-DP;
- con servizi e professionisti che svolgono attività di collaborazione con la riabilitazione DCA, secondo riconosciute necessità di sviluppo di competenze cliniche condivise.

Sono previste attività per l'integrazione tra l'equipe curante e di prevenzione del burn-out tramite sedute di supervisione.

L'Educazione Continua in Medicina (ECM) è programmata secondo quanto previsto a livello nazionale e regionale, in ragione della tipologia e dell'evoluzione delle conoscenze richieste.

Per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici è prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

QUALIFICAZIONE DEI PROCESSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI E ASSISTENZIALI

Sono effettuati percorsi di verifica relativi all'applicazione delle linee guida adottate e delle Direttive Regionali, con particolare riguardo:

- ai principali processi diagnostici terapeutici, in particolare quelli relativi ai disturbi del comportamento alimentare;
- alle procedure per gli ASO e i TSO in psichiatria;
- alle norme per la sicurezza degli operatori e delle persone assistite nell'ambito della struttura.

Sono previsti dei percorsi di supporto al paziente e alla sua famiglia nella fase della comunicazione della diagnosi.

Ad ogni paziente e ai suoi familiari è garantita, secondo modalità esplicitate, la possibilità di incontrare il medico referente della struttura o, in sua assenza, un suo sostituto.

Esiste un piano clinico-assistenziale che prevede:

- controllo clinico periodico,
- colloqui programmati con le figure professionali di riferimento,
- partecipazione all'attività terapeutico-riabilitativa,
- contatti con il responsabile del DSM-DP di riferimento della persona assistita,
- terapia farmacologica.

L'attività è documentata attraverso indicatori e standard.

Sono documentate le modalità di monitoraggio adottate per il controllo delle procedure previste.

La valutazione della performance prevede audit effettuati continuativamente e con sistematicità.

Documentazione sanitaria

E' garantita la redazione accurata e la corretta tenuta della documentazione clinica, favorendo l'integrazione delle informazioni raccolte dai diversi operatori.

Il progetto personalizzato, relativamente ad ogni ricovero, contiene:

- data di ingresso, obiettivi del ricovero, durata prevista,
- indicazione del medico del DSM-DP con cui si è concordato il progetto,
- data di dimissione e indicazione del medico con cui si sono concordate le dimissioni.

Nella documentazione sanitaria sono accuratamente registrati per iscritto i seguenti eventi:

- eventuali limitazioni di permessi di uscita per motivi clinici,
- eventuali interventi di contenzione (data, ora, nome e cognome del paziente, diagnosi, motivi dell'intervento, tipo di intervento restrittivo attuato, firma del medico).

Sono presenti attività di:

- monitoraggio dei ricoveri attraverso l'accurato inserimento dei dati informativi della scheda nosologica ospedaliera,
- valutazione di esito dei ricoveri attraverso una scala di valutazione validata in ambito scientifico.

Il percorso diagnostico deve essere riportato in una cartella interdisciplinare ove venga comunque riportato con evidenza il percorso interdisciplinare.

La struttura si impegna a attuare modalità per favorire la condivisione fra tutti i nodi della rete dell'equipe DCA della Regione Emilia-Romagna delle informazioni cliniche sul paziente per facilitare i passaggi del paziente da un'equipe all'altra (esempio passaggi legati a necessità di diversa intensità terapeutica), e permettere di seguire il paziente evitando ripetizione inutili di esami, valutazioni e altre indagini

Ogni équipe struttura i propri interventi facendo riferimento a percorsi terapeutici, liberamente scelti a patto che vengano descritti con i relativi riferimenti ed evidenze scientifiche, strutturati, valutati in itinere e al follow-up.

Ogni struttura specialistica per DCA indica, nella propria carta dei servizi e/o nei propri procedure terapeutiche i propri modelli terapeutici con le evidenze di riferimento.

MONITORAGGIO NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE STRUTTURE PSICHIATRICHE

Sono monitorati gli indicatori relativi a:

- a. Appropriatelyzza della valutazione diagnostica standardizzata
- b. Efficacia del trattamento per pazienti con Anoressia Nervosa
- c. Efficacia del trattamento per pazienti con Bulimia Nervosa
- d. Presenza di piani clinico-assistenziali completi
- e. Presenza di progetti personalizzati verificati con scale di valutazione validate

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
INDICATORI RIABILITAZIONE DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE - DCA (COD. 56)								
1) Appropriatazza della valutazione diagnostica standardizzata	N° delle valutazioni diagnostiche effettuate con test psicometrici / N° totale valutazioni diagnostiche * 100		Indicatore che misura l'aderenza alle norme di buona pratica.		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O. Il valore viene espresso in percentuale	
2) Efficacia del trattamento per pazienti con Anoressia Nervosa	N° di pazienti con AN che raggiungono un BMI di 18.5 / numero di pazienti totali con AN		Indicatore che valuta l'efficacia del percorso assistenziale		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O.	
3) Efficacia del trattamento per pazienti con Bulimia Nervosa	N° pazienti con BN che risolvono meccanismi di compenso / pz con BN totali		Indicatore che valuta l'efficacia del percorso assistenziale		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O.	
4) Presenza di piani clinico-assistenziali completi	N° dei piani clinico-assistenziali completi di tutte le informazioni previste / N° dei pazienti in carico		Indicatore che valuta la conformità della documentazione sanitaria		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O.	
5) Presenza di progetti personalizzati verificati con scale di valutazione validate	N° progetti personalizzati verificati attraverso una scala di valutazione validata / N. progetti stabiliti		Indicatore che valuta la conformità del progetto alle norme di buona pratica clinica		U.O. e Aziendale	Cartella clinica	Rilevazione annuale a cura dell'U.O.	

LA COMPONENTE OSPEDALIERA DI PSICHIATRIA GENERALE

All'interno delle strutture della rete ospedaliera viene individuata una porzione di posti letto autorizzati che ottiene l'accreditamento come codice 40 (codifica SDO: cod. 40.3), destinate ad assolvere necessità assistenziali di psichiatria generale diverse da quelle oggetto di committenza regionale.

REQUISITI STRUTTURALI

Le camere di degenza hanno al massimo 2 posti letto per stanza. Per le strutture con permesso di costruzione antecedente alla data del 30 giugno 2009 le camere possono avere 3 posti letto, sino al rinnovo dell'accreditamento, data entro la quale le strutture dovranno adeguarsi allo standard di 2 posti letto per camera.

Possano essere presenti 1 o 2 camere a 3 posti letto per consentire maggiore flessibilità di risposta ai picchi di domanda. Almeno una stanza è ad 1 PL.

E' disponibile:

- un locale per consumazione di pasti
- un locale per attività terapeutiche di gruppo anche in comune con altri reparti.

La dotazione di locali e spazi è adeguata, per dimensioni, sicurezza, decoro, e comfort, all'attività erogata.

Gli arredi hanno caratteristiche di sicurezza, di decoro e di comfort.

Sono identificati spazi riservati opportunamente attrezzati che consentono, nel rispetto delle norme "antifumo" vigenti, di gestire adeguatamente il problema del tabagismo in persone che presentano scompensi psicopatologici in atto.

E' disponibile un locale o uno spazio attrezzato per la custodia temporanea degli effetti personali dei degenti, effetti che sono gestiti dal personale per motivi terapeutici, di sicurezza o salvaguardia.

REQUISITI TECNOLOGICI

La Degenza psichiatrica ha in dotazione test per la valutazione psicodiagnostica e psicometrica.

La Degenza psichiatrica dispone di un apparecchio telefonico dedicato, in ambiente protetto, che consente alle persone ricoverate che non possono allontanarsi dal reparto, di comunicare con l'esterno.

REQUISITI ORGANIZZATIVI

REQUISITI ORGANIZZATIVI - Personale

La dotazione di personale prevede la presenza sulle 24 ore di psichiatri, infermieri, OSS o, nelle more della disponibilità di questo tipo di qualifica, OTA e ADB, con la presenza programmata di psicologo. La presenza di psichiatri e infermieri deve essere considerata sulle 24 ore. La presenza dello psichiatra durante la notte, i prefestivi e i festivi può essere garantita dalla guardia notturna psichiatrica o dalla reperibilità.

La dotazione di personale è rapportata alle attività e concordata a livello aziendale.

REQUISITI ORGANIZZATIVI - Procedure

Elaborano procedure operative relativamente a:

- continuità dell'assistenza con specifico riferimento alle modalità di accesso e di dimissione
- appropriatezza del ricovero o dell'inserimento
- specifiche modalità da adottarsi per il consenso informato e modalità di informazione ai familiari

Sono definiti regolamenti interni e linee-guida per lo svolgimento delle principali attività cliniche.

Sono previste modalità di dimissione assistita.

ACQUISIZIONE SERVIZI

Sono definiti i rapporti funzionali con i servizi diagnostici (laboratori analisi, radiologia, ecografia) così come con le altre unità operative.

LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO - CLINICHE.

Sono concordati con il Laboratorio analisi chimico cliniche di riferimento protocolli per gli esami disponibili in urgenza nelle 24 ore 7giorni/7 e per quelli eseguibili in via ordinaria, tenuto conto del livello e delle attività presenti.

RADIOLOGIA

Sono concordati con i Servizi di Radiologia che garantiscono esami per urgenze cliniche motivate h.24, 7 giorni su 7, protocolli per la radiologia convenzionale e altre indagini diagnostiche.

CARDIOLOGIA

Si possono avvalere di prestazioni cardiologiche ordinarie e urgenti secondo protocolli concordati

CLINICAL COMPETENCE E FORMAZIONE

La clinical competence del medico psichiatra e degli operatori è garantita dalla partecipazione documentata ad attività integrate fra strutture e professionisti o fra professionisti della stessa struttura che partecipano alla gestione dei casi in cura.

Ogni volta che vengono attivati percorsi clinico assistenziali di specializzazione è documentata la competenza clinica specifica degli operatori.

FORMAZIONE

La formazione viene svolta su tre livelli:

- nell'ambito della struttura principale di lavoro. Va qui in particolare curata la dinamica dei rapporti individuali e di gruppo fra operatori e il paziente/gruppo di pazienti;
- nell'ambito della struttura, aperta anche agli operatori del volontariato e del privato accreditato e del DSM-DP;
- con servizi e professionisti che svolgono attività di collaborazione con la struttura, secondo riconosciute necessità di sviluppo di competenze cliniche condivise.

Per i Responsabili della struttura è prevista specifica formazione per l'acquisizione di competenze di tipo organizzativo e manageriale.

QUALIFICAZIONE DEI PROCESSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI E ASSISTENZIALI

Sono effettuati percorsi di verifica relativi all'applicazione delle linee guida e delle Direttive Regionali, con particolare riguardo:

- ai principali processi diagnostico-terapeutici
- all'effettuazione di terapia elettroconvulsiva (Elettroshock)
- alle procedure per gli ASO e i TSO in psichiatria
- alle norme per la sicurezza degli operatori e delle persone assistite nell'ambito della struttura.

Sono definiti percorsi assistenziali complessi, in particolare per:

- gli anziani con problemi di demenza iniziale ed alterazioni psichiche
- per persone con doppia diagnosi
- persone con disturbi del comportamento alimentare

Sono definite all'interno della struttura le modalità di comunicazione con il medico di riferimento del paziente o con altro servizio inviante.

Ad ogni paziente e ai suoi familiari è garantita, secondo modalità esplicitate, la possibilità di incontrare il medico referente della struttura o, in sua assenza, un suo sostituto.

Esiste un piano clinico-assistenziale che prevede:

- controllo clinico periodico,
- colloqui programmati con le figure professionali di riferimento,
- partecipazione all'attività terapeutico-riabilitativa,
- contatti con il responsabile del DSM-DP di riferimento della persona assistita,
- terapia farmacologica.

L'attività è documentata attraverso indicatori e standard.

Sono documentate le modalità di monitoraggio adottate per il controllo delle procedure previste.

La valutazione della performance prevede audit effettuati continuamente e con sistematicità.

Ogni volta che vengono attivati percorsi clinico assistenziali di specializzazione è documentata la competenza clinica specifica degli operatori.

Documentazione sanitaria

E' garantita la redazione accurata e la corretta tenuta della documentazione clinica, favorendo l'integrazione delle informazioni raccolte dai diversi operatori

Il progetto personalizzato, relativamente ad ogni ricovero, contiene:

- data di ingresso, obiettivi del ricovero, durata prevista
- indicazione del medico con cui si è concordato il progetto
- data di dimissione e indicazione del medico con cui sono concordate le dimissioni

Nella documentazione sanitaria sono accuratamente registrati per iscritto i seguenti eventi:

- eventuali limitazioni di permessi di uscita per motivi clinici
- eventuali interventi di contenzione (data, ora, nome e cognome del paziente, diagnosi, motivi dell'intervento, tipo di intervento restrittivo attuato, firma del medico)

Sono presenti attività di:

- monitoraggio dei ricoveri attraverso l'accurato inserimento dei dati informativi della scheda nosologica ospedaliera"
- valutazione di esito dei ricoveri attraverso una scala di valutazione validata in ambito scientifico

MONITORAGGIO NELLA EROGAZIONE DEI SERVIZI E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE NELLE STRUTTURE PSICHIATRICHE

Sono monitorati gli indicatori relativi a:

- a. utilizzo di criteri diagnostici riconosciuti
N° cartelle cliniche complete dei criteri riconosciuti (I.C.D.-D.S.M) /N°cartelle cliniche totale *100
- b. monitoraggio di eventi rilevanti, quali:
 - suicidi e tentativo di suicidio,
 - disturbi iatrogeni e in particolare sindromi da impregnazione di neurolettici,
 - sindromi maligne da neurolettici e patologie ab ingestis,N° eventi/ N° totale di dimessi anno
- c. Presenza di documentazione clinica che contiene il progetto terapeutico assistenziale
- d. Monitoraggio pazienti della componente ospedaliera di psichiatria generale con necessità di terzo ricovero nell'arco dei 12 mesi

INDICATORI COMPONENTE OSPEDALIERA DI PSICHIATRIA GENERALE								
DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTI DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
1) Utilizzo di criteri diagnostici riconosciuti (I.C.D.-D.S.M)	N° cartelle cliniche complete dei criteri riconosciuti (I.C.D.-D.S.M) /N° cartelle cliniche totali *100		Indicatore di attività che serve per valutare il mix di prestazioni (complessità della casistica e assorbimento di risorse dell'U.O.)	100%	D.S.M. di riferimento La stessa struttura	Cartella clinica	Valutazione annuale	Indicatore che monitorizza la casistica e può essere utilizzato a fini epidemiologici e gestionali.
2) Presenza di un sistema di sorveglianza di suicidi e tentativi di suicidio	N° totale suicidi / N° totale di dimessi anno N° tentativi di suicidio / N° totale di dimessi anno		Indicatore che valuta l'efficacia del progetto terapeutico in relazione alla prevenzione dei comportamenti suicidari	Presenza del sistema di rilevazione degli incidenti	D.S.M. di riferimento La stessa struttura	Sistema regionale di rilevazione incidenti. Morte per suicidio: SDO Tentativo di suicidio: rilevazione ad hoc	Rilevazione annuale a cura dell'U.O.	L'indicatore misura la qualità dei processi assistenziali, gestionali e l'attenzione alla sicurezza dei pazienti. La conoscenza del fenomeno favorisce l'assunzione di misure preventive e permette di attivare percorsi di miglioramento.

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
3) Presenza di un sistema di sorveglianza degli eventi rilevanti (n. di allontanamenti di pazienti, sindromi da sovradosaggio di neurolettici, sindromi maligne da neurolettici e patologie ab ingestis, n. infortuni per conflitto tra pazienti, n. infortuni per conflitto tra pazienti e operatori,...)	N° eventi/ N° totale di dimessi anno		Indicatore che valuta la sicurezza per il paziente	Presenza del sistema di rilevazione degli eventi	D.S.M. di riferimento La stessa struttura	Sistema regionale di rilevazione eventi	Rilevazione annuale a cura della stessa struttura	L'indicatore misura la qualità dei processi assistenziali e gestionali. Il raggiungimento dello standard garantisce attenzione alla sicurezza dei pazienti e favorisce l'assunzione di misure preventive. La conoscenza dei fenomeni per tipologia e numero permette di attivare percorsi di miglioramento.
4) Presenza di documentazione clinica che contiene il progetto terapeutico assistenziale	a) N° pazienti con progetto personalizzato scritto /N° pazienti in carico	Rilevare la presenza degli elementi nella documentazione clinica	Indicatore che valuta la conformità del percorso assistenziale alle norme di buona pratica clinica		D.S.M. di riferimento La stessa struttura	Cartella clinica	Rilevazione sistematica a cura della stessa struttura	Indicatore che misura l'accuratezza della presa in carico e del processo di continuità assistenziale.
5) Monitoraggio dei pazienti della componente ospedaliera do psichiatria generale con necessità di terzo ricovero nell'arco dei 12 mesi	N° pazienti SPOL con 3 o più ricoveri anno/N. totale pazienti ricoverati nell'anno *100		Indicatore che misura l'efficacia del progetto terapeutico secondo le norme di buona pratica clinica.	Presenza del sistema di rilevazione	Regione La stessa struttura	SDO	Valutazione annuale della struttura e regionale.	L'indicatore misura l'efficacia e l'appropriatezza dei processi assistenziali. I risultati debbono essere valutati in riferimento all'analisi della gestione dei casi.

COMUNICATO REDAZIONALE

Si comunica che con Legge regionale 6 luglio 2009, n. 7 (pubblicata nel BUR n. 117 del 7 luglio 2009) il Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna, dall'1 gennaio 2010, è redatto esclusivamente in forma digitale e consultabile on line.

La Regione Emilia-Romagna garantisce l'accesso libero e gratuito a tutti i cittadini interessati tramite il proprio sito **<http://bur.regione.emilia-romagna.it/>**

La consultazione gratuita del BURERT dall'1 gennaio 2010 è garantita anche presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico e le Biblioteche della Regione e degli Enti Locali.

Presso i Comuni della Regione è inoltre disponibile in visione gratuita almeno una copia stampata dell'ultimo numero. E' sempre possibile richiedere alla Redazione del BURERT l'invio a mezzo posta di una copia della pubblicazione dietro apposito pagamento in contrassegno.