



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 4980

Seduta del 07/03/2013

Presidente

ROBERTO FORMIGONI

Assessori regionali ANDREA GIBELLI *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
GIOVANNI BOZZETTI
ROMANO COLOZZI
GIUSEPPE ANTONIO RENATO ELIAS
ANDREA GILARDONI

NAZZARENO GIOVANNELLI
FILIPPO GRASSIA
MARIO MELAZZINI
CAROLINA ELENA PELLEGRINI
LEONARDO SALVEMINI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Carolina Elena Pellegrini

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA NEL SISTEMA SOCIO SANITARIO IN
ATTUAZIONE DEI CRITERI DI REVISIONE DELLE FUNZIONI DI VIGILANZA E CONTROLLO DELLE ASL DI CUI
ALL'ALLEGATO C DELLA DGR IX/3540 DEL 30.05.2012

Il Dirigente Paola Palmieri

Il Direttore Generale Roberto Albonetti

| L'atto si compone di **+4.15** pagine

| di cui **+0-11** pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTO l'art. 14 della l.r. 3/2008 in forza del quale la Regione svolge funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio dell'attività di vigilanza e controllo e le ASL attuano la funzione di vigilanza e controllo sulle unità di offerta pubbliche e private, sociali e sociosanitarie;

VISTA la d.g.r. n. 4334 del 26.10.2012 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2013", in particolare l'allegato 3 "Indirizzi di programmazione sociosanitaria per l'anno 2013";

VISTA la d.g.r. n. 3540 del 30.05.2012 all'oggetto: "Determinazioni in materia di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e di razionalizzazione del relativo sistema di vigilanza e controllo";

CONSIDERATO che con la d.g.r. 3540/2012 cit. si è provveduto, tra l'altro, alla revisione del sistema di vigilanza e controllo sulle unità di offerta sociosanitarie con l'obiettivo di mantenere a livello regionale la definizione del sistema di regole, di favorire l'omogeneità di comportamento delle ASL nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo anche attraverso la ridefinizione di ruoli e responsabilità interne alle loro organizzazioni, in funzione della centralità della persona e della famiglia, dell'attenzione all'appropriatezza, della finalizzazione alla qualità dei servizi erogati;

RICHIAMATO l'allegato C della d.g.r. 3540/2012 all'oggetto: "La vigilanza e il controllo di appropriatezza sulle unità d'offerta sociosanitarie";

RILEVATO che nel citato allegato C, nel descrivere il controllo di appropriatezza, viene evidenziata la necessità di definire, con successivi provvedimenti regionali, gli elementi specifici oggetto di controllo, la campionatura minima ed i criteri di selezione, i principali indicatori da considerare in maniera prioritaria;

VISTO il d.d.g. n. 12623 del 28.12.2012 con il quale sono state precisate le modalità relative alla predisposizione dei piani di controllo territoriali, ponendo particolare attenzione al campionamento sia delle unità d'offerta sia dei fascicoli relativi alle singole persone ospiti dei diversi servizi;

DATO ATTO invece che per verificare e controllare l'appropriatezza dell'intervento sui singoli ospiti, sia da parte degli Enti Gestori – nell'attività di autocontrollo - che delle ASL - nell'ambito dell'attività di vigilanza – è stato opportuno definire un sistema di misurazione, mediante indicatori, di alcuni elementi base al fine di



Regione Lombardia

LA GIUNTA

garantire interventi sempre più mirati ed adeguati ai bisogni delle persone ospiti nelle diverse unità d'offerta;

CONSIDERATO che tale sistema implica una applicazione sperimentale durante il 2013 affinché, sia da parte delle ASL che degli Enti gestori, il controllo di appropriatezza e la sua misurazione diventino prassi comune e condivisa;

STABILITO pertanto di approvare, in attuazione di quanto previsto nell'allegato C della d.g.r. n. 3540/2012, gli allegati A e B , quali parti integranti del presente provvedimento, comprendenti la descrizione dettagliata del controllo di appropriatezza in ambito socio-sanitario, comprensiva di glossario, nonché le tabelle riportanti il set di indicatori suddivisi in due macro tipologie (trasversali e specifici);

DATO ATTO che, al fine di garantire il massimo grado di indipendenza e trasparenza nell'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo, si ritiene opportuno applicare il sistema di vigilanza incrociata, di cui al capitolo 2.2 dell'Allegato C alla d.g.r. 3540/2012 cit., nei confronti di tutte le unità d'offerta socio sanitarie direttamente gestite dalle ASL;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta impegni di spesa;

STABILITO infine di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia nonché la pubblicazione sul sito internet della Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale ai fini della più ampia diffusione;

VISTA la l.r. 7 luglio 2008, n. 20 ed i provvedimenti organizzativi della Giunta Regionale;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

- 1) di approvare gli allegati A e B del presente provvedimento aventi rispettivamente ad oggetto "Il controllo di appropriatezza in ambito socio-sanitario" e "Indicatori trasversali e specifici "che ne costituiscono parte



Regione Lombardia

LA GIUNTA

integrante e sostanziale;

- 2) di dare atto che alle unità d'offerta gestite direttamente dalle ASL si applica la vigilanza incrociata di cui al capitolo 2.2 dell'Allegato C della d.g.r. n. 3540 del 30.05.2012;
- 3) di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia nonché la pubblicazione sul sito internet della Direzione Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale ai fini della più ampia diffusione.

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI

ALLEGATO A

IL CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA IN AMBITO SOCIOSANITARIO

1. Premessa

Il termine *appropriatezza* deriva dalla parola inglese “*appropriateness*” ed è riferito al giusto utilizzo di un intervento/prestazione in una determinata situazione. Può, in questo senso, essere considerato il filo conduttore dei principali documenti di programmazione sanitaria, approvati e pubblicati in questi anni, all’interno dei quali viene affermato che “..le prestazioni che fanno parte dell’assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali, se non sono appropriate...”.

Secondo Muir Gray nell’esercizio della pratica clinica qualunque giudizio di appropriatezza dovrebbe prendere in considerazione, oltre che il profilo rischio/beneficio degli interventi, le preferenze e le aspettative del paziente individuale.

In ambito socio-sanitario questo termine riferito ad interventi e prestazioni, si articola attraverso una serie di sfumature concettuali che richiedono un preciso inquadramento, al fine di creare quel linguaggio comune che permetta a tutti gli attori di un sistema (professionisti, decisori, utenti) di capire che “stiamo parlando della stessa cosa”.

L’appropriatezza valuta “il fare” e proprio per tale specificità deve essere misurata come il grado di aderenza a processi assistenziali attesi, definiti da evidenze scientifiche, da aspetti normativi e prassi uniformi.

2. L’appropriatezza in ambito socio-sanitario

Il perseguimento degli obiettivi di efficacia, sicurezza ed efficienza e la necessità di creare un sistema finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi erogati in ambito socio-sanitario, non può non condurre ad una sempre maggiore esplicitazione, anche in questo settore, del concetto di appropriatezza nell’erogazione delle prestazioni all’utente.

Una **prestazione/intervento** sociosanitario può essere quindi definito **appropriato** se:

- dal punto di vista assistenziale è adeguato rispetto al bisogno della persona e si configura come l'intervento giusto, erogato al paziente giusto, nel posto giusto (*setting*) al momento giusto e per la giusta durata (*timing*);
- dal punto di vista organizzativo esso viene erogato dal giusto mix di risorse in termini di professionisti coinvolti, secondo procedure corrette (*competence*) che stimolino anche la motivazione e consapevolezza del personale dedicato;
- dal punto di vista qualitativo si esplica attraverso la personalizzazione effettiva e non solo "formale" dell'intervento, contribuendo alla realizzazione del progetto di assistenza che è anche un progetto di "vita", coinvolgendo (*ascolto*) l'ospite e/o i suoi famigliari, dando il tempo giusto all'osservazione e alla fase di adattamento (*valutazione multidimensionale dei bisogni*), definendo degli obiettivi *realistici, realizzabili, misurabili* che possano concretizzarsi nella definizione ed erogazione di prestazioni appropriate (*programma assistenziale*), evitando la standardizzazione degli obiettivi assistenziali e favorendo una valutazione degli esiti.

L'appropriatezza si riferisce pertanto all'assistenza diretta alla singola persona ed a tutti quei procedimenti o documenti specificamente rivolti ai singoli destinatari dei servizi.

3. I controlli di appropriatezza

Il **sistema dei controlli** deve garantire sempre più l'applicazione del concetto di appropriatezza come sopra definito, identificando eventuali aree di miglioramento nell'erogazione dei servizi agli utenti, sulle quali agire in modo integrato (collaborazione tra ASL ed Enti Erogatori) al fine di garantire prestazioni / interventi sociosanitari "*appropriati*".

I controlli di appropriatezza sono rivolti a tutte le strutture sociosanitarie pubbliche e private indipendentemente dallo status erogativo in cui si trovino (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate).

In particolare, tale attività di controllo si connota in:

- Controlli di coerenza – Tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, le prestazioni previste dal progetto/programma personalizzato e quelle effettivamente eseguite risultanti dal diario assistenziale. Presupposto per effettuare il controllo di appropriatezza è quindi la completezza, l'affidabilità, la correttezza, la congruenza delle informazioni contenute nel FASAS, predisposto a partire dal momento della presa in carico della persona assistita, che contiene tutta la documentazione obbligatoria riferita ad ogni singolo utente atta a dare tracciabilità ed evidenza del percorso clinico/terapeutico e assistenziale nella specifica unità d'offerta.
- Controlli di congruenza - Fra quanto rintracciato nel FASAS e quanto rendicontato mediante i flussi oggetto di debito informativo regionale contenenti le informazioni clinico-funzionali-assistenziali utili all'espletamento delle verifiche.
- Controlli sulla persona assistita – In caso di incoerenze emerse dall'analisi documentale, l'ASL potrà decidere di verificare/approfondire, attraverso il contatto diretto con la persona assistita o con i suoi familiari, l'appropriatezza delle modalità di valutazione dei bisogni e di erogazione delle prestazioni rispetto al progetto/programma personalizzato predisposto dall'equipe della struttura.
- Controlli sulla qualità percepita – Al fine di valutare la qualità percepita dell'assistenza da parte dell'utente e dei suoi familiari è necessario procedere ad una verifica comparata tra l'osservazione in loco e l'analisi in dettaglio degli indicatori rilevati.

4. Gli indicatori per il controllo di appropriatezza

Il processo di controllo di appropriatezza descrive l'attività istituzionale in capo alle ASL correlata alla verifica dell'appropriatezza e della qualità dei percorsi

assistenziali, nonché delle prestazioni erogate dalle unità d'offerta sociosanitarie indipendentemente dallo status erogativo. In questa logica la funzione di controllo si configura come attività istituzionale di tutela a favore delle famiglie e del cittadino in condizioni di fragilità, di disabilità globalmente intesa e di non autosufficienza, affinché gli interventi ad essi destinati siano regolati dai principi generali di universalità, equità e appropriatezza.

Al fine di raggiungere l'obiettivo di omogeneizzare le attività di controllo risulta necessario individuare una metodologia comune a tutte le ASL finalizzata a:

- valutare l'appropriatezza assistenziale delle prestazioni erogate;
- valutare l'appropriatezza organizzativa a supporto dei percorsi assistenziali;
- definire e monitorare gli indicatori correlati alla qualità dell'assistenza, alla qualità organizzativa e agli esiti degli interventi effettuati in ambito sociosanitario.

In tal senso è risultato opportuno individuare un elenco di indicatori per il controllo di appropriatezza che superino le specificità territoriali delle singole ASL; gli indicatori, riportati nelle tabelle seguenti, sono strutturati in due macro tipologie:

- **trasversali**, cioè quelli che avendo una caratterizzazione "universale", possono essere utilizzati per misurare, in ogni Unità d'offerta, la presenza di elementi "essenziali" in un controllo di appropriatezza;
- **specifici**, cioè presenti e misurabili solo in talune tipologie di unità d'offerta per identificare, rispetto alle peculiarità dei bisogni degli ospiti, l'effettiva capacità di utilizzare metodi e strumenti appropriati negli interventi realizzati.

Al fine di garantire una maggiore chiarezza espositiva, nel presente documento è stato inserito un Glossario in cui sono definiti alcuni concetti "chiave" richiamati nelle tabelle allegate.

5. Linee guida per la sperimentazione degli indicatori per il controllo di appropriatezza

Per l'anno 2013, gli indicatori per il controllo di appropriatezza dovranno essere adottati in via sperimentale al fine di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Per le ASL, supportare le attività di controllo di appropriatezza, attraverso l'esecuzione di approfondimenti e di monitoraggio.
- Per gli Enti Erogatori, diffondere la cultura dell'autocontrollo con specifico riferimento all'appropriatezza delle prestazioni / interventi socio-sanitari. Si tratta di favorire l'attivazione di controlli di primo livello in tale ambito, eseguiti direttamente dal personale delle strutture che ha una migliore visione e conoscenza diretta del fabbisogno di ciascun ospite e delle attività svolte.

Nella fase sperimentale, al fine di garantire l'omogeneità delle attività, gli indicatori correlati alla procedura di controllo sono definiti a livello regionale, in linea con quanto previsto dalla letteratura scientifica in materia, stabilendo dei range indicativi di accettabilità dell'indicatore stesso, le fonti documentali per il calcolo degli indicatori stessi e le loro modalità di verifica.

Tutti gli indicatori per il controllo di appropriatezza devono essere calcolati dalle ASL all'interno del campione sottoposto a controllo di appropriatezza, così come individuato nel Piano dei Controlli annuali ai sensi del Decreto n. 12623 del 28/12/2012.

Il periodo di sperimentazione si concluderà in data 31/12/2013. Nel corso della sperimentazione verranno raccolti a livello regionale gli indicatori per il controllo di appropriatezza calcolati dalle ASL ed eventuali contributi migliorativi forniti dagli Enti Erogatori al fine della messa a regime degli stessi con l'introduzione di un sistema strutturato di monitoraggio del livello di appropriatezza delle prestazioni / interventi socio-sanitari.

Nel corso dell'anno le ASL provvedono pertanto all'applicazione degli indicatori di appropriatezza di cui al presente provvedimento in ottica sperimentale e non prescrittivo/sanzionatoria, attraverso l'elaborazione di verbali specifici di rilevazione dei valori degli indicatori, anche in funzione del monitoraggio utile a livello regionale per le valutazioni in ordine alla messa a regime.

Allegato 1 - GLOSSARIO

Condivisione: attività di coinvolgimento dell'assistito e della sua famiglia, effettuata dall'operatore, in sede di redazione del progetto/programma individualizzato

Consenso: inteso in senso comune come accordo, interazione tra due o più soggetti o membri di un dato gruppo o comunità. Tale concetto evoca l'incontro e la composizione di libere determinazioni di volontà.

Consenso informato: adesione consapevole del paziente alle decisioni sul trattamento diagnostico-terapeutico da seguire, realizzata attraverso una informazione esaustiva e preventiva sulle sue condizioni di salute e soprattutto sui rischi connessi alla terapia stessa (con sottoscrizione). Laddove vi sia l'impossibilità da parte della persona di esprimere tale consenso o vi sia l'opposizione dei legali rappresentanti (laddove questi siano abilitati, nel caso dell'Amministratore di sostegno, ad esprimersi in merito alla cura) il medico potrà ricorrere all'Autorità giudiziaria.

Consenso al trattamento dei dati personali: la libera manifestazione di volontà dell'interessato con cui questi accetta espressamente un determinato trattamento dei suoi dati personali, del quale è stato preventivamente informato da chi ha un potere decisionale sul trattamento (titolare). È sufficiente che il consenso sia documentato in forma scritta (ossia annotato, trascritto, riportato dal titolare o da un incaricato del trattamento, su un registro o un atto o un verbale) a meno che il trattamento riguardi dati sensibili¹: in questo caso occorre il consenso rilasciato per iscritto dall'interessato.

Progetto individualizzato comprensivo del programma o piano assistenziale (PAI), educativo (PEI) o riabilitativo (PRI): pur riconoscendo l'autonomia e la competenza da parte dell'equipe presente in ogni Unità di Offerta nella predisposizione dei progetti individualizzati e dei relativi PAI, o PEI o PRI, si ritiene opportuno

¹ Sono considerati dati sensibili quelli che possono rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose o di altra natura, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati o associazioni, lo stato di salute e la vita sessuale delle persone.

individuare quegli elementi di base che, di norma, compongono tale progettazione personalizzata:

- Dati anagrafici;
- Dati sulla valutazione/rivalutazione;
- Bisogni;
- Obiettivi;
- Ambiti di intervento con applicazione dei relativi strumenti adottati e tipologia di azioni da mettere in atto (cosa?);
- Modalità (come? con quale intensità? dove?);
- Composizione dell'equipe e declinazione degli operatori coinvolti (chi?);
- Tempistiche (per quanto tempo?);
- Monitoraggio;
- Sospensione/interruzione;
- Evidenza di eventuali integrazioni a seguito di modifiche delle condizioni della persona stessa;
- Valutazione degli esiti prodotti a seguito degli interventi effettuati.

Diario degli eventi e degli interventi: il documento si compone di due parti

a) Diario degli eventi: rappresenta il documento nel quale devono essere riportati da parte degli operatori dell'equipe tutti gli eventi riguardanti l'evoluzione della presa in carico, le valutazioni/rivalutazioni clinico-assistenziali, le prescrizioni mediche diagnostico-terapeutiche, ecc

b) Diario degli interventi: rappresenta il documento nel quale deve essere data evidenza dell'effettiva erogazione delle prestazioni previste dal PI/programma assistenziale (trattamenti terapeutici, farmacologici, assistenziali, riabilitativi, educativi, animativi effettuati).

Protocolli: si riporta quanto già evidenziato nella nota n. 14372 del 6.11.2012 “i protocolli indicano uno schema di comportamento diagnostico–terapeutico predefinito e si riferiscono ad una sequenza prescrittiva di comportamenti definiti, esponendo il professionista e l'organizzazione a potenziali rischi se tale schema non viene rispettato.” I protocolli adottati nelle diverse Unità di Offerta devono:

- fare riferimento a quanto definito in ambito scientifico e/o normativo (Linee Guida, Best Practices);
- essere definiti dal soggetto gestore e validati dal responsabile sanitario a seconda della *mission* e dell'utenza assistita;
- essere aggiornati e validati ogni due anni.

Mezzi di protezione e tutela: sono da considerarsi mezzi di contenzione fisici e meccanici tutti i dispositivi applicati al corpo o nello spazio circostante la persona per limitare la libertà dei movimenti volontari². La contenzione si distingue in quattro categorie (fisica, chimico-farmacologica, ambientale, psicologica o relazionale) e configurandosi come trattamento sanitario specifico necessita sempre di prescrizione medica, per la quale risulta obbligatorio il consenso informato della persona interessata. Sul diario degli eventi devono essere descritti nel dettaglio, da parte del medico, le motivazioni per cui si è ricorso al mezzo di protezione, i tempi giornalieri e le tempistiche di revisione, nonché le strategie alternative messe in atto. In particolare nella specifica scheda di prescrizione, devono essere indicati:

- motivazione;
- tipo di strumento;
- tempi di controllo e tempi dedicati al movimento;
- termine dell'intervento contenitivo;
- rivalutazione della sua reale necessità e degli interventi alternativi rispetto alla nuova situazione.

Rientrano nella definizione e, di conseguenza, nelle sopracitate modalità di prescrizione e rivalutazione anche “la doppia spondina per letto che coprono l'intera lunghezza..”³, pur non essendo considerate, al fine del flusso Sosia, mezzi di protezione.

Amministratore di sostegno: è stato istituito dall'art. 1 della Legge n. 6 del 9 gennaio 2004 con la finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente.

² Health Care Financing Administration – 1992

³ Health Care Financing Administration – 1992

Si richiamano le linee di indirizzo di cui alla DGR 4696 del 16 gennaio 2013 per quanto riguarda il funzionamento degli uffici di protezione giuridica dell'ASL.

FASAS: Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario contenente:

- le sezioni anamnestiche;
- gli strumenti validati in uso per le valutazioni (scale di valutazione);
- le valutazioni dei diversi professionisti in funzione del bisogno (esame obiettivo, sezione infermieristica, riabilitativa, educativo-animativa, sociale, psicologica);
- i protocolli applicati coerentemente con i bisogni del caso;
- il progetto individuale comprensivo del piano/programma assistenziale (PAI), o del piano/programma educativo (PEI), o del piano/programma riabilitativo (PRI);
- il diario degli eventi ed interventi;
- la documentazione/modulistica riferita ad aspetti sanitari e/o assistenziali (SOSIA, SIDI, SDOFAM, RIAFAM, SESIT, CON, CDI web) aggiornata e debitamente firmata dal medico responsabile della compilazione;
- i moduli riferiti alla tutela della privacy redatti secondo la normativa vigente e firmati, al segreto professionale e, in caso di decesso in struttura, la copia dell'attestazione ISTAT;
- la documentazione relativa alla tutela giuridica della persona, ove prevista;
- il contratto di ingresso;
- le rivalutazioni periodiche.

INDICATORI TRASVERSALI PER IL CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA - ALLEGATO B

N.	DOMINIO	TIPOLOGIA INDICATORE	DESCRIZIONE INDICATORE	SINIFICATO	CALCOLO	FONTE	RANGE STENDIALE DI ACCETTABILITÀ DELL'INDICATORE	CADENZA DELLA RILEVAZIONE	Modalità di verifica
1	Assistenziale	PROCESSO	Percentuale di progetti individuali definitivi risultano alla verifica essere stati elaborati entro 30 gg dalla data di presa in carico (ingresso)	Fornisce informazioni sulla appropriatezza della presa in carico mediante progetto individuale elaborato sulla base di una valutazione multidimensionale e di una programmazione degli interventi	N. progetti individuali definitivi elaborati entro i 30 gg dalla presa in carico/ N. totale FASAS campionati	Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI/PII conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	≥ 50%	annuale	Il rispetto delle tempistiche di elaborazione del progetto / programma individualizzato è verificato come differenza tra la data di presa in carico dell'utente e la data di elaborazione del progetto indicato nel FASAS. Si applica ai nuovi ingressi.
2	Assistenziale	QUALITÀ	Percentuale dei progetti individuali definitivi per i quali è stata rilevata una comunicazione e/o partecipazione dell'assistito o dei famigliari di riferimento	Fornisce informazioni sull'attenzione posta dall'equipe di coinvolgimento dell'utente e/o dei suoi famigliari nella progettualità assistenziale. Costituisce un elemento qualificante della presa in carico per quanto attiene al riconoscimento delle aspettative dell'assistito	N. progetti per i quali è evidente la comunicazione e/o partecipazione dell'assistito/N. totale progetti contenuti nel FASAS campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura Presenza visione del progetto/programma individualizzato sottoscritta dall'utente e/o da altra persona prevista dalla normativa	≥ 50%	annuale	La condivisione del PI all'assistito e/o ai famigliari di riferimento deve essere rintracciabile nel diario degli eventi a firma dell'operatore che l'ha eseguito; la partecipazione alla stesura del progetto individuale è rintracciabile mediante firma apposta sul PI da parte dell'assistito o del famigliare di riferimento e/o amministratore di sostegno.
3	Assistenziale	ESITO	Percentuale di progetti per i quali è rintracciabile nella documentazione controllata la presenza di indicatori per la verifica del raggiungimento degli obiettivi assistenziali	Fornisce informazioni sull'adozione da parte dell'equipe di strumenti di verifica rispetto al raggiungimento degli obiettivi assistenziali (valutazione degli esiti)	N. progetti per i quali risulta una verifica degli esiti/N. totale progetti contenuti nel FASAS campionati	Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI/PII conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	≥ 50%	annuale	Nel progetto individuale/PAI/PEI/PII devono essere evidenti gli strumenti per la verifica del raggiungimento degli obiettivi; tali strumenti devono essere rintracciabili nelle rivalutazioni eseguite nel corso dell'anno
4	Assistenziale	QUALITÀ	Percentuale di FASAS per i quali è evidente la coerenza tra progetto individuale, programma assistenziale e dei progetti individuali	Fornisce informazioni sulla individuazione degli obiettivi assistenziali in termini di realizzabilità e misurabilità del grado di raggiungimento che si evidenzia mediante la messa a punto di azioni coerenti con gli obiettivi prefissati	N. progetti individuali per i quali gli obiettivi prefissati sono coerenti con gli obiettivi definitivi/N. totale progetti contenuti nel FASAS campionati	Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI/PII conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura Diario degli eventi e degli interventi conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	≥ 90%	annuale	La coerenza nella compilazione del diario degli eventi rispetto al progetto / programma individualizzato è verificata attraverso il confronto tra la definizione degli obiettivi in interventi specifici contenuta nel progetto / programma individualizzato e gli interventi registrati nel diario degli interventi.
5	Assistenziale	PROCESSO	Percentuale di FASAS nei quali è stata riscontrata la correttezza e appropriata applicazione dei protocolli assistenziali previsti dal PI	Fornisce informazioni in merito al grado di adesione ai processi assistenziali attesi previsti dai protocolli assistenziali adottati dalla struttura (procedure e strumenti correlati)	N. FASAS nei quali è stata verificata la corretta applicazione dei protocolli assistenziali/N. totale FASAS campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura Protocollo Modultistica	≥ 50%	annuale	Al fine del calcolo dell'indicatore, è necessario verificare i protocolli assistenziali adottati dalla struttura e procedere alla verifica su ciascun FASAS campionato del la corretta applicazione degli stessi attraverso la presenza della modultistica compilata.
6	Organizzativo	PROCESSO	Percentuale di FASAS nei quali sono stati rilevati dati differenziali da quanto rendicontato con specifico flusso socio-sanitario	Fornisce informazioni sul grado di congruenza tra flusso di documentazione socio-sanitaria in merito all'affidabilità dei dati rendicontati e corrispondenza delle informazioni relative alle condizioni di fragilità della persona assistita.	N. FASAS che presentano discordanze con dati contenuti nel flusso specifico/N. totale FASAS campionati	FASAS del soggetto campionato conservato presso l'archivio della struttura Scheda debito informativo riferita al periodo oggetto di verifica, stampata dall'apposito sistema informatico per la trasmissione del relativo flusso (CODSA / CDI web /DSI / SODSAM / BARSAM / SEIS / Flusso CON) ed archiviata all'interno del FASAS del soggetto campionato Eventuale osservazione diretta della persona ove necessario	≤ 10%	annuale	La congruenza tra i dati di rendicontazione e le condizioni della persona assistita nel FASAS è verificata attraverso un confronto, per ciascun dato incluso nel flusso informativo, con le rispettive informazioni incluse nel FASAS (in il dato delle cartelle è confrontato con le schede cadute, gli strumenti di protezione e tutela con la relativa prescrizione, ecc.), ove possibile, finalisti può essere completata anche con l'osservazione diretta della persona. Qualora, anche uno solo dei dati rendicontati non corrisponda con la documentazione, il FASAS è da considerarsi non congruente.
7	Organizzativo	PROCESSO	Percentuale di PI per i quali è stata verificata la multidisciplinarietà degli interventi	Fornisce informazioni in merito all'attuazione della multidisciplinarietà della valutazione dei bisogni multidisciplinari degli interventi	N. FASAS nei quali è presente PI/programmi con evidenza di equipe multidisciplinare totale n. FASAS campionati	Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI/PII conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	≥ 90%	annuale	Il coinvolgimento delle multidisciplinarietà dell'equipe è verificato attraverso la verifica della valutazione del bisogno e la presenza nel progetto / programma individualizzato di 2 o più figure professionali differenti.
8	Organizzativo	QUALITÀ	Percentuale di FASAS per i quali è stata verificata la coerenza tra bisogni rilevati e figure professionali impiegate	Fornisce informazioni sul grado di coerenza tra bisogni e risorse messe a disposizione per rispondere in modo appropriato	N. FASAS che presentano coerenza tra bisogni e risorse professionali impiegate/N. totale FASAS campionati	FASAS conservato presso l'archivio della struttura Progetto/programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI/PII conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	≥ 90%	annuale	La coerenza tra il bisogno rilevato e le figure professionali previste è valutata analizzando gli obiettivi e la relativa dedizione degli interventi all'interno del progetto / programma individualizzato del soggetto campionato e la figura professionale individuata per lo svolgimento degli interventi previsti.
9	Organizzativo	PROCESSO	Percentuale di FASAS nei quali è stata verificata la corrispondenza tra risorse professionali previste dal programma assistenziale e quelle rilevate nel diario degli interventi	Fornisce informazioni sulla corretta aderenza al programma assistenziale garantendo tutte le figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni rilevati	N. FASAS nei quali le prestazioni previste dal programma assistenziale sono erogate dalle figure professionali necessarie/N. totale FASAS campionati	Progetto/programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI/PII conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura Diario degli eventi e degli interventi conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	100%	annuale	Al fine del calcolo dell'indicatore è necessario verificare che in caso di corrispondenza tra la figura professionale prevista nel progetto / programma individualizzato per l'esecuzione degli interventi funzionali al raggiungimento degli obiettivi definitivi e la figura professionale che in base a quanto registrato nel diario degli interventi ha realmente eseguito la prestazione.

INDICATORI SPECIFICI PER IL CONTROLLO DI ADEMPIMENTO, ALLINEATO

N.	DOMINIO	TIPOLOGIA INDICATORE	DESCRIZIONE INDICATORE	SINIFICATO	CALCOLO	FONTE	RANGO TENDENZIALE DI ACCETTABILITÀ DELL'INDICATORE	CADENZA RILEVAZIONE	APPLICABILITÀ	Modalità di verifica
1	Assistenziale	QUALITÀ	Percentuale di utenti per i quali è rintracciabile almeno il momento del controllo o il ricorso a mezzi di contenzione fisica (solo doppie spondine)	Consente di verificare il ricorso da parte della struttura al mezzo di contenzione fisica e farmacologica da un punto di vista appropriato prescritto da di aderenza a protocolli assistenziali in uso (verifica qualità del protocollo). Le informazioni fornite dal presente indicatore possono essere correlate alla concomitante presenza di disturbi del comportamento che rendono necessaria una valutazione dell'appropriatezza del setting.	N. FASAS nei quali è rintracciabile la prescrizione medica di mezzi di contenzione fisica (incluse le doppie spondine) / N. totale FASAS campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	≤ 35%	Annuale	RSA, CDI, RSD, CDD, RIA, ricoveri, hospice	Al momento del controllo deve essere verificata la presenza sul diario assistenziale (diario eventi) della prescrizione medica completa dei seguenti elementi: - tipologia dello strumento di contenzione prescritto - motivazione - pratiche alternative testate prima di decidere di ricorrere allo strumento - frequenza di utilizzo dello strumento (durata) - la modalità di controllo quotidiana dello strumento - le tempistiche di revisione (non superiore a 60 gg). La modalità operative sopra descritte correlate alla sorveglianza dei mezzi di contenzione devono essere riportate nel diario degli interventi da parte degli operatori Deve essere presente nel FASAS il consenso
1a			Percentuale di utenti per i quali è rintracciabile almeno il momento del controllo o il ricorso a mezzi di contenzione fisica (solo doppie spondine)	Consente di verificare il ricorso da parte della struttura al mezzo di contenzione fisica e farmacologica da un punto di vista appropriato prescritto da di aderenza a protocolli assistenziali in uso (verifica qualità del protocollo). Le informazioni fornite dal presente indicatore possono essere correlate alla concomitante presenza di disturbi del comportamento che rendono necessaria una valutazione dell'appropriatezza del setting.	N. FASAS nei quali è rintracciabile la prescrizione medica di mezzi di contenzione fisica (solo spondine) / N. totale FASAS campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	≤ 30%			Al fine del calcolo dell'indicatore devono essere verificati i seguenti elementi: - tipologia dello strumento di contenzione prescritto - motivazione - pratiche alternative testate prima di decidere di ricorrere allo strumento - frequenza di utilizzo dello strumento (durata) - la modalità di controllo quotidiana dello strumento - le tempistiche di revisione (non superiore a 60 gg). La modalità operative sopra descritte correlate alla sorveglianza dei mezzi di contenzione devono essere riportate nel diario degli interventi da parte degli operatori Deve essere presente nel FASAS il consenso
1b			Percentuale di utenti sottoposti a contenzione fisica e farmacologica per i quali vi è la completa aderenza a protocolli assistenziali	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. FASAS nei quali risulta almeno un evento aduttoria nei 6 mesi precedenti la data del controllo / N. totale FASAS campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	100%			Al fine del calcolo dell'indicatore devono essere verificati i seguenti elementi: - tipologia dello strumento di contenzione prescritto - motivazione - pratiche alternative testate prima di decidere di ricorrere allo strumento - frequenza di utilizzo dello strumento (durata) - la modalità di controllo quotidiana dello strumento - le tempistiche di revisione (non superiore a 60 gg). La modalità operative sopra descritte correlate alla sorveglianza dei mezzi di contenzione devono essere riportate nel diario degli interventi da parte degli operatori Deve essere presente nel FASAS il consenso
1c			Percentuale di FASAS di utenti sottoposti a contenzione che contengono il consenso informato all'utilizzo	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. FASAS nei quali risulta almeno un evento aduttoria nei 6 mesi precedenti la data del controllo / N. totale FASAS campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	100%			Al fine del calcolo dell'indicatore devono essere verificati i seguenti elementi: - tipologia dello strumento di contenzione prescritto - motivazione - pratiche alternative testate prima di decidere di ricorrere allo strumento - frequenza di utilizzo dello strumento (durata) - la modalità di controllo quotidiana dello strumento - le tempistiche di revisione (non superiore a 60 gg). La modalità operative sopra descritte correlate alla sorveglianza dei mezzi di contenzione devono essere riportate nel diario degli interventi da parte degli operatori Deve essere presente nel FASAS il consenso
2	Assistenziale	PROCESSO	Percentuale di FASAS nei quali è rintracciabile almeno un evento caduto nei sei mesi precedenti il controllo.	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. FASAS nei quali risulta almeno un evento aduttoria nei 6 mesi precedenti la data del controllo / N. totale FASAS campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	≤ 30%	Annuale	RSA, CDI, RSD, CDD, CDS, RIA, RICOVERI, HOSPICE	Al fine del calcolo dell'indicatore devono essere verificati i seguenti elementi: - tipologia dello strumento di contenzione prescritto - motivazione - pratiche alternative testate prima di decidere di ricorrere allo strumento - frequenza di utilizzo dello strumento (durata) - la modalità di controllo quotidiana dello strumento - le tempistiche di revisione (non superiore a 60 gg). La modalità operative sopra descritte correlate alla sorveglianza dei mezzi di contenzione devono essere riportate nel diario degli interventi da parte degli operatori Deve essere presente nel FASAS il consenso
2a	Assistenziale	QUALITÀ	Percentuale di soggetti per i quali è stato valutato il rischio caduta sottoposti a misure preventive escluse i mezzi di contenzione (fibrillatori, animitive, ecc)	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. FASAS di soggetti a rischio caduta/cadute sottoposti ad interventi personalizzati / N. totale FASAS di soggetti a rischio caduta/cadute	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	100%	Annuale	RSA, CDI, RSD, CDD, CDS, RIA, RICOVERI, HOSPICE	Al fine del calcolo dell'indicatore devono essere verificati i seguenti elementi: - tipologia dello strumento di contenzione prescritto - motivazione - pratiche alternative testate prima di decidere di ricorrere allo strumento - frequenza di utilizzo dello strumento (durata) - la modalità di controllo quotidiana dello strumento - le tempistiche di revisione (non superiore a 60 gg). La modalità operative sopra descritte correlate alla sorveglianza dei mezzi di contenzione devono essere riportate nel diario degli interventi da parte degli operatori Deve essere presente nel FASAS il consenso
3	Assistenziale	PROCESSO	Percentuale di soggetti per i quali è rintracciabile la valutazione del dolore	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. FASAS nei quali risulta la valutazione del dolore / N. totale FASAS campionati	Scale di valutazione del dolore FASAS (progetto/programma individualizzato) di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura	100%	Annuale	RSA, CDI, RSD, CDD, CDS, RIABILITAZIONE (ricoveri, ambulatoriale e domiciliare), HOSPICE	Al fine del calcolo dell'indicatore devono essere verificati i seguenti elementi: - tipologia dello strumento di contenzione prescritto - motivazione - pratiche alternative testate prima di decidere di ricorrere allo strumento - frequenza di utilizzo dello strumento (durata) - la modalità di controllo quotidiana dello strumento - le tempistiche di revisione (non superiore a 60 gg). La modalità operative sopra descritte correlate alla sorveglianza dei mezzi di contenzione devono essere riportate nel diario degli interventi da parte degli operatori Deve essere presente nel FASAS il consenso
4	Assistenziale	PROCESSO	Percentuale di FASAS nei quali è rintracciabile almeno una lesione cutanea da pressione indagata in struttura	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	Numero ospiti campionati con lesioni cutanee da pressione segnalate in struttura / Numero ospiti campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Scheda di rilevazione, monitoraggio ed azioni terapeutiche da prescrizione conservata all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	N.d.	Annuale	RSA, RSD, CDD, RIA, RICOVERI, HOSPICE	Al fine del calcolo dell'indicatore è necessario verificare sul diario degli eventi gli episodi di caduta e la corrispondente scheda di rilevazione compilata dagli operatori
5	Assistenziale	PROCESSO	Percentuale di soggetti per i quali è previsto e effettuato nel programma riabilitativo la valutazione del rischio caduta sottoposti a misure preventive escluse i mezzi di contenzione (fibrillatori, animitive, ecc)	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. FASAS nei quali risultano soggetti che hanno subito almeno una lesione cutanea da pressione indagata in struttura / Numero ospiti campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Scheda di rilevazione, monitoraggio ed azioni terapeutiche da prescrizione conservata all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	≤ 30%	Annuale	RSA, CDI, RSD, CDD, CDS,	Al fine del calcolo dell'indicatore è necessario verificare sul diario degli eventi gli episodi di caduta e la corrispondente scheda di rilevazione compilata dagli operatori
6	Assistenziale	PROCESSO	Percentuale di soggetti per i quali risulta coinvolgimento in attività educative ed educative	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. FASAS nei quali risultano soggetti inseriti in attività educative ed educative all'interno della struttura / N. totale FASAS campionati	Diario degli eventi e degli interventi conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	≥ 50%	Annuale	RSA, CDI, RSD, CDD, CDS,	Al fine del calcolo dell'indicatore è necessario verificare sul diario degli eventi gli episodi di caduta e la corrispondente scheda di rilevazione compilata dagli operatori
7	Assistenziale	PROCESSO	Percentuale di soggetti per i quali viene effettuata la rilevazione mensile del peso corporeo	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	Numero utenti campionati su cui viene effettuata rilevazione mensile del peso corporeo / Totale numero utenti campionati	Scheda rilevazione peso corporeo, conservata all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	100%	Annuale	RSA, CDI, RSD, CDD, CDS, RIABILITAZIONE residenziale	Al fine del calcolo dell'indicatore è necessario verificare sul diario degli eventi gli episodi di caduta e la corrispondente scheda di rilevazione compilata dagli operatori
8	Assistenziale	PROCESSO	N. soggetti che passano dalla fase di valutazione alla fase di carico entro 6 mesi	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. soggetti per i quali risulta nel FASAS il passaggio dalla fase di valutazione alla fase di presa in carico entro 6 mesi / Totale FASAS campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura		Annuale	DIPENDENZE SMI, SERT, CT	Al fine del calcolo dell'indicatore è necessario verificare sul diario degli eventi gli episodi di caduta e la corrispondente scheda di rilevazione compilata dagli operatori
9	Assistenziale	ESITO	Percentuale di prese in carico interrotte	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. FASAS nei quali risulta l'interruzione della presa in carico / N. totale FASAS campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	≤ 30%	Annuale	DIPENDENZE SMI, SERT E CT	Al fine del calcolo dell'indicatore è necessario verificare sul diario degli eventi gli episodi di caduta e la corrispondente scheda di rilevazione compilata dagli operatori
10	Assistenziale	ESITO	N. FASAS per i quali è presente nelle varie fasi la verifica degli obiettivi di progetto	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. FASAS nei quali è presente nelle varie fasi la verifica degli obiettivi di progetto / N. totale FASAS campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	≥ 50%	Annuale	DIPENDENZE SMI, SERT E CT	Al fine del calcolo dell'indicatore è necessario verificare sul diario degli eventi gli episodi di caduta e la corrispondente scheda di rilevazione compilata dagli operatori
11	Assistenziale	QUALITÀ	Percentuale di soggetti con doppia diagnosi che hanno richiesto l'intervento psichiatrico	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	Numero soggetti con "doppia diagnosi" avviati alla cura psichiatrica / numero soggetti a "doppia diagnosi" campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	N.d.	Annuale	DIPENDENZE SMI E SERT	Al fine del calcolo dell'indicatore è necessario verificare sul diario degli eventi gli episodi di caduta e la corrispondente scheda di rilevazione compilata dagli operatori
12	Assistenziale	PROCESSO	Percentuale di FASAS nei quali risultano completi gli strumenti di verifica del raggiungimento degli obiettivi riabilitativi	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. FASAS nei quali il PR/PI risultano completi / N. totale FASAS campionati	PR/PI	> 90%	Annuale	RIABILITAZIONE ricoveri, ambulatoriale e domiciliare	Al fine del calcolo dell'indicatore è necessario verificare sul diario degli eventi gli episodi di caduta e la corrispondente scheda di rilevazione compilata dagli operatori
13	Assistenziale	ESITO	Percentuale di FASAS nei quali sono rintracciabili gli strumenti di verifica del raggiungimento degli obiettivi riabilitativi	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. FASAS con verifica del raggiungimento obiettivi riabilitati / N. totale FASAS campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	100%	Annuale	RIABILITAZIONE ricoveri, ambulatoriale e domiciliare	Al fine del calcolo dell'indicatore è necessario verificare sul diario degli eventi gli episodi di caduta e la corrispondente scheda di rilevazione compilata dagli operatori
14	Organizzativo	PROCESSO	Percentuale di FASAS nei quali risultano multidisciplinari degli interventi	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. FASAS nei quali è rintracciabile il diario di tutti gli interventi previsti dal PR/PI, totale FASAS campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	> 90%	Annuale	RIABILITAZIONE ricoveri, ambulatoriale e domiciliare	Al fine del calcolo dell'indicatore è necessario verificare sul diario degli eventi gli episodi di caduta e la corrispondente scheda di rilevazione compilata dagli operatori
15	Assistenziale	QUALITÀ	Percentuale di FASAS nei quali è rintracciabile la lettera di dimissione elaborata secondo la norma vigente	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	N. FASAS con lettera di dimissione completa / N. totale FASAS campionati	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	100%	Annuale	RIABILITAZIONE ambulatoriale e domiciliare	Al fine del calcolo dell'indicatore è necessario verificare sul diario degli eventi gli episodi di caduta e la corrispondente scheda di rilevazione compilata dagli operatori
16	Assistenziale	ESITO	Partecipazione agli incontri di mediazione familiare	Consente di verificare l'adossione (obbligatoria per legge) del protocollo di valutazione del dolore all'ingresso e il monitoraggio se necessario	Numero di coppie con problemi di mediazione familiare che hanno portato a termine il progetto/programma individualizzato / Totale numero coppie con problemi di mediazione familiare per le quali è stato definito un progetto/programma individualizzato	FASAS di ciascun soggetto campionato, conservato presso l'archivio della struttura / Progetto / programma individualizzato comprensivo del PAI/PEI (pr) conservato all'interno del FASAS di ciascun soggetto campionato, presso l'archivio della struttura	N.d.	Annuale	CONSULTORI	Al fine del calcolo dell'indicatore, per ciascuna coppia selezionata a campione è necessario verificare attraverso analisi del progetto / programma individualizzato: - il numero di incontri previsti - il numero di incontri a cui la coppia ha partecipato.