

Deliberazione della Giunta Regionale 12 settembre 2022, n. 22-5599

Recepimento Intesa, art.8, c.6 della L. 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante “Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio e requisiti ulteriori per l’accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell’art. 1, c. 406, della L. 178/2020” (151/CSR del 4 agosto 2021) – Primi indirizzi per l’attuazione.

A relazione dell'Assessore Icardi:

Premesso che:

- l’Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), è in titolarità alle Aziende Sanitarie ed è stata istituita dal Progetto nazionale obiettivo “Tutela della salute degli anziani 1991-1995” del 1992, ed è attiva da metà degli anni '90;
- l’A.D.I. è presente in tutte le ASL piemontesi e consiste in un insieme multidisciplinare di servizi medici, infermieristici e riabilitativi che offrono continuità assistenziale a soggetti non autosufficienti o fragili di ogni età, affetti da patologie varie, perlopiù cronico-evolutive;
- l’A.D.I. afferisce ai percorsi di cure domiciliari integrate (CDI) del SSN e fin dal 2001 costituisce un Livello essenziale di assistenza (LEA);
- in relazione ai bisogni sanitari del paziente sono contemplati tre livelli d’intervento (a bassa, alta e media intensità sanitaria) con anche un’area riguardante le cure palliative domiciliari;
- il servizio viene erogato secondo il Piano di Assistenza Individualizzato (il PAI, che stabilisce anche il livello d’intensità assistenziale da garantire) autorizzato dall’ASL.

Richiamate:

- la D.G.R. 7 maggio 2002, n. 41-5952 con cui sono state approvate le linee guida per l’attivazione del servizio di cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali del Piemonte;
- la D.G.R. 14 ottobre 2002 n. 15-7336 con la quale è stato recepito il programma regionale di cure palliative e sono state approvate le disposizioni sulle cure palliative domiciliari;
- la D.G.R. 16 giugno 2003 n. 62-9692 con la quale è stato definito il modello per l’attribuzione dei pesi ai casi di cure domiciliari;
- la D.G.R. 3 agosto 2004, n. 55-13238 con la quale sono state integrate le linee guida regionali precedentemente identificate;
- la D.G.R. 28 febbraio 2005, n. 37-14908 con cui è stata individuata la nuova tipologia di cura domiciliare denominata “Prestazioni Infermieristiche Estemporanee” (P.I.E.);
- la D.G.R. 2 febbraio 2009, n. 26-10669 con cui sono state nuovamente integrate le linee guida sopra richiamate;
- la D.G.R. 16 Maggio 2019, n. 91-9000 ad oggetto “D.P.C.M 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative in Piemonte – Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i.” con cui sono state definite le nuove procedure e modalità organizzative delle cure riabilitative domiciliari.

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- artt. 8 quater e 8 quinquies del D.Lgs n. 502 del 30 dicembre 1992 e ss.mm.ii. “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421*”;
- art. 22 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502*”;

- art. 1, comma 406 della Legge 30 dicembre 2020, n. 178 *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023”* che ha modificato la disciplina di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 estendendo l'applicazione del sistema di autorizzazione all'esercizio, di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie e di accordi contrattuali, anche alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari;

- Decreto Ministeriale 29 aprile 2022 *“Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia”* con il quale sono trattati i servizi di telemedicina all'interno dell'organizzazione complessiva dei servizi A.D.I. di cui all'Intesa in argomento.

Preso atto che nella seduta del 4 agosto 2021 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ha sancito l'Intesa (151/CSR del 4 agosto 2021) concernente *“Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”*, che si intende recepire con la presente deliberazione.

Evidenziato che l'Intesa di cui sopra prevede che:

- le Regioni entro 12 mesi dalla data di sottoscrizione provvedono ad attivare, ai sensi dell'art. 8-ter e dell'art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., il percorso per giungere ad un sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari, in coerenza con quanto previsto agli allegati dell'Intesa stessa;
- le Regioni provvedano all'attuazione dell'Intesa nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a disposizione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Ritenuto pertanto necessario recepire l'Intesa in argomento, attraverso l'adozione del documento allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, dal titolo *“REQUISITI E PROCEDURE PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E L'ACCREDITAMENTO DEGLI OPERATORI PUBBLICI E PRIVATI CHE SVOLGONO ATTIVITA' DOMICILIARI INTEGRATE (ADI)”* che richiama i due sub allegati seguenti:

- allegato 1 dal titolo *“REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI, GENERALI E SPECIFICI, PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DEGLI OPERATORI PUBBLICI E PRIVATI EROGATORI DI CURE DOMICILIARI”*;
- allegato 2 dal titolo *“REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI”*.

Ritenuto di demandare a successivo atto regionale la definizione del tariffario regionale a seguito degli esiti dei lavori della commissione nazionale sulla definizione delle tariffe prevista dall'intesa in argomento.

Attestata l'assenza degli effetti diretti ed indiretti, del presente provvedimento, sulla situazione economico-finanziaria e sul patrimonio regionale, ai sensi della D.G.R. 1-4046 del 17 ottobre 2016.

Tutto ciò premesso;

visto gli artt. 8 quater e 8 quinquies del D.Lgs n. 502 del 30 dicembre 1992 e ss.mm.ii;

visto l'art. 22 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017;

visto l'art. 1, comma 406 della Legge 30 dicembre 2020, n. 178;

visto il Decreto Ministeriale 29 aprile 2022.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14 giugno 2021.

la Giunta Regionale a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

Di recepire l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano l'Intesa (151/CSR del 4 agosto 2021) concernente *“Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”*, attraverso l'adozione del documento allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, dal titolo *“REQUISITI E PROCEDURE PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E L'ACCREDITAMENTO DEGLI OPERATORI PUBBLICI E PRIVATI CHE SVOLGONO ATTIVITA' DOMICILIARI INTEGRATE (ADI)”* che richiama i due sub allegati seguenti:

- allegato 1 dal titolo *“REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI, GENERALI E SPECIFICI, PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DEGLI OPERATORI PUBBLICI E PRIVATI EROGATORI DI CURE DOMICILIARI”*;
- allegato 2 dal titolo *“REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI”*.

Di demandare a successivo atto regionale la definizione del tariffario regionale a seguito degli esiti dei lavori della commissione nazionale sulla definizione delle tariffe prevista dall'intesa in argomento.

Di demandare alla Direzione Sanità e Welfare competente in materia:

- l'adozione dei provvedimenti necessari per attivare le procedure di autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento degli operatori pubblici e privati che svolgono l'Assistenza Domiciliare Integrata;
- eventuali aggiornamenti dei documenti tecnici allegato 1 e allegato 2 approvati con il presente atto.

Di stabilire che le strutture sanitarie che già erogano cure domiciliari riabilitative ai sensi della D.G.R. 16 Maggio 2019, n. 91-9000 possano continuare ad espletare la propria attività in forza dei provvedimenti in loro possesso.

Di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri per il bilancio regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

REQUISITI E PROCEDURE PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E L'ACCREDITAMENTO DEGLI OPERATORI PUBBLICI E PRIVATI CHE SVOLGONO ATTIVITA' DOMICILIARI INTEGRATE (ADI).

Art. 1 - Finalità

Il presente provvedimento definisce i requisiti generali e specifici per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accREDITAMENTO degli Operatori pubblici e privati, terzi rispetto alle Aziende Sanitarie Regionali, erogatori di Cure Domiciliari in coerenza con quanto previsto dall'Intesa, Rep. Atti n. 151/CSR del 4/08/2021.

Sono escluse le cure palliative domiciliari di cui all'art. 23 del D.P.C.M. 12/01/2017, in quanto contemplate nel sistema di accREDITAMENTO delle strutture che costituiscono le reti locali di cure palliative ai sensi dell'Intesa Rep. Atti n. 152/CSR del 25/07/2012 e dell'Intesa rep. Atti n. 118/CSR del 27/07/2020, già recepite con D.D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012 e n. 15-4166 del 26/11/2021.

Art. 2 - Definizioni

Ai fini del presente provvedimento si forniscono le seguenti definizioni:

a) Cure Domiciliari: l'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico, erogati a domicilio dei destinatari, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita, di cui all'art. 22 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*".

Le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

0 – Cure domiciliari di base.

Sono costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA) inferiore a 0,14; sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui l'utente-destinatario presenti limitazioni funzionali che rendano impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali.

1 - Cure domiciliari di primo livello.

Sono costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico, infermieristico e assistenziale, ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza

individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona; il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

2 – Cure domiciliari di secondo livello.

Sono costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico, infermieristico, assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI); Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

3 – Cure domiciliari di terzo livello.

Sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici di nonche' dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver; richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

b) **Soggetto deputato al governo dell'accesso alle Cure Domiciliari:** l'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio.

c) **Erogatore di Cure Domiciliari:** operatore pubblico o privato che fornisce e realizza Cure Domiciliari di base e Cure Domiciliari di primo, secondo e terzo livello.

d) **Destinatari:** sono destinatari dei servizi di Cure domiciliari, indipendentemente dall'età, le persone non autosufficienti o a rischio di compromissione dell'autosufficienza, le persone in condizioni di fragilità, le persone in condizioni di dipendenza assistenziale in quanto affette da patologie croniche, le persone in condizioni di disabilità temporanea o permanente, le persone dimesse da strutture di ricovero che necessitano di continuità di cure erogabili a domicilio.

Art. 3 - Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio degli Operatori pubblici e privati erogatori di Cure Domiciliari

I requisiti generali e specifici che devono essere soddisfatti ai fini della concessione e/o del mantenimento dell'autorizzazione all'esercizio degli Operatori pubblici e privati erogatori di Cure Domiciliari sono indicati nell'allegato che costituisce parte integrante del presente provvedimento denominato Allegato 1 "**REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI, GENERALI E SPECIFICI, PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DEGLI OPERATORI PUBBLICI E PRIVATI EROGATORI DI CURE DOMICILIARI**".

Art. 4 - Requisiti ulteriori per il rilascio dell'accREDITAMENTO

I requisiti generali e specifici che devono essere soddisfatti ai fini della concessione e del mantenimento dell'accREDITAMENTO istituzionale degli Operatori pubblici e privati erogatori di Cure Domiciliari sono indicati nell'allegato che costituisce parte integrante del presente provvedimento denominato Allegato 2 "**REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI**".

Art. 5 - Modalità e termini di rilascio autorizzazione e dell'accREDITAMENTO

L'autorizzazione all'esercizio e l'accREDITAMENTO istituzionale sono rilasciati dal Settore regionale competente per materia della Direzione Sanità e Welfare conformemente alle modalità e alle procedure che saranno identificate con apposito provvedimento della medesima Direzione, in applicazione degli indirizzi generali di seguito illustrati.

Le verifiche ai fini del rilascio e del mantenimento del titolo autorizzativo e del successivo accREDITAMENTO sono svolte rispettivamente dalla Commissione di Vigilanza sulle attività sanitarie dell'ASL territorialmente competente per l'ambito territoriale nel quale l'erogatore intende farsi autorizzare (ex DGR 28 ottobre 2013, n. 24-6579) e dall'ARPA, quale Organismo tecnicamente accREDITANTE ai sensi della D.G.R. 2 novembre 2015, n. 32-2366.

Nel caso l'erogatore intenda farsi autorizzare su più ambiti territoriali le verifiche sono effettuate dalla Commissione di vigilanza dell'A.S.L. prevalente come dimensione territoriale, sempre supportata dall'ARPA.

Il procedimento di autorizzazione e il procedimento di accREDITAMENTO, entrambi di competenza regionale, devono concludersi entro 180 giorni dal ricevimento dell'istanza; tali procedimenti integrano l'elenco dei procedimenti di cui all'allegato B) alla D.G.R. n. 17-803 del 15 ottobre 2010.

I contratti stipulati ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. tra le Aziende Sanitarie Locali e gli erogatori accreditati per l'Assistenza domiciliare, dovranno essere trasmessi, a cura delle Aziende Sanitarie, alla Regione - Direzione Sanità e Welfare.

Qualora, nel corso delle verifiche da parte dei competenti organismi venga rilevata la mancanza di uno o più requisiti di autorizzazione/accreditamento, la Regione potrà disporre la sospensione o la revoca dell'autorizzazione/accreditamento dell'erogatore, demandando all'Azienda Sanitaria Locale il proseguimento della presa in carico degli utenti seguiti dall'erogatore sospeso.

Per ogni verifica, valutazione e/o approfondimento sull'erogatore la Regione si avvale della Commissione di Vigilanza sulle attività sanitarie dell'A.S.L. che, con cadenze periodiche, verifica il corretto svolgimento dell'attività dell'erogatore e il mantenimento dei requisiti di autorizzazione; parimenti l'ARPA verificherà periodicamente il mantenimento dei requisiti di accreditamento e comunque ogni volta che si verifichino variazioni al precedente assetto autorizzato e accreditato.

L'autorizzazione e l'accreditamento possono essere rilasciati disgiuntamente con singoli provvedimenti o contestualmente con un unico provvedimento regionale, a seguito delle risultanze delle verifiche espletate dai competenti organismi di verifica.

Nel caso l'erogatore formuli istanza contestuale per l'autorizzazione e l'accreditamento si dispone l'effettuazione di sopralluogo congiunto tra la Commissione di Vigilanza dell'ASL e l'ARPA e viene rilasciato un provvedimento regionale unico.

Il titolo di accreditamento ha validità quinquennale dalla data del rilascio ed è rinnovabile previa presentazione di apposita domanda almeno 180 giorni prima della scadenza dell'accreditamento in essere. Sull'istanza di rinnovo verrà effettuata una nuova verifica in ordine alla sussistenza dei requisiti definiti per il rilascio nei termini del procedimento precedentemente detti.

Il Direttore della Direzione Sanità e Welfare può prolungare il periodo di validità di cui al capoverso precedente per un ulteriore periodo di massimo due anni, previa presentazione di apposita dichiarazione di sussistenza dei requisiti di accreditamento da parte degli operatori già accreditati, se si verifica almeno una delle seguenti circostanze:

- a) una situazione organizzativa straordinaria che impedisce il regolare svolgimento del processo di accreditamento dei servizi e il rispetto dei termini in scadenza;
- b) un'alta concentrazione di procedimenti di rinnovo in scadenza nello stesso anno, che rende necessaria una loro distribuzione omogenea fra gli anni successivi.

Fatti salvi i termini di validità del titolo di accreditamento sopra definiti le verifiche di accreditamento devono essere comunque effettuate ogni qualvolta si verificano variazioni al precedente assetto autorizzato e accreditato.

Art. 6 – Programmazione di cure domiciliari

L'obiettivo programmato di cure domiciliari è stabilito in almeno il 10% della popolazione anziana residente nella Regione.

La Direzione Sanità e Welfare, con cadenza annuale, monitora il tasso di copertura delle cure domiciliari attraverso l'elaborazione dei flussi SIAD distribuiti per ASL di presa in carico.

Art. 7 - Tariffe

Le Cure Domiciliari di cui al presente atto saranno remunerate dalle Aziende Sanitarie Locali per ogni singola prestazione giornaliera, così come da tariffario regionale che sarà successivamente definito da apposito atto, a seguito degli esiti dei lavori della commissione nazionale sulla definizione delle tariffe prevista dall'intesa di cui all'art. 1.

Art. 8 – Norme transitorie e finali

Non soggiacciono alle presenti disposizioni le Cure Domiciliari realizzate e condotte direttamente dalle Aziende Sanitarie Regionali, anche attraverso l'impiego di singoli professionisti sanitari, che restano regolate dalle disposizioni regionali vigenti, raccolte nei seguenti atti:

- D.G.R. 7 maggio 2002, n. 41-5952;
- D.G.R. 14 ottobre 2002 n. 15-7336;
- D.G.R. 16 giugno 2003 n. 62-9692;
- D.G.R. 3 agosto 2004, n. 55-13238;
- D.G.R. 28 febbraio 2005, n. 37-14908;
- D.G.R. 2 febbraio 2009, n. 26-10669;
- D.G.R. 16 Maggio 2019, n. 91-9000.

Allegato 1 - “REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI, GENERALI E SPECIFICI, PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DEGLI OPERATORI PUBBLICI E PRIVATI EROGATORI DI CURE DOMICILIARI”

Allegato 2 “REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI”

ALLEGATO 1 “REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI, GENERALI E SPECIFICI, PER L’AUTORIZZAZIONE ALL’ESERCIZIO DEGLI OPERATORI PUBBLICI E PRIVATI EROGATORI DI CURE DOMICILIARI”

Ai sensi del D.lgs. 502/92 e s.m.i., i requisiti di autorizzazione sono minimi, in quanto considerati essenziali ed obbligatori per ogni organizzazione pubblica o privata che intenda erogare un’attività sanitaria, a garanzia della sicurezza delle cure per la persona assistita e la sua famiglia, con un sistema di organizzazione e di erogazione delle attività che va rapportato alle caratteristiche e alla complessità dell’assistenza svolta.

REQUISITI SOGGETTI DEGLI OPERATORI

NB: NON SI APPLICA AI SINGOLI PROFESSIONISTI

1. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI	
L’EROGATORE DELLE CURE DOMICILIARI:	
1.1 AU - Sede organizzativa e operativa	1.1.1. dispone almeno di una sede organizzativa, che può coincidere con una sede operativa, nell’ambito del territorio regionale; 1.1.2. la sede organizzativa svolge funzioni di centro organizzativo del servizio di cure domiciliari, di segreteria per informazioni e comunicazioni (call center), di raccolta di suggerimenti e reclami; 1.1.3. nel caso di più sedi operative dislocate sul territorio nel rispetto dei criteri di prossimità, le sedi sono collegate tra loro in relazione alla distribuzione degli interventi territoriali.
1.2 AU - Locali e spazi della sede organizzativa e operativa	1.2.1. dispone di locali e spazi quali: per la sede organizzativa <ul style="list-style-type: none">▪ un locale per l’organizzazione dei servizi, le attività amministrative e di segreteria (<i>call center</i>) aperto secondo il requisito 3.2.2.;▪ un locale dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di <i>equipe</i>, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico;▪ uno spazio (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio;▪ uno spazio per la conservazione sicura della documentazione sanitaria;▪ servizi igienici per il personale;▪ servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico. per la sede operativa <ul style="list-style-type: none">▪ un locale/spazio (es. armadi) ad uso deposito del materiale pulito/magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta dei farmaci e dei presidi sanitari;▪ un locale/spazio (es. armadi) per deposito del materiale sporco, con uno spazio delimitato adibito al lavaggio, nonché alla sterilizzazione dei materiali laddove non venga utilizzato solo materiale monouso o non ci si avvalga di servizi esterni di sterilizzazione;▪ uno spogliatoio per il personale;▪ un locale dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di <i>equipe</i>, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico;▪ uno spazio (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio;▪ uno spazio per la conservazione della documentazione sanitaria;▪ servizi igienici per il personale;▪ servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico. <p>Tutti i locali devono essere in possesso dei requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente, nonché di licenza di abitabilità ed uso ai sensi del D.P.R. 380/2001 e s.m.i.</p>
2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI TECNOLOGICI	
In funzione dei livelli di attività erogata, l’EROGATORE garantisce:	
2.1 AU - Automezzi	2.1.1. disponibilità di mezzi di trasporto idonei a garantire la mobilità degli operatori e delle attività organizzative di supporto; 2.1.2. conformità dei mezzi di trasporto alla normativa vigente (copertura assicurativa e altro); 2.1.3. presenza di un programma di controllo e manutenzione periodica dei mezzi;
2.2 AU - Apparecchiature	2.2.1. presenza di tutte le attrezzature, i dispositivi medici e le apparecchiature elettromedicali, conformi alla normativa vigente, necessari a garantire l’erogazione delle rispettive prestazioni domiciliari erogate; 2.2.2. la dotazione minima delle apparecchiature, che deve essere sottoposta a verifiche periodiche, comprende: stetoscopi, sfigmomanometri, glucometri, saturimetri, aspiratori.
2.3 AU - Dotazioni telefoniche ed informatiche	2.3.1. adozione presso la sede organizzativa e/o operativa di un sistema informativo utile all’organizzazione dell’assistenza, specifico per l’attività nei diversi livelli assistenziali e che consenta l’immediata individuazione del fascicolo delle persone assistite e il controllo aggiornato del profilo di assistenza;

ALLEGATO 1 “REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI, GENERALI E SPECIFICI, PER L’AUTORIZZAZIONE ALL’ESERCIZIO DEGLI OPERATORI PUBBLICI E PRIVATI EROGATORI DI CURE DOMICILIARI”

	2.3.2. presenza dei supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e di un sistema integrato di telecomunicazione e tecnologie audio-video con i relativi software, per creare, elaborare, archiviare, proteggere e scambiare dati elettronici comprese le prestazioni di telemedicina;
2.4 AU - Dispositivi di protezione individuale	2.4.1. presenza del Documento di Valutazione dei rischi ai sensi della vigente normativa e assegnazione dei dispositivi di protezione individuale agli operatori;
2.5 AU - Dotazioni per smaltimento rifiuti speciali	2.5.1. presenza delle dotazioni necessarie per lo smaltimento dei rifiuti speciali come previsto dalla normativa vigente;
2.6 AU - Contenitori per campioni biologici	2.6.1. presenza dei contenitori per il trasporto dei campioni biologici a norma di legge;
2.7 AU - Borse attrezzate	2.7.1. presenza delle borse per il personale sanitario, dotate del materiale necessario per l’attività da svolgere; 2.7.2. presenza dello zaino per la gestione delle emergenze;
2.8 AU - Gestione e manutenzione di attrezzature/apparecchiature	2.8.1. dimostrazione della verifica periodica dello stato di funzionamento e manutenzione delle apparecchiature in dotazione, mediante: <ul style="list-style-type: none"> ○ un inventario aggiornato delle attrezzature/apparecchiature utilizzate, ○ la presenza e la disponibilità di tutta la documentazione relativa ai collaudi, ispezioni e interventi di manutenzione e monitoraggio del funzionamento; 2.8.2. la presenza e la disponibilità della documentazione tecnica (con istruzioni per l’uso in lingua italiana) relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell’acquisto, per ogni verifica necessaria; 2.8.3. dimostrazione del aver assolto all’obbligo di addestramento, del personale coinvolto nell’utilizzo delle attrezzature e dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, opportunamente documentato.
3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI	
3.1 AU - Responsabilità e personale	
L’EROGATORE garantisce:	
3.1.1 AU - Responsabilità dell’Organizzazione	3.1.1.1. la responsabilità complessiva dell’Organizzazione stessa è affidata a un direttore sanitario o, per le organizzazioni pubbliche, al responsabile medico designato dall’Azienda sanitaria . Tale figura è responsabile del mantenimento dei requisiti sanitari previsti e della verifica di qualità degli interventi svolti, della corretta gestione (acquisizione, stoccaggio, distribuzione, utilizzo e manutenzione) di tutto il materiale sanitario/presidi/attrezzature/apparecchiature, della sorveglianza sulla valutazione del personale e sulla documentazione sanitaria da questi redatta, della gestione del rischio clinico, della definizione delle modalità di comunicazione e raccordo con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera Scelta, nonché con gli Specialisti di riferimento; 3.1.1.2. sono garantite le funzioni di coordinamento e responsabilità clinica, infermieristica e amministrativa; 3.1.1.3. presenza del registro di presa in carico per cure domiciliari che provi che sia garantita la continuità della presa in carico per tutta la durata dell’assistenza, coerentemente con il Piano Assistenziale.
3.1.2 AU – Dotazione di personale	3.1.2.1. dotazione di personale, in termini numerici e di figure professionali coinvolte, proporzionata alla tipologia di attività che intende erogare integrando fra di loro le diverse figure professionali, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione, OSS e le altre figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI;
3.1.3 AU - Requisiti per il personale (titoli e formazione)	3.1.3.1 tutte le figure professionali sono in possesso dei requisiti necessari per svolgere la professione corrispondente, secondo la normativa vigente (titoli, eventuali abilitazioni, iscrizioni ad Albi ed Ordini professionali); 3.1.3.2. è effettuata la verifica dei titoli in possesso degli operatori con la verifica che siano rispettati gli obblighi normativi di formazione continua per tutti i professionisti sanitari; 3.1.3.3. sia verificata la formazione in merito a: <ul style="list-style-type: none"> ○ procedure interne organizzative, ○ procedure operative adottate (in funzione del profilo), ○ umanizzazione delle cure e qualità delle relazioni, ○ certificazione BLS (primo soccorso con l’impiego di defibrillatore semiautomatico) aggiornata, ○ sicurezza sul lavoro, ○ gestione del rischio clinico; 3.1.3.4 che esista evidenza della formazione; 3.1.3.5. che documenti l’effettuazione di programmi di formazione per il nuovo personale.
3.1.4 AU - Elenco degli	3.1.4.1. che sia presente, conservato e regolarmente aggiornato un elenco del personale impiegato, che riporti:

ALLEGATO 1 “REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI, GENERALI E SPECIFICI, PER L’AUTORIZZAZIONE ALL’ESERCIZIO DEGLI OPERATORI PUBBLICI E PRIVATI EROGATORI DI CURE DOMICILIARI”

<p>operatori e fascicolo personale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ la tipologia e il numero delle figure professionali, il possesso dei relativi requisiti professionali, ○ la tipologia del rapporto di lavoro; <p>3.1.4.2. che sia data evidenza della turnazione del personale;</p> <p>3.1.4.3. che sia conservato, per il periodo previsto dalla normativa vigente, un archivio storico dei turni effettuati e della documentazione relativa ai servizi svolti, contenente i dati degli accessi a domicilio;</p> <p>3.1.4.4. che sia costituito un fascicolo, anche in formato elettronico, relativo a ciascun operatore che presta attività, composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ curriculum formativo aggiornato e la relativa documentazione, ○ attestazioni della formazione continua obbligatoria, ○ attestato di idoneità psico-fisica al lavoro, valutazione di idoneità effettuata dal Medico competente, ○ attestazione della formazione obbligatoria in materia di sicurezza sul lavoro, ○ attestazione dell’aggiornamento continuo del BLS, D, S, P, ○ attestazione della formazione sulle procedure interne all’Organizzazione, ○ possesso della patente di guida adeguata all’eventuale veicolo utilizzato ai fini dell’attività erogata; <p>3.1.4.5. che il fascicolo personale degli operatori sia conservato nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali.</p>
<p>3.1.5 AU - Regolarità del rapporto di lavoro</p>	<p>3.1.5.1. nei confronti del proprio personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ l’attuazione di condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro applicabili alla categoria di riferimento; ○ l’osservanza e l’applicazione di tutte le norme relative alle assicurazioni obbligatorie ed antinfortunistiche, previdenziali ed assistenziali; ○ l’applicazione della normativa in merito alla responsabilità civile in ambito sanitario;
<p>3.1.6 AU - Identificabilità degli operatori</p>	<p>3.1.6.1. l’utilizzo di strumenti per l’identificazione degli operatori nel rispetto della normativa sulla privacy (cartellino di riconoscimento riportante almeno: nome e cognome dell’operatore, ruolo, logo e nome dell’Organizzazione stessa).</p>
<p>3.2 AU - Procedure e gestione dell’attività Procedure e gestione dell’attività</p>	
<p>L’Erogatore assicura:</p>	
<p>3.2.1 AU Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</p>	<p>3.2.1.1. che siano definiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati, ▪ le modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari, ▪ la gestione delle eventuali urgenze; <p>3.2.1.2. che sia redatta la Carta dei Servizi (<i>si veda punto 3.2.13</i>);</p> <p>3.2.1.3. che siano indicate le modalità di utilizzo di eventuali servizi sanitari erogati a distanza (telemedicina);</p>
<p>3.2.2 AU - Garanzia attività</p>	<p>3.2.2.1. che l’attività amministrativa sia garantita per almeno 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) e quella sanitaria su 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per le cure domiciliari di base e di 1° livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di 2° e 3° livello</p>
<p>3.2.3 AU - Regolamento interno</p>	<p>3.2.3.1. che venga predisposto un Regolamento interno in cui siano definite:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le funzioni e le responsabilità di tutte le figure professionali in relazione alla tipologia di attività svolta, ○ le modalità di espletamento del servizio, ○ l’equipaggiamento del personale di assistenza, compreso l’abito professionale, ○ i sistemi di comunicazione; <p>3.2.3.2. che venga definito un organigramma/funzionigramma;</p>
<p>3.2.4 AU – Gestione del Rischio Clinico (RC)</p>	<p>3.2.4.1. che venga effettuata la valutazione del rischio clinico, in relazione alla tipologia e al livello dell’attività svolta e, in base alla valutazione, vengano stabilite le azioni di mitigazione del rischio, le relative procedure e il monitoraggio;</p> <p>3.2.4.2. che la valutazione dei rischi includa le Infezioni Correlate all’Assistenza;</p> <p>3.2.4.3. che tutto il personale venga formato sul rischio clinico;</p>

ALLEGATO 1 “REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI, GENERALI E SPECIFICI, PER L’AUTORIZZAZIONE ALL’ESERCIZIO DEGLI OPERATORI PUBBLICI E PRIVATI EROGATORI DI CURE DOMICILIARI”

	3.2.4.4. che sia elaborato un piano per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza degli operatori e delle persone assistite, che comprenda anche la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza e definisca ruoli, responsabilità, monitoraggio, verifiche e formazione dedicata;
3.2.5 AU - Procedure scritte sul percorso di cura	3.2.5.1. che, in funzione delle tipologie di cure domiciliari, siano definite procedure scritte in merito a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ modalità e strumenti di gestione della valutazione del bisogno attraverso strumenti validati, ▪ definizione del Piano di assistenza individuale (semplificato per le cure domiciliari di base), ▪ criteri e modalità di erogazione delle prestazioni e di comunicazione interna, ▪ modalità e strumenti del passaggio di consegne, ▪ criteri di chiusura della presa in carico e di valutazione della persona assistita al momento della dimissione;
3.2.6 AU - Documentazione sanitaria	3.2.6.1. che per ogni persona assistita sia utilizzato un fascicolo sanitario domiciliare, possibilmente informatizzato (semplificato per le cure domiciliari di base) e periodicamente aggiornato, contenente i dati relativi alla persona assistita e all’attività, tra cui almeno: <ul style="list-style-type: none"> ○ i dati anagrafici, ○ il caregiver, ○ la data di inizio delle cure domiciliari, ○ gli operatori di riferimento, ○ la diagnosi, ○ gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es. allergia, caduta), ○ il consenso informato, ○ gli strumenti di valutazione utilizzati, ○ il piano di trattamento (in relazione all’attività svolta) completo di eventuali aggiornamenti, ○ le prestazioni erogate, ○ l’eventuale necessità di ausili e/o presidi, ○ le verifiche, ○ i risultati raggiunti, ○ la data e la motivazione della chiusura del piano assistenziale; 3.2.6.2. che, per tutte le tipologie assistenziali, presso il domicilio della persona assistita, sia disponibile il diario assistenziale contenente, per ogni accesso: <ul style="list-style-type: none"> ○ data e ora, ○ operatore/i, ○ prestazioni svolte, ○ firma dell’operatore. 3.2.6.3. che il diario assistenziale sia sottoscritto dal paziente o dal caregiver per presa atto degli interventi.
3.2.7 AU - Modalità di trattamento dei dati e privacy	3.2.7.1. che tutti i documenti e/o i dati relativi alle persone assistite siano custoditi nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili, prevedendo modalità di accesso solo al personale abilitato e protezione da accessi non autorizzati; 3.2.7.2. che il sistema di archiviazione della documentazione sanitaria consenta un rapido accesso ai dati da parte degli operatori coinvolti nel processo di cura;
3.2.8 AU - Gestione di farmaci/presidi medico - chirurgici/prodotti nutrizionali	3.2.8.1. che vengano definite le modalità di controllo e le relative registrazioni di giacenze, integrità, scadenza di farmaci, presidi medico-chirurgici e prodotti nutrizionali, ai sensi della normativa vigente; 3.2.8.2. che la documentazione relativa alle verifiche sia disponibile e correttamente conservata; 3.2.8.3. che i presidi e i dispositivi soddisfino le caratteristiche di corretta conservazione, sanificazione e manutenzione, facile trasportabilità e sicurezza nel trasporto e che siano contrassegnati con marchio CE qualora previsto;
3.2.9 AU - Procedure specifiche	3.2.9.1. che siano disposte procedure: <ul style="list-style-type: none"> ▪ per garantire la sicurezza, la conservazione e il trasporto dei materiali biologici, ▪ per la sanificazione, la disinfezione e la sterilizzazione di strumenti, materiali e mezzi di trasporto (in cui sia descritto anche il monitoraggio delle stesse su apposito registro), ▪ per la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza, ▪ per la somministrazione a domicilio di farmaci, ▪ per la somministrazione della terapia trasfusionale secondo quanto previsto dalla normativa specifica vigente e in cui sia fatto riferimento alla tracciabilità del prodotto,

ALLEGATO 1 “REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI, GENERALI E SPECIFICI, PER L’AUTORIZZAZIONE ALL’ESERCIZIO DEGLI OPERATORI PUBBLICI E PRIVATI EROGATORI DI CURE DOMICILIARI”

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ per la gestione delle emergenze-urgenze, ▪ per la gestione degli accessi vascolari, ▪ per il corretto smaltimento dei rifiuti, ivi compresi quelli speciali, in conformità alla normativa vigente, ▪ altre procedure specifiche relative all’attività svolta (ad e. prevenzione e gestione delle lesioni cutanee da compressione, gestione dei cateterismi, gestione degli accessi vascolari, gestione della ventilazione meccanica invasiva o non invasiva e dell’ossigenoterapia, prevenzione delle cadute, valutazione del dolore etc.); <p>3.2.9.2. che le procedure siano aggiornate con una periodicità almeno triennale;</p> <p>3.2.9.3. che le procedure siano diffuse agli operatori;</p>
3.2.10 AU - Integrazione professionale	<p>3.2.10.1. che gli operatori integrino i propri interventi ed effettuino il trasferimento reciproco delle informazioni, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi del Piano di assistenza individuale, alimentando il fascicolo di cui al punto 3.2.6;</p> <p>3.2.10.2. che siano definiti ed applicati strumenti per il passaggio delle consegne;</p>
3.2.11 AU - Valorizzazione e sostegno alla famiglia	<p>3.2.11.1. che, tra gli obiettivi della presa in carico assistenziale, venga dato rilievo alla valorizzazione e al sostegno del ruolo della famiglia, garantendo l’attività educativa, di formazione e addestramento, necessaria ai familiari/caregiver per la gestione della persona assistita a domicilio, formalizzata nel diario assistenziale (mediante firma del caregiver);</p>
3.2.12 AU - Valorizzazione della partecipazione della persona assistita	<p>3.2.12.1. che venga garantita la partecipazione della persona assistita nel processo di cura (<i>Empowerment</i>) attraverso momenti formalizzati nel piano assistenziale individuale e registrati nel diario assistenziale;</p>
3.2.13 AU - Materiale informativo	<p>3.2.13.1. che venga redatta e periodicamente aggiornata una Carta dei Servizi, conforme alla normativa vigente, contenente informazioni relative almeno a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ prestazioni erogate, ○ modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari, ○ target di popolazione assistita, ○ orari, ○ tariffe praticate che non possono superare i massimali regionali, ○ contatti ○ modalità di presentare eventuali reclami; <p>3.2.13.2. che la Carta dei Servizi sia facilmente accessibile per l’utenza;</p>
3.2.14 AU - Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	<p>3.2.14.1. che vengano definiti strumenti per la raccolta dei reclami, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;</p>
3.2.15 AU - Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	<p>3.2.15.1. che venga definito un documento con criteri e modalità per la valutazione della qualità dei servizi erogati;</p> <p>3.2.15.2. che venga favorita la partecipazione del personale allo svolgimento di attività di valutazione (audit);</p> <p>3.2.15.3. che vengano adottate modalità di valutazione della soddisfazione da parte dell’utente.</p>

ALLEGATO 2 “REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI”

Critero 1. *Attuazione di un sistema di gestione dei servizi*, al fine di fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità, in quanto “*fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza socio-sanitaria, una gestione dell’organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un’ottica di miglioramento continuo*”

Requisito disciplinare AC	L’Erogore:
1.1 AC: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	1.1.1. approva un piano triennale generale in cui vengono definiti gli obiettivi, la pianificazione e la programmazione delle cure domiciliari che intende garantire, identificandone la tipologia ai sensi dell’articolo 22 “Cure domiciliari” del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, raccordandosi con l’Azienda sanitaria per i sistemi di relazione con i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, i servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, Infermiere di famiglia e di comunità, la centrale operativa territoriale;
1.2 AC: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	1.2.1. svolge le proprie attività coordinandosi con le reti assistenziali previste dalla normativa regionale, secondo le modalità previste dall’Azienda sanitaria locale di riferimento, tra cui la rete delle cure palliative, la rete della terapia del dolore, la rete delle cure palliative e della terapia del dolore pediatrica;
1.3 AC: Definizione delle responsabilità	1.3.1. definisce il proprio organigramma/fuzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni, 1.3.2. dispone di una pianta organica in cui sono riportati i nominativi del personale in servizio, la tipologia di rapporto di lavoro, la qualifica e le competenze specifiche secondo quanto previsto dal modello regionale; 1.3.4. definisce le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale; 1.3.5. elabora e adotta un regolamento del personale;
1.4 AC: Presa in carico	1.4.1. adotta strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti; 1.4.2. garantisce che il Piano di Assistenza Individuale sia redatto dall’apposita unità di valutazione multidimensionale ai sensi dell’art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017; 1.4.3. garantisce che il Piano di Assistenza Individuale sia puntualmente aggiornato dall’ <i>equipe</i> di cura in relazione alla modifica dei bisogni; 1.4.5. garantisce che il Piano di Assistenza Individuale contenga: <ul style="list-style-type: none"> ○ la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali; ○ l’identificazione degli obiettivi di salute; ○ la pianificazione delle attività; ○ la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare; ○ le figure professionali coinvolte e il referente del caso; ○ il caregiver della persona assistita ○ gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica dei bisogni; 1.4.6. verifica che le attività previste vengano effettuate;
1.5 AC: Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)	1.5.1. adotta, coerentemente con quanto previsto dall’articolo 22 del DPCM 12 gennaio 2017 in merito ai livelli di intensità assistenziale, il <i>fascicolo sanitario domiciliare</i> informatizzato, integrato secondo standard di interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico e periodicamente aggiornato, che comprenda, oltre a quanto previsto dal requisito autorizzativo 3.2.6 A.U.: <ul style="list-style-type: none"> ○ il PAI con tutti gli elementi descritti al punto 1.4; ○ le conclusioni del colloquio di presa in carico; ○ elementi di rischio specifici del paziente; ○ le attività e le prestazioni erogate; ○ le rivalutazioni periodiche e i relativi esiti; ○ la data e le motivazioni della chiusura del PAI; ○ il documento di dimissione; 1.5.2. garantisce la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del <i>diario assistenziale</i> che deve contenere, in conformità con il requisito autorizzativo 3.2.6 A.U., la parte della valutazione, della pianificazione, i tempi di durata del PAI e le modalità di verifica, le modalità di dimissione, la tracciabilità degli operatori che hanno

ALLEGATO 2 “REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI”

	<p>effettuato valutazioni e prestazioni;</p> <p>1.5.3. assicura la corretta compilazione del fascicolo sanitario domiciliare e del diario assistenziale che devono contenere tutti gli elementi previsti anche per assolvere al debito informativo regionale e nazionale;</p> <p>1.5.4. assicura la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività e prestazioni erogate;</p> <p>1.5.5. fornisce i dati all’azienda sanitaria per le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIAD-NSIS), laddove previsto;</p> <p>1.5.6. garantisce la consegna della copia della documentazione sanitaria alla persona assistita o a chi ne ha diritto nei tempi definiti dalle indicazioni nazionali e regionali;</p>
1.6 AC: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	<p>1.6.1. elabora un piano annuale per il miglioramento della qualità dei servizi in cui vengono descritti gli obiettivi, le attività previste, gli indicatori per il monitoraggio tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali;</p> <p>1.6.2. il piano per il miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall’analisi dei reclami e dei disservizi;</p> <p>1.6.3. relaziona annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.</p>

criterio 2. *Prestazioni e servizi*, indicando l’offerta di prestazioni nell’ottica della presa in carico, garantendo, ove necessario, la continuità nell’ambito di PDTA strutturati ed espliciti, in quanto “E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti e con i cittadini”;

Requisito disciplinare AC	L’Erogatore:
2.1 AC: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati	<p>2.1.1. eroga le prestazioni comprese nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza indicando le tipologie (cure domiciliari di base, di I, di II, di III livello);</p> <p>2.1.2. definisce, sulla base delle indicazioni regionali e aziendali, una Carta dei servizi (in conformità al requisito autorizzativo 3.2.1) che assicuri la piena informazione circa l’assetto organizzativo, i servizi erogati in rapporto ai livelli assistenziali, il target/tipologia dei pazienti, le modalità erogative, le modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari e la gestione delle urgenze. La Carta dei servizi deve indicare, altresì, le modalità e la tempistica per l’accesso alla documentazione sanitaria nonché le modalità di verifica per il miglioramento continuo della qualità.</p> <p>2.1.3. aggiorna la Carta dei Servizi periodicamente e ogni qualvolta intervengano modifiche sostanziali nell’erogazione dei servizi;</p>
2.2 AC: Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	<p>2.2.1. assicura la presa in carico dei pazienti nelle cure domiciliari integrate sulla base del PAI e della valutazione multidimensionale dei bisogni. La responsabilità clinica è attribuita al medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, in coerenza con quanto stabilito dall’art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017; va assicurata il coinvolgimento degli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel PAI;</p> <p>2.2.2. garantisce la presa in carico degli assistiti secondo le indicazioni regionali e aziendali anche in merito ai criteri prioritari per l’accesso e ai tempi di attesa;</p> <p>2.2.3. adotta, a tal fine, procedure per la gestione dei percorsi e la definizione delle responsabilità;</p> <p>2.2.4. adotta un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria;</p>
2.3 AC: Continuità assistenziale	<p>2.3.1. assicura la continuità dell’assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nei PAI;</p> <p>2.3.2. garantisce la copertura delle cure con la loro distribuzione su 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per le cure domiciliari di base e di primo livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di secondo e terzo livello in coerenza con quanto previsto al punto 3.2.2 AU dei requisiti autorizzativi;</p> <p>2.3.3. individua un Referente del caso per la persona assistita, i familiari/caregiver e per gli altri operatori dell’equipe assistenziale, riportato nel fascicolo sanitario domiciliare e nel diario assistenziale;</p> <p>2.3.4. garantisce, in particolare, anche con riferimento a dimissioni protette, che:</p> <p>a) vi sia continuità dell’informazione, continuità gestionale e continuità relazionale, anche in caso di trasferimento e/o dimissione, attraverso la definizione di modalità strutturate e l’identificazione di appositi strumenti, da inserire nel fascicolo sanitario domiciliare o nel diario assistenziale;</p> <p>b) la documentazione sanitaria della persona assistita sia a disposizione degli operatori coinvolti nel PAI;</p>

ALLEGATO 2 “REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI”

2.4 AC: Monitoraggio e valutazione	<p>2.4.1. effettua l'analisi di eventi avversi, incidenti, near misses accaduti durante la cura, anche tramite audit, e adotta modalità per dare evidenza dei risultati agli operatori;</p> <p>2.4.2. si attiene alle modalità previste dall'Azienda sanitaria per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, degli specialisti e di eventuali servizi distrettuali/aziendali coinvolti nel processo di cura;</p> <p>2.4.3. mette in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate;</p> <p>2.4.4. adotta un sistema di monitoraggio e di valutazione quali-quantitativa delle attività erogate, in particolare in merito ai criteri di eleggibilità del paziente, di presa in carico e di continuità assistenziale, in aderenza alle indicazioni e agli indicatori previsti dalle Regioni;</p> <p>2.4.5. adotta modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività;</p>
2.5 AC: Modalità di gestione della documentazione sanitaria	<p>2.5.1. adotta procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo;</p> <p>2.5.2. analizza i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive;</p> <p>2.5.3. formalizza e attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.</p>

Criterion 3. Aspetti strutturali, ad integrazione dei requisiti minimi, con verifica dei processi che consentono di mantenere nel tempo l'adeguatezza e la sicurezza di strutture, impianti, attrezzature, in quanto “L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse”;

Requisito disciplinare AC	L'Erogatore:
3.1 AC: Idoneità all'uso delle strutture (sede operativa e relative caratteristiche)	<p>3.1.3. dispone di una sede operativa sita nel territorio della Azienda sanitaria nella quale si esercita l'attività domiciliare;</p> <p>3.1.2. è dotato di una segreteria operativa che garantisca la continuità del servizio, in coerenza con quanto previsto al punto 3.2.2 AU dei requisiti organizzativi;</p> <p>3.1.3. garantisce che la sede operativa sia dotata dei locali e degli spazi idonei in rapporto alla tipologia dell'attività svolta (oltre ai requisiti previsti in sede di autorizzazione, deve essere presente un locale per il colloquio con le persone assistite e i familiari anche coincidente con quello previsto per le riunioni di equipe);</p> <p>3.1.4. assicura la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro.</p>
3.2 AC: Contattabilità telefonica	<p>3.2.1. garantisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ che nella sede operativa sia presente una linea telefonica dedicata per le persone assistite, i familiari e per gli operatori (anche attraverso un numero verde per facilitare le modalità di contatto degli assistiti con il servizio), ○ la dotazione di un telefono mobile per ogni operatore, che possa fungere anche da strumento informatico per la trasmissione dei dati;
3.3 AC: Dotazioni Informatiche	<p>3.3.1. garantisce la presenza nella sede operativa di una dotazione informatica con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>personal computer</i> dedicati all'attività, ▪ almeno una stampante dedicata all'attività, ▪ una connessione <i>internet</i>, ▪ dispositivi tecnologici utili alla trasmissione da remoto dei dati per il monitoraggio dell'assistenza, relativi alle prestazioni erogate in funzione degli obiettivi del PAI, ▪ dispositivi digitali per l'erogazione di servizi a distanza (telemedicina), specifiche per le tipologie di prestazioni che si intendono effettuare in tali modalità (telemonitoraggio; telecontrollo medico; teleassistenza e altro), ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 e delle normative vigenti;
3.4 AC: Dotazione di materiali sanitari	<p>3.4.1. garantisce la presenza di una dotazione di materiali sanitari in relazione al livello di cure domiciliari da svolgere, come da indicazioni dell'Azienda sanitaria;</p> <p>3.4.2. si attiene alle modalità aziendali della erogazione per i farmaci, le apparecchiature elettromedicali e i presidi necessari all'attività domiciliare.</p>

ALLEGATO 2 “REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI”

Critero 4. *Competenze del personale*, per assicurare il possesso, l’acquisizione e il mantenimento da parte del personale delle conoscenze e abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività, in quanto “L’organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”

Requisito disciplinare AC	L’Erogatore:
4.1 AC: Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	4.1.1. garantisce l’individuazione di un responsabile della formazione; 4.1.2. garantisce la definizione di un piano annuale di formazione che preveda la rilevazione dei fabbisogni formativi, la programmazione delle attività formative, la valutazione dell’efficacia delle stesse e della soddisfazione da parte del personale; 4.1.3. cura la formazione negli ambiti specifici richiamati ai punti 4.2 (nuovo personale), 6.2 (procedure), 8.1 (umanizzazione);
4.2 AC: Inserimento e addestramento di nuovo personale	4.2.1. mette in atto un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il nuovo personale; 4.2.2. formalizza e mette in atto un processo per la valutazione dell’idoneità al ruolo dei neo assunti; 4.2.3. adotta e mette in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale per il nuovo personale entro il 1° anno; 4.2.4. prevede una valutazione dell’efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento;
4.3 AC: Valutazione del personale	4.3.1. elabora un piano di valutazione periodico (annuale) del personale che tenga conto delle capacità relazionali e di comunicazione e delle competenze tecniche nell’ottica del miglioramento del servizio e della crescita professionale.

Critero 5. *Comunicazione*, nella consapevolezza che una buona comunicazione e relazione tra professionisti e con i pazienti costituisce garanzia di allineamento ai comportamenti professionali attesi e di partecipazione dei pazienti alle scelte di trattamento, in quanto “Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nell’erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”

Requisito disciplinare AC	L’Erogatore:
5.1 AC: Modalità di comunicazione interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori	5.1.1. mette in atto meccanismi operativi che favoriscano la comunicazione tra gli operatori del servizio e azioni per un eventuale miglioramento, anche con la programmazione e l’effettuazione di regolari riunioni di <i>equipe</i> ;
5.2 AC: Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l’organizzazione	5.2.1. effettua indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori; 5.2.2. facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità;
5.3 AC: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver	5.3.1. attua una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/ <i>caregiver</i> ; 5.3.2. definisce, attua e documenta procedure di informazione alla persona assistita e ai suoi familiari/ <i>caregiver</i> sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle complicanze e dei rischi correlati all’assistenza (infezioni, cadute, ecc.), sulla somministrazione della terapia e sulla gestione di dispositivi, protesi e ausili;
5.4 AC: Coinvolgimento delle persone assistite, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico - assistenziali	5.4.1. adotta modalità operative finalizzate a preservare e favorire i rapporti fiduciosi tra le persone assistite e gli operatori anche contenendo il <i>turn over</i> del personale; 5.4.2. garantisce che la persona assistita e i familiari/ <i>caregiver</i> siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale; 5.4.3. garantisce che venga prevista una rivalutazione periodica del Piano di assistenza individuale (PAI), condivisa con le persone assistite, i familiari/ <i>caregiver</i> e il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta; 5.4.4. mette in atto un sistema per la valutazione dell’efficacia delle modalità di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/ <i>caregiver</i> anche mediante l’utilizzo dei dati derivanti dalla gestione dei reclami e dall’elaborazione degli esiti della rilevazione su soddisfazione ed esperienza degli utenti;
5.5 AC: Modalità di ascolto delle persone assistite	5.5.1. prevede un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/ <i>caregiver</i> , le cui conclusioni sono riportate nel fascicolo sanitario domiciliare; 5.5.2. acquisisce il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) del paziente in conformità alla normativa vigente e secondo le procedure approvate dall’Azienda sanitaria di riferimento; 5.5.3. prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell’esperienza degli assistiti (<i>Customer satisfaction</i>) anche in funzione delle disposizioni regionali.

ALLEGATO 2 "REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI"

Critero 6 Appropriatazza clinica e sicurezza, in quanto l'efficacia, appropriatazza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure, ed è necessario garantire che la struttura attui processi sistematici e metta a disposizione strumenti per supportare le proprie articolazioni nell'adozione delle pratiche migliori, in quanto "L'efficacia, l'appropriatazza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati"

Requisito disciplinare AC	L'Erogatore:
6.1 AC: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche	6.1.1. applica tutti i protocolli, le procedure di buona pratica professionale e le istruzioni operative presenti nell'Azienda sanitaria di riferimento, formulati secondo i principi della <i>Evidence based Practice (EBP)</i> , corredati di indicatori di esito; 6.1.2. garantisce l'accessibilità del personale alla raccolta aggiornata di regolamenti interni, linee guida e documenti di riferimento nazionali e internazionali;
6.2 AC: Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure	6.2.1. applica procedure operative uniformi sulla base delle attività svolte, formulate attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura e azioni sistematiche di verifica della qualità e sicurezza, nonché alle indicazioni regionali e aziendali, almeno per l'esecuzione delle principali manovre strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso, quali: <ul style="list-style-type: none">○ prevenzione e gestione delle lesioni da pressione,○ prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione,○ prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio),○ somministrazione delle terapie farmacologiche,○ somministrazione della terapia trasfusionale,○ valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale,○ gestione di cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici e cateteri venosi,○ valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario; 6.2.2. garantisce il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale);
6.3 AC: Programma per la gestione del rischio clinico	6.3.1. elabora sulla base della valutazione del rischio, già prevista nei requisiti per l'autorizzazione (punto 3.2.4), il <i>piano per la gestione del rischio clinico</i> , che deve essere rivalutato in sede di rilascio e di rinnovo dell'accreditamento, in cui vengono definiti gli obiettivi, le attività per la riduzione dei rischi e gli indicatori per il monitoraggio, 6.3.2. definisce le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico.

ALLEGATO 2 “REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI”

Critero 7 Processi di miglioramento ed innovazione, con governo delle azioni di miglioramento, adozione di innovazioni tecnologiche e organizzativo-professionali e facilitazione della ricerca clinica e organizzativa per adattarsi a contesti nuovi, assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili, in quanto “Il governo delle azioni di miglioramento, dell’adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità dell’organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili”;

Requisito disciplinare AC	L’Erogatore:
7.1 AC: Progetti di miglioramento	7.1.1. definisce, formalizza e diffonde a tutto il personale il programma annuale per il miglioramento della qualità dei servizi e della sicurezza, comprensivo dei relativi indicatori.
7.2 AC: Adozione di iniziative di innovazione	7.2.1. predispone strumenti adeguati, che consentono di acquisire e, quindi, utilizzare le innovazioni tecnologiche e organizzative previste dall’Azienda sanitaria di riferimento, compresa la Telemedicina, nell’ottica di un costante miglioramento qualitativo dei servizi erogati e tenendo conto anche dei fabbisogni emergenti nell’ambito dell’ <i>equipe</i> curante.

Critero 8 Umanizzazione, al fine di rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, in quanto “L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture”.

Requisito disciplinare AC	L’Erogatore:
8.1 AC: Programmi per l’umanizzazione delle cure	8.1.1. garantisce la presenza di una costante formazione del personale centrata sulla qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari/ <i>caregiver</i> nonché sulle abilità procedurali di <i>counseling</i> (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di “cattive notizie”); 8.1.2. attua modalità concordate con l’Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili; 8.1.3. vigila affinché il personale operi nel rispetto della dignità delle persone assistite tenendo conto delle differenti esigenze correlate ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, e anche delle specificità religiose e culturali.