

**MANUALE DEI REQUISITI DI
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE
PER LE ATTIVITA'
DI CURE DOMICILIARI**

INTRODUZIONE AL MANUALE DI ACCREDITAMENTO

DEFINIZIONI

- **Accreditamento istituzionale**

ai sensi dell'art. 16 della Legge Regionale 18/2008 si definisce Accreditamento istituzionale *il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private già autorizzate l'idoneità a essere potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio sanitario nazionale (SSN) e del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*

Criteri

sono dimensioni della qualità individuati nell'accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 e nella Conferenza Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015, di seguito esplicitati:

- 1) attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie
- 2) prestazioni e servizi
- 3) aspetti strutturali
- 4) competenze del personale
- 5) comunicazione
- 6) appropriatezza clinica e sicurezza
- 7) processi di miglioramento e innovazione
- 8) umanizzazione

- **Cure domiciliari**

Così come definite all'art. 22 del D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 (LEA).

Sono escluse dal presente atto le cure palliative domiciliari e la terapia del dolore domiciliare.

- **Organizzazione**

Unità erogativa pubblica o privata per la quale il titolare chiede l'autorizzazione alla realizzazione o all'esercizio o l'accREDITAMENTO.

- **OTA**

Organismo Tecnicamente Accreditante, previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 e dalla Conferenza Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015, e disciplinato dal Decreto Commissario ad acta n. 27 del 20 aprile 2020, al quale spetta il compito, nell'ambito del processo di accREDITAMENTO, di effettuare la valutazione tecnica necessaria ai fini dell'accREDITAMENTO.

- **Requisiti**

Sono i fattori di qualità che devono essere posseduti ai fini dell'ottenimento dell'accREDITAMENTO, riguardano i processi dell'erogazione delle prestazioni e le diverse dimensioni della qualità.

- **Progetto (o Piano) Individuale**

Il Progetto/piano individuale è il progetto che viene redatto in seguito alla valutazione dei bisogni integrati dell'assistito, sia sociali che sanitari.

AMBITO DI APPLICAZIONE

La L.R. n. 18/2008 disciplina l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati. In particolare, stabilisce che nel rispetto e in attuazione dei principi individuati dalla normativa statale vigente in materia, disciplina, con riferimento alle strutture e ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, compresi quelli domiciliari e di segreteria sociale:

- a) le autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio;
- b) l'accreditamento istituzionale;
- c) gli accordi contrattuali".

La medesima Legge regionale all'art. 16 dispone che:

- 1) l'accreditamento viene concesso ai soggetti già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio subordinatamente alla sussistenza delle seguenti condizioni:
 - a) coerenza delle funzioni svolte con gli indirizzi della programmazione regionale;
 - b) rispondenza ai requisiti ulteriori individuati da provvedimenti emanati dalla giunta regionale;
 - c) verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti.
- 2) In attuazione dell'art. 8-quater del decreto legislativo e dell'art. 12 della legge regionale n. 9 del 1° aprile 2005 la giunta regionale stabilisce:
 - a) i criteri per il calcolo del fabbisogno di attività sanitarie e socio-sanitarie per le quali può essere rilasciato l'accreditamento;
 - b) i requisiti ulteriori richiesti per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private;
 - c) le modalità di dettaglio per il rilascio dell'accreditamento.
- 3) Il fabbisogno di attività sanitarie e socio-sanitarie e' definito periodicamente dalla Regione in base agli indirizzi della pianificazione sanitaria, in rapporto a specifici settori di attività e ambiti territoriali, sulla base di apposita valutazione tecnica della A.S.Re.M.

OBIETTIVI

L'introduzione del sistema di accreditamento anche per l'erogazione di CD consente di disporre, a livello regionale, non solo di uno strumento regolatorio, ma anche di uno strumento a garanzia dell'omogeneità dei livelli di qualità delle CD. A tal fine è stato sviluppato un sistema uniforme di requisiti per l'accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private autorizzate all'esercizio delle CD, per recepire l'intesa Stato-Regioni, armonizzandolo ai principi ispiratori ed al modello dell'accreditamento delle strutture regionali.

IL PERCORSO AMMINISTRATIVO

Lo svolgimento del percorso di accreditamento si sviluppa nel rispetto delle norme di cui al Capo III della Legge Regionale 18/2008 e si attiva dalla presentazione di istanza di Accreditamento da parte delle organizzazioni pubbliche e private autorizzate all'esercizio delle CD.

La struttura Regionale competente procede all'istruttoria amministrativa della domanda, verifica la funzionalità rispetto al fabbisogno di assistenza, attiva le verifiche da parte dell'OTA, e predispone l'atto di accreditamento istituzionale dell'organizzazione pubblica e privata richiedente.

Un sistema di monitoraggio costante, che valuta l'implementazione delle evidenze (items), permette di valutare le azioni di miglioramento individuate e di verificare che abbiano raggiunto i risultati desiderati; questo consente di mantenere attivo l'Accreditamento, superando la mera applicazione burocratica, a favore di un percorso di miglioramento continuo.

DURATA, RINNOVO, TRASMISSIBILITA'

Ai sensi dell'art. 17, comma 8 e comma 9, della Legge Regionale 8/2008 e ss.mm.ii. *"L'accREDITamento ha validità triennale e può essere rilasciato anche con prescrizioni, se le difformità riscontrate non riguardano requisiti che incidono sulla sicurezza di utenti e operatori. In tale caso il provvedimento stabilisce il termine entro il quale si provvede alla verifica"*.

Non è previsto il rinnovo tacito.

I soggetti accreditati, con cadenza triennale, ed almeno sei mesi prima della scadenza del triennio, inviano alla competente struttura della Regione una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti.

L'accREDITamento non è trasmissibile.

Ai sensi dell'art. 12 bis della Legge Regionale n. 18 del 24 giugno 2008 e ss.mm.ii. *"L'accREDITamento istituzionale è trasmissibile, previo assenso della struttura competente della Regione, che provvede alla relativa voltura, in caso di trasferimento, in qualsiasi forma, della struttura ad un soggetto diverso da quello accreditato, ferme restando le condizioni ed il possesso dei requisiti per l'accREDITamento istituzionale di cui all'articolo 16 della presente legge"*.

La scadenza dell'accREDITamento viene calcolata a partire dalla data di rilascio del Decreto di AccREDITamento.

A seguito dell'istanza di rinnovo presentata dall'organizzazione, l'OTA effettua il sopralluogo per la verifica del mantenimento dei Requisiti

MODULISTICA PER L'ACCREDITAMENTO E PER IL RINNOVO

L'istanza per la **richiesta dell'accREDITamento** si compone della seguente documentazione:

- a. Domanda di Accredimento di cui al presente Manuale
- b. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, relativa al possesso dei requisiti generali e specifici, considerati come livello essenziale per l'accREDITamento, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000;
- c. dichiarazione dei servizi/prestazioni alla persona esternalizzati;
- d. copia dell'autorizzazione all'esercizio rilasciata dalla Regione Molise;
- e. documento di identità in corso di validità del legale rappresentante;
- f. schede dei Requisiti (ALLEGATO 2A), di cui al presente Manuale, sottoscritte e autodichiarate (art. 46 e 47 del DPR 445/2000).

L'istanza per la **richiesta di rinnovo dell'accREDITamento** si compone della seguente documentazione:

- a. domanda di Rinnovo di Accredimento di cui al presente Manuale;
- b. dichiarazione sostitutiva di atto notorio, relativa al possesso dei requisiti generali e specifici, considerati come livello essenziale per l'accREDITamento, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000;
- c. schede requisiti (ALLEGATO 2A) di cui al Manuale vigente sottoscritte e autodichiarate (art. 46 e 47 del DPR 445/2000);
- d. copia dell'autorizzazione all'esercizio rilasciata dalla Regione Molise;
- e. copia del Decreto di Accredimento Istituzionale rilasciato dalla Regione Molise;
- f. documento di identità in corso di validità del legale rappresentante e dei soggetti interessati;
- g. per le strutture già convenzionate, Accordo contrattuale/Convenzione;

**DOMANDA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI
DI LIVELLO BASE DI I - II - III LIVELLO**

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a a (.....) il

Residente a (.....)

Via/Piazza n.....

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tell/Cell posta elettronica.....

nella sua qualità di: *(indicare la corretta ragione sociale del soggetto giuridico)*

☐ Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PRIVATA

☐ Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PUBBLICA

del soggetto giuridico di seguito individuato:

Ragione Sociale..... Con Sede Legale in

Via/Piazza..... n. Comune di..... (.....)

CAP Forma Giuridica

Partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(in caso di assenza della partita IVA, indicare il Codice Fiscale dell'organizzazione)

PEC.....

E-Mail

Recapito telefonico

CHIEDE

L'accreditamento istituzionale

per l'organizzazione denominata _____

con sede nel Comune di _____

Via/Piazza _____ n. ____ Int ____

Catasto Fabbricati: Foglio _____ Part.Ila _____ Sub _____ Categoria _____

che eroga CURE A DOMICILIO

COMUNICA

- di essere in possesso di autorizzazione all'esercizio delle attività di cure domiciliari, rilasciata dalla Regione Molise con provvedimento n..... del.....;

A TAL FINE

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000. Le dichiarazioni sono rese sia dal legale rappresentante che dal Direttore/Responsabile per quanto di competenza:

DICHIARA

- che la struttura possiede i requisiti di accreditamento, in conformità a quanto previsto nel vigente Manuale di Accreditamento, relativi al livello BASE.
- di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione va resa;
- di essere a conoscenza che l'accertamento del mancato possesso anche di una sola evidenza del tipo II e III autodichiarata comporterà, previa diffida, la revoca dell'accreditamento di base, nonché:
 - per le organizzazioni private, la comunicazione al committente pubblico per gli effetti relativi all'elenco degli inseribili a contrattualizzazione con il SSR;
 - per le organizzazioni pubbliche, la sospensione delle attività e la comunicazione alla struttura regionale competente per la procedura di cui all'art. 3-bis del D.Lgs 502/1992, ai fini della decadenza dal ruolo del responsabile;
- di essere a conoscenza della improcedibilità della richiesta di accreditamento e della sospensione/revoca del riconoscimento derivanti dalla non veridicità di uno o più punti della dichiarazione resa, accertata ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.;
- di essere a conoscenza, inoltre, che la Regione Molise provvederà agli adempimenti previsti dalla legge nei casi di presentazioni di dichiarazioni non veritiere alla P.A.;

Firma del Legale Rappresentante

Data ____/____/____

Firma per esteso

Il/I sottoscritto/i dichiara/no inoltre, ai sensi dell'art. 13 e art. 23 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii., di essere informato/i che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data ____/____/____

Firma del Legale Rappresentante

Firma per esteso

DOMANDA DI RINNOVO ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI DI LIVELLO BASE

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a a (.....) il

Residente a (.....)

Via/Piazza n.....

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tell/Cell posta elettronica.....

nella sua qualità di: *(indicare la corretta ragione sociale del soggetto giuridico)*

☐ Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PRIVATA Legale

☐ Rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PUBBLICA

del soggetto giuridico di seguito individuato:

Ragione Sociale

Con Sede Legale in Via/Piazza n.

Comune di (.....) CAP

Forma Giuridica

Partita IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(in caso di assenza della partita IVA, indicare il Codice Fiscale dell'organizzazione)

PEC

E-mail.....

Recapito telefonico

CHIEDE

Il **RINNOVO dell'accreditamento istituzionale** rilasciato ai sensi _____
con decreto n. _____ del _____
per l'organizzazione denominata _____
con sede nel Comune di _____
Via/Piazza _____ n. _____ Int _____
che eroga cure domiciliari integrate di livello base

COMUNICA

- di essere in possesso di Accredimento Istituzionale dell'attività di cure domiciliari, rilasciata dalla Regione Molise con provvedimento n. del.....;

A TAL FINE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che la struttura possiede i requisiti di accreditamento, in conformità a quanto previsto nel vigente Manuale di Accredimento, relativi al livello BASE;

inoltre, DICHIARA

- di essere a conoscenza che l'accertamento del mancato possesso anche di una sola evidenza autodichiarata, comporterà, previa diffida, la revoca dell'accreditamento di livello Base, nonché:
 - per le strutture private, la comunicazione al committente pubblico per gli effetti relativi all'elenco degli inseribili a contrattualizzazione con il SSR;
 - per le strutture pubbliche, la sospensione delle attività e la comunicazione alla struttura regionale competente per la procedura di cui all'art. 3 bis del D.Lgs. 502/1992, ai fini della decadenza del ruolo del responsabile.
- di essere a conoscenza della improcedibilità della richiesta di accreditamento e della sospensione/revoca del riconoscimento derivanti dalla non veridicità di uno o più punti della dichiarazione resa, accertata ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii.;
- di essere a conoscenza, inoltre, che la Regione Marche provvederà agli adempimenti previsti dalla legge nei casi di presentazioni di dichiarazioni non veritiere alla P.A.;

Data ____/____/____

Firma del Legale Rappresentante

Firma per esteso



Il/I sottoscritto/i dichiara/no inoltre, ai sensi dell'art. 13 e art. 23 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii., di essere informato/i che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data ____/____/____

Firma del Legale Rappresentante

Firma per esteso

ALLEGATO 2A

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LE ATTIVITA' DI CURE DOMICILIARI

COD regionale	COD nazionale	REQUISITO	POSSIBILI EVIDENZE		
Criterio 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"				Autovalut. a cura della struttura	Verifica OTA
	01.1	Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto			
RM. AC.1.1	1.1.1 AM	L'Organizzazione che eroga cure domiciliari definisce 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; si raccorda 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.	Piano triennale, documento di obiettivi, programmazione e pianificazione Documento descrittivo delle modalità di relazioni (relazioni da esplicitarsi in base agli accordi contrattuali)		
	01.2	Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali			
RM. AC.1.2	1.2.1 AM	L'Organizzazione che eroga cure domiciliari 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.	Documento descrittivo delle modalità di relazioni (relazioni da esplicitarsi in base agli accordi contrattuali)		
	01.3	Definizione delle responsabilità			
RM. AC.1.3	1.3.1 AM	L'Organizzazione che eroga cure domiciliari: definisce il proprio organigramma /funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni 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.	Organigramma, funzionigramma, matrice delle responsabilità, mappatura delle competenze		

RM. AC.1.3.2		Definisce le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale elabora e adotta un regolamento del personale.	Regolamento del personale Riesame dell'organizzazione		
	01.4	Presa in carico del paziente			
RM. AC.1.4	1.4.1 AM	L'Organizzazione che eroga cure domiciliari: - adotta strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti, secondo normativa vigente e indicazioni regionali - 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 - garantisce che il Piano di Assistenza Individuale sia puntualmente aggiornato dall'equipe di cura in relazione alla modifica dei bisogni e che contenga come minimo quanto previsto al requisito di autorizzazione 3.2.5 "Procedure scritte sul percorso di cura" - verifica che le attività previste vengano effettuate.	Procedura di descrizione degli Strumenti di valutazione Modalità documentata di registrazione della valutazione Rapporto di UVMD Documento che descriva le modalità di presa in carico Report di verifica delle attività svolte tramite disamina della documentazione sanitaria		
	01.5	Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)			
RM. AC.1.5	1.5.1 AM	L'Organizzazione che eroga cure domiciliari: - adotta , coerentemente con quanto previsto dall'art.22 - DPCM 12 gennaio 2017 in merito ai livelli di intensità assistenziale, il fascicolo sanitario domiciliare 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 "Documentazione sanitaria": 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; - garantisce la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del diario assistenziale che deve contenere, in conformità con il requisito autorizzativo 3.2.6 "Documentazione sanitaria", la parte della valutazione, della pianificazione, i tempi di durata del PAI e le modalità di verifica, le modalità di dimissione, la tracciabilità degli	Cartella clinica Domiciliare integrata e interoperabile con il FSE Giornale Assistenziale Sintesi del PAI periodicamente aggiornata		

		operatori che hanno effettuato valutazioni e prestazioni, secondo le indicazioni regionali; - 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; - assicura il tempestivo aggiornamento della documentazione presente al domicilio del paziente; - assicura la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività e prestazioni erogate; - attua le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIAD-NSIS), laddove previsto; - 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.			
	01.6 AM	Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi			
RM. AC.1.6	1.6.1 AM	L'Organizzazione che eroga cure domiciliari: - 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; - il piano per il miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi; - relaziona annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi e relativi esiti.	Piano annuale della qualità, con obiettivi, attività e indicatori per monitoraggio e verifica Procedura raccolta segnalazioni/reclami/disservizi e modalità di analisi		
COD regionale	COD nazionale	REQUISITO	POSSIBILI EVIDENZE		
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"				Autovalut. a cura della struttura	Verifica OTA
	2.1 AM	Tipologia di prestazioni e di servizi erogati			
RM. AC.2.1	2.1.1 AM	L'Organizzazione: - 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);			

		- definisce, sulla base delle indicazioni regionali e aziendali, una Carta dei servizi (in conformità al requisito autorizzativo 3.2.1 "Tipologia di prestazioni e di servizi erogati") 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; - aggiorna la Carta dei Servizi periodicamente e ogni qualvolta intervengano modifiche sostanziali nell'erogazione dei servizi.	Carta di servizi aggiornata che esplicita organizzazione, tipologia di cure erogate, modalità di accesso e attivazione delle CD, la gestione delle urgenze, modalità e tempistiche di accesso alla documentazione sanitaria		
	2.2 AM	Eleggibilità e presa in carico dei pazienti			
RM. AC.2.2	2.2.1 AM	L'Organizzazione: 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 assicurato il coinvolgimento degli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel PAI; garantisce la presa in carico degli assistiti secondo le indicazioni regionali e aziendali anche in merito ad eventuali criteri prioritari per l'accesso; adotta, a tal fine, procedure per la gestione dei percorsi e la definizione delle responsabilità; adotta un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria.	Procedure di descrizione dei percorsi con definizione delle responsabilità Report di presa in carico		
COD regionale	COD nazionale	REQUISITO	POSSIBILI EVIDENZE		
	2.3 AM	Continuità assistenziale			
RM. AC.2.3	2.3.1 AM	L'Organizzazione: - assicura la continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nei PAI; - garantisce la copertura delle cure con la loro distribuzione su 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per le cure domiciliari di base	Verifica di attuazione del PAI Programmazione degli accessi, copertura oraria		

		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 "Garanzia attività" dei requisiti autorizzativi ed alle indicazioni regionali; - 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; - garantisce, in particolare, anche con riferimento a dimissioni protette, che: 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, integrati con il fascicolo sanitario elettronico, b) la documentazione sanitaria della persona assistita sia a disposizione degli operatori coinvolti nel PAI, anche attraverso il fascicolo sanitario elettronico.	Presenza del referente del caso nel diario domiciliare e nei documenti clinici Procedure di descrizione dei passaggi di consegne in trasferimenti e dimissioni Evidenza in cartella clinica domiciliare dei passaggi di consegne Procedure di condivisione della documentazione sanitaria		
	02,4	Monitoraggio e valutazione			
RM. AC.2.4	2.4.1 AM	L'Organizzazione: - 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; - 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; - mette in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate; - 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; - adotta modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività.	Report di analisi di near misses, incidenti, eventi avversi Segnalazione degli eventi avversi sul portale regionale Documento di analisi dei servizi e delle attività erogate Adozione di piani di miglioramento		

	2.5 AM	Modalità di gestione della documentazione sanitaria			
RM. AC.2.5	2.5.1 AM	L'Organizzazione: - adotta procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo; - analizza i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive; - formalizza e attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria. - formalizza e attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.	Procedura di gestione della documentazione sanitaria, con riferimento alla redazione, aggiornamento, verifica, sicurezza di accesso e modalità di tenuta Analisi periodica della valutazione della documentazione sanitaria		
COD regionale	COD nazionale	REQUISITO	POSSIBILI EVIDENZE		
Criterio 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"				Autovalut. a cura della struttura	Verifica OTA
	3.1	Idoneità all'uso delle strutture (sede operativa e relative caratteristiche)			
RM. AC.3.1	3.1.1 AM	L'Organizzazione: - dispone di una sede operativa sita nel territorio della Azienda sanitaria nella quale si esercita l'attività domiciliare; - è dotata di una segreteria operativa che garantisca la continuità del servizio, in coerenza con quanto previsto al punto 3.2.2 "Garanzia attività" dei requisiti autorizzativi; - 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); - assicura la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro.	Sede operativa all'interno dell'azienda sanitaria, segreteria operativa con continuità di servizio		

	3.2	Contattabilità telefonica			
RM. AC.3.2	3.2.1 AM	L'Organizzazione garantisce: - 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.	Linea telefonica dedicata per assistiti, inventario dei telefoni degli operatori e relative caratteristiche tecniche		
	3.3	Dotazioni Informatiche			
RM. AC.3.3	3.3.1 AM	L'Organizzazione garantisce la presenza nella sede operativa di una dotazione informatica con: - personal computer dedicati all'attività; almeno una stampante dedicata all'attività; - una connessione internet ; - 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, compatibili ed interoperabili, 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, delle normative vigenti e delle indicazioni regionali.	PC, stampante, contratto di connessione internet, dispositivi tecnologici per la trasmissione da remoto e dispositivi digitali compatibili e interoperabili		
	3.4 AM	Dotazione di materiali sanitari			
RM. AC.3.4	3.4.1 AM	L'Organizzazione: - garantisce la presenza di una dotazione di materiali sanitari in relazione al livello di cure domiciliari da svolgere , come da indicazioni dell'Azienda sanitaria; - si attiene alle modalità aziendali dell'erogazione per i farmaci, le apparecchiature elettromedicali e i presidi necessari all'attività domiciliare.	Procedure di descrizione delle dotazioni coerenti con il livello di cure domiciliari Recepimento di indicazioni aziendali su farmaci, elettromedicali e altri presidi		
COD regionale	COD nazionale	REQUISITO	POSSIBILI EVIDENZE		
Criterio 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"				Autovalut. a cura della struttura	Verifica OTA

	4.1 AM	Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica			
RM. AC.4.1	4.1.1 AM	L'Organizzazione: - garantisce l'individuazione di un responsabile della formazione; - 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; " - cura la formazione negli ambiti specifici richiamati ai punti di accreditamento 4.2 "nuovo personale", 6.2 "procedure", 8.1 "umanizzazione".	Nomina del responsabile della formazione con accettazione Piano annuale della formazione con fabbisogni formativi, programmazione, valutazione dell'efficacia e della soddisfazione		
	4.2 AM	Inserimento e addestramento di nuovo			
RM. AC.4.2	4.2.1 AM	L'Organizzazione: - mette in atto un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il nuovo personale; - formalizza e mette in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti; - adotta e mette in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale per il nuovo personale entro il 1° anno; - prevede una valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento.	Procedura di inserimento e affiancamento del neoassunto, con formalizzazione della valutazione dell'idoneità Formazione strutturata per rischio clinico ed occupazionale Valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento Eventuali piani di miglioramento		
	4.3	Valutazione del personale			
RM. AC.4.3	4.3.1 AM	L'Organizzazione 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. Garantisce la presenza di evidenze delle attività di formazione.	Valutazione periodica annuale del personale con valutazione delle competenze relazionali, di comunicazione e tecniche		
COD regionale	COD nazionale	REQUISITO	POSSIBILI EVIDENZE		
Criterio 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"				Autovalut. a cura della struttura	Verifica OTA

	5.1	Modalità di comunicazione interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori			
RM. AC.5.1	5.1.1 AM	L'Organizzazione 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 équipe.	Procedura di comunicazione interna Verbal di riunione		
	5.2	Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione			
RM. AC.5.2	5.2.1 AM	L'Organizzazione: - effettua indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori; - facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità.	Valutazione clima interno Verbal di riunioni		
	5.3 AM	Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver			
RM. AC.5.3	5.3.1 AM	L'Organizzazione: - attua una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/caregiver; - definisce, attua e documenta procedure di informazione alla persona assistita e ai suoi familiari/caregiver 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; - mette in atto attività di monitoraggio delle attività di cui sopra; - programma momenti di incontro dell'équipe per la valutazione dei risultati dei sistemi di monitoraggio (verbal).	Procedura di comunicazione esterna Registrazione dell'informazione, in relazione al rischio clinico, all'utente, famigliari/caregiver nella cartella domiciliare Documentazione per l'utenza		
	5.4 AM	Coinvolgimento delle persone assistite, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali			
RM. AC.5.4	5.4.1 AM	L'Organizzazione: - adotta modalità operative finalizzate a preservare e favorire i rapporti fiduciari tra le persone assistite e gli operatori anche contenendo il turn over del personale; - garantisce che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale; - garantisce che venga prevista una rivalutazione periodica del Piano di assistenza	Procedura di gestione del PAI Rendicontazione dell'attività degli operatori nel diario domiciliare Documento di analisi della gestione reclami e soddisfazione utenti		

		individuale (PAI), condivisa con le persone assistite, i familiari/caregiver e il Medico di Medicina generale o il Pediatra di libera scelta; - mette in atto un sistema per la valutazione dell'efficacia delle modalità di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/caregiver anche mediante l'utilizzo dei dati derivanti dalla gestione dei reclami e dall'elaborazione degli esiti della rilevazione su soddisfazione ed esperienza degli utenti; - svolge attività di monitoraggio e reportistica delle attività di cui sopra.			
	5.5 AM	Modalità di ascolto delle persone assistite			
RM. AC.5.5	5.5.1 AM	L'Organizzazione: - prevede un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/caregiver, le cui conclusioni sono riportate nel fascicolo sanitario domiciliare; - 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; - prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (Customer satisfaction) anche in funzione delle disposizioni regionali.	Evidenza nel fascicolo sanitario domiciliare Customer satisfaction		
COD regionale	COD nazionale	REQUISITO	POSSIBILI EVIDENZE		
Criterio 6 Appropriatelyzza clinica e sicurezza, in quanto l'efficacia, appropriatelyzza 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'appropriatelyzza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati"				Autovalut. a cura della struttura	Verifica OTA
	6.1 AM	Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche			
RM. AC.6.1	6.1.1 AM	L'Organizzazione: - 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 Evidence Based Practice (EBP), corredati di indicatori di esito; - garantisce l'accessibilità del personale alla raccolta aggiornata di regolamenti interni, linee guida e documenti di riferimento nazionali e internazionali.	Procedure operative basate su EBP (non valutabile in primo accreditamento) Evidenza di aggiornamento della documentazione e modalità di messa a disposizione		

	6.2 AM	Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure			
RM. AC.6.2	6.2.1 AM	L'Organizzazione: - 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: 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; - garantisce il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale).	Procedure operative aggiornate almeno ogni tre anni Evidenza di applicazione in cartella clinica		
	06.3	Programma per la gestione del rischio clinico			
RM. AC.6.3	6.3.1 AM	L'Organizzazione: - elabora sulla base della valutazione del rischio, già prevista nei requisiti per l'autorizzazione (punto 3.2.4 "Gestione del Rischio Clinico (RC)"), il piano per la gestione del rischio clinico, 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; - definisce le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico. Rivalutazione del documento del rischio clinico, report sul raggiungimento degli obiettivi e monitoraggio degli indicatori.	Piano di gestione del rischio		
COD regionale	COD nazionale	REQUISITO	POSSIBILI EVIDENZE		

Criterio 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”				Autovalut. a cura della struttura	Verifica OTA
	7.1	Progetti di miglioramento			
RM. AC.7.1	7.1.1 AM	L'Organizzazione 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.	Piano annuale della qualità e sicurezza		
	7.2 AM	Adozione di iniziative di innovazione			
RM. AC.7.2	7.2.1 AM	L'Organizzazione 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'équipe curante.	Recepimento delle indicazioni dell'azienda sanitaria di riferimento sulle innovazioni tecnologiche e organizzative previste		
COD regionale	COD nazionale	REQUISITO	POSSIBILI EVIDENZE		
Criterio 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”.				Autovalut. a cura della struttura	Verifica OTA
	8.1	Programmi per l'umanizzazione delle cure			
RM. AC.8.1	8.1.1 AM	L'Organizzazione: - garantisce la presenza di una costante formazione del personale centrata sulla qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari/ caregiver nonché sulle abilità procedurali di counseling (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di “cattive notizie”); - attua modalità concordate con l'Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili; - 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.	Formazione su relazione e counselling Procedura condivisa con la Azienda sanitaria sulle modalità di supporto psicologico Riferimento alle differenti esigenze dei pazienti in documentazione informativa e sanitaria, e nello strumento di valutazione della Customer satisfaction		