



## Giunta Regionale della Campania

### DECRETO DIRIGENZIALE

DIRETTORE GENERALE/  
DIRIGENTE UFFICIO/STRUTTURA

Avv. Postiglione Antonio

DIRIGENTE UNITA' OPERATIVA DIR. / DIRIGENTE  
STAFF

Dott.ssa Gentile Simona

DECRETO N°	DEL	DIREZ. GENERALE / UFFICIO / STRUTT.	UOD / STAFF
<b>1094</b>	<b>05/12/2024</b>	<b>4</b>	<b>0</b>

Oggetto:

***Integrazione degli strumenti di verifica del possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento per le attività sanitarie e socio-sanitarie. Predisposizione Check list per la verifica del possesso dei requisiti delle organizzazioni individuate per l'assistenza domiciliare di cui alla DGRC n. 21 del 17.01.2023 e ss.mm.ii. Provvedimenti***

	Data registrazione	
	Data comunicazione al Presidente o Assessore al ramo	
	Data dell'invio al B.U.R.C.	
	Data invio alla Dir. Generale per le Risorse Finanziarie (Entrate e Bilancio)	
	Data invio alla Dir. Generale per le Risorse Strumentali (Sist. Informativi)	

PREMESSO che

- a) l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. n. 259/CSR) recante: "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento in attuazione dell'art 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute 2010-2012 (Rep. Atti n.243/CSR del 3 dicembre 2009), nel rivedere la normativa sull'accreditamento, disciplina le modalità di funzionamento degli "Organismi Tecnicamente Accreditanti (O.T.A.)" al fine di uniformare il sistema di autorizzazione/accreditamento delle strutture a livello nazionale;
- b) l'Intesa Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015 (Rep. Atti n.32/CSR del 19 dicembre 2015: "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie"
- c) con DCA n.55 del 5.07.2018, modificato e integrato con DCA n.22 del 05.02.2019, la Regione Campania ha regolamentato il nuovo sistema di accreditamento ed ha istituito l'O.T.A. "*cui spetta il compito, nell'ambito del processo di accreditamento, delle verifiche e dell'effettuazione della valutazione tecnica necessaria ai fini dell'accreditamento istituzionale*" al fine di attivare, altresì, tutte le operazioni connesse alle competenze dei valutatori sulla base della preventiva programmazione delle attività;
- d) con DCA n. 51 del 4 luglio 2019 i requisiti ulteriori generali per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie, in conformità a quanto stabilito dalle citate Intese Stato-Regioni, sono stati aggiornati ed integrati rispetto a quelli disciplinati nei Regolamenti nn. 3 del 31 luglio 2006 e 1 del 22 giugno 2007;
- e) con DGRC n. 165 del 6 aprile 2022 sono stati stabiliti i requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni di lungodegenza e riabilitazione in regime di ricovero;
- f) con DGRC n. 166 del 6 aprile 2022 come successivamente modificata con DGRC n. 169 del 4.4.2023 e DGRC n. 269 del 16 maggio 2023 sono stati stabiliti i requisiti ulteriori specifici per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie al fine di aggiornare i requisiti di cui ai regolamenti n. 3/2006 e n.1/2007;
- g) con Decreto Dirigenziale n.179 del 14 maggio 2021, al fine di definire le prime linee organizzative delle attività dell'Organismo Tecnicamente Accreditante, è stato approvato il documento ad oggetto "Modalità di Gestione dei TEAM di Verifica e delle relative attività di verifica del possesso dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private";
- h) con legge 5 agosto 2022, n. 118 è stato novellato l'art. 8 -quater , comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 prevedendo che "nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento possa essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza", le cui modalità sono definite con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- i) il Ministero della Salute ha approvato, in data 19 dicembre 2022, il Decreto avente ad oggetto "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie", alle cui disposizioni le Regioni sono tenute ad adeguarsi;
- j) con Deliberazione di Giunta Regionale n. 132 del 21/03/2023 ad oggetto "*Partecipazione ai costi per l'accreditamento regionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie, oneri a carico delle strutture private*" ha approvato il documento recante: "*Oneri per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie private*", è stata determinata la tariffazione del contributo per le verifiche per l'accreditamento istituzionale in relazione alla tipologia di struttura;
- k) con Decreto Dirigenziale n. 284 del 24/05/2023, al fine di ampliare e dettagliare quanto stabilito nel documento sopra citato allegato al D.D. n.179/2021 è stato integrato il manuale operativo per l'organizzazione ed il funzionamento dell'O.T.A., con relativi strumenti standardizzati per la verifica da parte dei team di valutatori dei requisiti ulteriori di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, come di seguito indicati:
  - allegato A) il "Manuale operativo dell'Organismo Tecnicamente Accreditante";
  - allegato B) le "Check list per la verifica dei requisiti ulteriori generali di accreditamento";

- allegato C) le "Check list per la verifica dei requisiti ulteriori specifici di accreditamento";
- l) con Deliberazione di Giunta Regionale n. 291 del 25/05/2023 è stata disciplinata la Procedura per l'inoltro, la gestione delle istanze ed il rilascio/rinnovo/variazione dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie della regione Campania";

#### **RICHIAMATE:**

- a) la DGRC n. 421 del 03/08/2022 ad oggetto:" Recepimento dell'Intesa n. 151/CSR del 4 agosto 2021 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'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178";
- b) la DGRC n. 21 del 17/01/2023 ad oggetto:" DGR 421/2022 (Intesa n. 151/CSR del 4 agosto 2021 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'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178"). Definizione del sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari;
- c) la DGRC n. 71 del 21/02/2023 ad oggetto:" D.G.R.C. n. 21 del 17 gennaio 2023 - Definizione del sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari - Parziale rettifica allegati;
- d) la Deliberazione di Giunta regionale n. 28 del 25/01/2024 (pubblicata in BURC dell'11.03.2024) che ha *approvato* il documento "*Procedura per il rafforzamento del sistema di erogazione delle cure domiciliari, in applicazione alle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal d.m. 77/2022*", ALLEGATO A, che definisce le procedure per rafforzare il sistema di erogazione delle cure domiciliari indicando l'iter amministrativo per qualificare gli erogatori privati che hanno manifestato interesse a partecipare all'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata ammessi alla procedura con i citati decreti direttoriali nn. 554/2023, 743/2023 e 765/2023;

#### **CONSIDERATO CHE**

- Il Documento allegato alla Deliberazione di GRC n. 28/2024 ha previsto, tra l'altro (Il Fase), che
- 1. *Le organizzazioni di cui al Decreto Dirigenziale n.554 del 22/08/2023, così come modificato e integrato con i Decreti dirigenziali n. 743 del 10/11/2023 e n. 765 del 15/11/2023, presentano l'istanza di accreditamento istituzionale alle seguenti condizioni:*
  - a) *aver presentato regolare Segnalazione Certificata di Inizio Attività al Comune dove hanno la sede organizzativa e la sede operativa, e non aver avuto provvedimenti di divieto di prosecuzione dell'attività ovvero di sospensione della stessa;*
  - b) *essere in possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento, definiti nell'Allegato 3 della DGRC 21/2023 ed integrati al successivo punto 4) del presente Allegato.*
- 2. *È demandata alle AA.SS.LL. territorialmente competenti l'attività di verifica del possesso dei requisiti di accreditamento istituzionale previsti nell'Allegato 3 della DGRC n. 21/2023, da svolgersi tramite il Dipartimento di Prevenzione, presso la sede organizzativa e le eventuali sedi operative. Le AA.SS.LL., nella propria autonomia, possono programmare verifiche congiunte e contestuali dei requisiti per l'avvio dell'attività e di accreditamento, restando ferma la necessità di tenere distinte le verifiche del possesso dei diversi requisiti previsti e di preservare l'autonomia dei due procedimenti. Nell'attività di verifica viene garantita la presenza di personale con competenza in materia sociosanitaria";*

#### **DATO ATTO CHE**

- a) con DD n. 257 del 20/03/2024 avente ad oggetto: "*Deliberazione di Giunta regionale n. 28 del 25/01/2024: Approvazione Modulistica*", è stata approvata una modulistica unica e standardizzata per la presentazione della Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA);
- b) con DD n. 486 del 23/05/2024:" *Deliberazione di Giunta Regionale n. 28 del 25/01/2024:*

*Approvazione modulistica accreditamento*” è stata approvata la modulistica per la presentazione della istanza di accreditamento per le cure domiciliari e del possesso dei requisiti di accreditamento per l'erogazione delle cure domiciliari, disponendo che ai sensi della DGRC n. 28/2024, le istanze dovranno essere presentate esclusivamente alla ASL territorialmente competente;

**RILEVATO** che la missione dell'O.T.A. si realizza anche attraverso il compito di garantire il funzionamento del sistema di accreditamento istituzionale regionale, attraverso proposte di aggiornamento dei requisiti di accreditamento in osservanza delle indicazioni nazionali ed europee;

**EVIDENZIATA** la necessità di uniformare la modulistica da utilizzare a supporto delle attività di verifica tecnica relativa al possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento per le cure domiciliari mediante la predisposizione di idonea modulistica utilizzabile nelle predette attività e quindi l'elaborazione di una Check list standardizzata per la verifica dei predetti requisiti;

**VISTA** la *Check list per la verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento per le cure domiciliari*, predisposta dalla UOD 08, in linea con la normativa di settore in premessa richiamata ed in particolare con le disposizioni di cui alla DGRC n. 21 del 17.01.2023, allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

**ACCERTATA** l'assenza di cause di incompatibilità e/o conflitto d'interessi per il Responsabile dell'istruttoria e per il Dirigente firmatario del presente Decreto, ai sensi della Legge anticorruzione e trasparenza (L. n. 190/2013 e D.lgs. 33/2013) e del codice di comportamento dei dipendenti pubblici (Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e DPR 16 aprile 2013, n. 62);

**VISTA** la DGRC N. 370 del 25/07/2024 avente per oggetto “Funzioni dirigenziali. Determinazioni”, con la quale è stato conferito l'incarico di dirigente *ad interim* della UOD 08-Organismo Tecnicamente Accreditante;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla U.O.D. 50 04 08 “Organismo Tecnicamente Accreditante”, nonché della espressa dichiarazione di regolarità resa dal dirigente medesimo;

## **DECRETA**

1. DI APPROVARE l'allegato A) parte integrante e sostanziale del presente atto, denominato *Check list per la verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento per le cure domiciliari*, quale strumento standardizzato per la verifica dei requisiti di accreditamento per l'erogazione delle cure domiciliari, da utilizzarsi in tutte le attività di verifica del possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento per l'assistenza domiciliare;
2. DI TRASMETTERE il presente provvedimento per il seguito di competenza, ai direttori generali delle AA.SS.LL., per gli adempimenti di competenza concernenti le verifiche ai fini dell'accreditamento istituzionale delle cure domiciliari, allo stato attuale posti a carico delle stesse giusta DGRC n. 28/2024; alla UOD 05 per quanto di competenza, al Responsabile per la trasparenza e l'anticorruzione della Regione Campania, nonché all'ufficio competente per la pubblicazione nella sezione Trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania.

POSTIGLIONE



Regione  
Campania

ORGANISMO TECNICAMENTE ACCREDITANTE (O.T.A.)

**CHECK LIST PER LA VERIFICA DEI REQUISITI ULTERIORI DI ACCREDITAMENTO  
PER LE CURE DOMICILIARI**

DENOMINAZIONE STRUTTURA \_\_\_\_\_

SITA IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE \_\_\_\_\_ DISTRETTO \_\_\_\_\_

RICHIEDENTE (Legale rappresentante) \_\_\_\_\_

COORDINATORE DEL TEAM DI VERIFICA \_\_\_\_\_

ALTRI COMPONENTI \_\_\_\_\_

VISITE EFFETTUATE IN DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

<b>Criterion 1. Attuazione di un Sistema di gestione di 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 garanzie 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".</b>			
<b>1.1 AC: MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA E DI SUPPORTO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' definito 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'art. 22 "Cure domiciliari" del DPCM del 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 (MMG) e i Pediatri di libera scelta (PLS), i servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, Infermiere di famiglia e di comunità, la Centrale operativa territoriale;		
<b>1.2 AC: PROGRAMMI PER LO SVILUPPO DI RETI ASSISTENZIALI</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' previsto il coordinamento 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, la rete della terapia del dolore pediatrica;		
<b>1.3 AC: DEFINIZIONE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' definito responsabilità/funzioni; organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni;		
B	E' presente 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;		
C	Sono definite le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale;		
D	E' elaborato e adottato un regolamento del personale;		
<b>1.4 AC: PRESA IN CARICO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	Sono adottati strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti;		
B	E' garantito che il Piano di Assistenza Individuale redatto dall'UVM/UVI ai sensi dell'art.21 del DPCM 12 gennaio 2017, sia pienamente attuato;		
C	E' garantito che il Piano di Assistenza Individuale venga aggiornato secondo quanto stabilito dall'UVM/UVI cura in relazione alla modifica dei bisogni;		
D	Garantisce che il Piano di Assistenza Individuale contenga:		
	a. la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali,		
	b. l'identificazione degli obiettivi di salute,		
	c. la pianificazione delle attività,		
	d. la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare,		
	e. le figure professionali coinvolte e il referente del caso,		
	f. il caregiver della persona assistita,		
g. gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica dei bisogni;			
E	E' verificato che le attività previste vengano effettuate;		
<b>1.5 AC: MODALITÀ E STRUMENTI DI GESTIONE DELLE INFORMAZIONI (SISTEMI INFORMATIVI E DATI)</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' adottato, coerentemente con quanto previsto dall'art.22 del 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:		
	a. il PAI,		
	b. le conclusioni del colloquio di presa in carico,		
	c. elementi di rischio specifici del paziente,		
	d. le attività e prestazioni erogate,		
	e. le rivalutazioni periodiche e i relativi esiti,		
	f. la data e le motivazioni della chiusura del PAI,		
g. il documento di dimissione;			
B	E' garantita la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del fascicolo sanitario domiciliare, con relativo diario assistenziale, in conformità al requisito autorizzativo 3.2.6 AU;		
C	E' assicurata 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;		
D	E' assicurata la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività di prestazioni assistite e delle attività e prestazioni erogate;		
E	Sono attuate le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIAD-NSIS), laddove previsto;		
F	E' garantita la consegna della copia della documentazione sanitaria, alla persona assistita o a chi ne ha diritto, nei tempi garantiti dalle indicazioni nazionali e regionali;		
<b>1.6 AC: MODALITÀ E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' elaborato 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		
B	il piano di miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi;		
C	Viene redatta relazione annuale in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.		

**Critero 2. Prestazioni e servizi, indicando l'offerta delle prestazioni nell'ottica della presa in carico, garantendo, ove necessario, la continuità nell'ambito di PDTA strutturati ed espliciti, in quanto "È 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"**

<b>2.1 AC: TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI E DI SERVIZI EROGATI</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	Sono erogate le prestazioni comprese nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza indicando le tipologie (cure domiciliari di base, di I°, II° e III° livello);		
B	E' definita, sulla base delle indicazioni regionali e aziendali, una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa l'assetto organizzativo, i servizi erogati in rapporto ai livelli assistenziali, il <i>target</i> /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;		
C	E' periodicamente aggiornata la Carta dei servizi e ogni qual volta intervengano modifiche sostanziali nell'erogazione dei servizi;		
<b>2.2 AC: ELEGGIBILITÀ E PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' assicurata 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;		
B	E' garantita la presa in carico degli assistiti secondo le indicazioni regionale e aziendali anche in merito ai criteri prioritari per l'accesso e ai tempi di attesa;		
C	Sono adottate, a tal fine, procedure per la gestione dei percorsi e la definizione delle responsabilità;		
D	E' adottato un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria;		
<b>2.3 AC: CONTINUITA' ASSISTENZIALE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' assicurata la continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nel PAI;		
B	E' garantita 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;		
C	L'Organizzazione è in grado di garantire il trattamento di almeno 1.000 utenti/casi in linea di A.D.I. base, I, II e III Livello/ anno;		
D	E' individuato un Referente del caso per la persona assistita, i familiari/caregiver e per gli altri operatori dell'équipe assistenziale, riportate nel fascicolo sanitario domiciliare e nel diario assistenziale;		
E	E' garantito, in particolare, anche con riferimento a dimissioni protette, che: a. la 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; b. la documentazione sanitaria della persona assistita a disposizione degli operatori coinvolti nel PAI;		
<b>2.4 AC: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' effettuata l'analisi di eventi avversi, incidenti, <i>near misses</i> accaduti durante la cura, anche tramite audit, e adotta modalità per dare evidenza dei risultati agli operatori;		
B	Ci 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;		
C	Sono messe in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate;		
D	E' adottato 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;		
E	Sono adottate modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività;		
<b>2.5 AC: MODALITA' DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	Sono adottate procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo;		
B	Sono analizzati i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria ed adottate eventuali azioni correttive;		
C	Sono formalizzate e attuate procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.		

**Criterion 3. Structural aspects, for integration of the minimum authorizing requirements, with verification of the processes that allow maintaining over time the adequacy and the safety of structures, facilities, equipment, in terms of "The organization ensures the suitability for use of the structures and the timely application of the norms relative to the maintenance of the equipment; it is good practice that provides evidence of the contribution of the personnel in the management of the same".**

<b>3.1 AC: IDONEITÀ ALL'USO DELLE STRUTTURE (SEDE OPERATIVA E RELATIVE CARATTERISTICHE)</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	Si dispone di sedi operative, dislocate sul territorio dell'Azienda Sanitaria nella quale si esercita l'attività domiciliare, nel rispetto dei criteri di prossimità;		
B	La sede è dotata di una segreteria operativa che garantisca la continuità del servizio;		
C	La sede operativa è dotata dei locali e degli spazi idonei in rapporto alla tipologia dell'attività svolta;		
D	E' assicurata la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di		
<b>3.2 AC: CONTATTABILITA' TELEFONICA</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	a. Nella sede operativa è 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);		
	b. E' garantita la dotazione di un telefono mobile per ogni operatore, che possa fungere anche da strumento informatico per la trasmissione dei dati;		
<b>3.3 AC: DOTAZIONI INFORMATICHE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' garantita la presenza nella sede operativa di una dotazione informatica con:		
	a. <i>personal computer</i> dedicati all'attività,		
	b. almeno una stampante dedicata all'attività,		
	c. una connessione <i>internet</i> ,		
	d. dispositivi tecnologici utili alla trasmissione da remoto dei dati per il monitoraggio dell'assistenza, relativi		
	e. dispositivi digitali per l'erogazione di servizi a distanza (telemedicina), specifiche per le tipologie di prestazioni che si intendono effettuare in tali modalità ( <i>telemonitoraggio, telecontrollo medico, teleassistenza e altro</i> ), ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 e delle normative vigenti;		
<b>3.4 AC: DOTAZIONI DI MATERIALI SANITARI</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' garantita la presenza di una dotazione di materiali sanitari in relazione al livello di cure domiciliari da svolgere;		
B	E' garantita la consegna a domicilio dei farmaci, delle apparecchiature elettromedicali e dei presidi necessari all'attività domiciliare e la corretta gestione degli stessi.		

**Criterion 4. Competences of the personnel, to ensure the possession and the maintenance by the personnel of the knowledge and skills necessary for the realization in quality and safety of the specific activities, in this "The organization must ensure that the personnel possesses/acquires and maintains the knowledge and the skills necessary for the realization in quality and safety of the specific activities"**

<b>4.1 AC: DOTAZIONE ORGANICA</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	la dotazione di personale, in termini di figure professionali coinvolte, è proporzionata alla tipologia di attività che si intende erogare, integrando fra di loro le diverse figure professionali, secondo standard operativi e di funzionalità di cui all'allegato a, fase ii della dgrc 28/2023		
B	la dotazione di personale è adeguata rispetto alla tipologia e al volume delle attività erogate per cd base, di i, ii e iii livello e comunque non inferiore a quanto definito con la tabella 3 di cui all'allegato a approvato con delibera di giunta 28/2024		
C	che la sede operativa è dotata di personale come definito con la tabella 3 di cui all'allegato a approvato con delibera di giunta 28/2024		
<b>4.2 AC: PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA FORMAZIONE NECESSARIA E SPECIFICA</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' garantita l'individuazione di un responsabile della formazione;		
B	E' garantita la definizione di un piano annuale di formazione che preveda la rilevazione dei bisogni formativi, la programmazione delle attività formative, la valutazione dell'efficacia delle stesse e della soddisfazione da parte del personale;		
C	E' curata la formazione negli ambiti specifici, richiamati al punto "nuovo personale", "procedure, "umanizzazione";		
<b>4.3 AC: INSERIMENTO E ADDESTRAMENTO DI NUOVO PERSONALE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' presente un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il nuovo personale;		
B	E' formalizzata e mette in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neoassunti;		
C	E' adottato e messo in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale per il nuovo personale entro il 1° anno;		
D	E' prevista una valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento;		
<b>4.4 AC: VALUTAZIONE DEL PERSONALE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' elaborato un piano di valutazione periodica (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.		



<b>Criterion 5. Communication, in the awareness that a good communication and relationship between professionals and with patients constitutes a guarantee and alignment with professional behaviors expected and of patient participation in the choice of treatment, in that "A good communication and relationship between professionals and with patients guarantees alignment with professional behaviors expected, increase in safety in the provision of care, patient participation in the choice of treatment"</b>			
<b>5.1 AC: MODALITÀ DI COMUNICAZIONE INTERNA ALLA STRUTTURA, PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE DEGLI OPERATORI</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	Sono messi in atto meccanismi operativi che favoriscono 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;		
<b>5.2 AC: MODALITÀ DI VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE TRA IL PERSONALE E L'ORGANIZZAZIONE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	Sono effettuate indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori;		
B	Sono facilitati momenti di analisi e di confronto sulle criticità.		
<b>5.3 AC: MODALITÀ E CONTENUTI DELLE INFORMAZIONI DA FORNIRE ALLE PERSONE ASSISTITE E AI CAREGIVER</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' attuata una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/caregiver;		
B	E' definita, attuata e documentata 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, etc.), sulla somministrazione della terapia e sulla gestione di dispositivi, protesi e ausili;		
<b>5.4 AC: COINVOLGIMENTO DELLE PERSONE ASSISTITE, DEI SUOI FAMILIARI E CAREGIVER NELLE SCELTE CLINICO ASSISTENZIALI</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	Sono adottate 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;		
B	E' garantito che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale;		
C	E' garantito che venga prevista una rivalutazione periodica del Piano di assistenza individuale (PAI), condivisa con le persone assistite, i familiari/caregiver e il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta;		
D	E' messo in atto un sistema per la valutazione della efficacia della modalità di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/caregiver anche mediante l'utilizzo dei dati derivati dalla gestione dei reclami e dall'elaborazione degli esiti della rilevazione su soddisfazione ed esperienza degli utenti;		
<b>5.5 AC: MODALITÀ DI ASCOLTO DELLE PERSONE ASSISTITE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' previsto un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/caregiver, le cui conclusioni sono riportate nel fascicolo sanitario domiciliare;		
B	E' acquisito 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;		
C	Sono previsti strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti ( <i>Customer satisfaction</i> ) anche in funzione delle disposizioni regionali.		

<b>Criterion 6. Appropriateness of clinical and safety, in that effectiveness, appropriateness and safety are essential elements for the quality of care, and it is necessary to guarantee that the structure attains systematic processes and sets up instruments to support its own articulations in the adoption of the best practices, in that "Effectiveness, appropriateness and safety are essential elements for the quality of care and must be monitored"</b>			
<b>6.1 AC: APPROCCIO ALLA PRATICA CLINICA SECONDO EVIDENZE SCIENTIFICHE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	Sono applicati 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;		
B	E' garantita l'accessibilità del personale alla raccolta aggiornata di regolamenti interni, linee guida e documenti di riferimento nazionali e internazionali;		
<b>6.2 AC: PROCEDURE OPERATIVE PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA DELLE CURE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	Sono applicate 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:		
	a. prevenzione e gestione delle lesioni da pressione,		
	b. prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione,		
	c. prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio),		
	d. somministrazione delle terapie farmacologiche,		
	e. somministrazione della terapia trasfusionale,		
	f. valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale,		
	g. gestione di cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici e cateteri venosi,		
	h. valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario;		
B	E' garantito il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale);		
<b>6.3 AC: PROGRAMMA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' elaborato, sulla base della valutazione del rischio già prevista nei requisiti per l'autorizzazione, 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;		
B	Sono definite le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico.		

**Critério 7. Processi di miglioramento e 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”**

<b>7.1 AC: PROGETTI DI MIGLIORAMENTO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' definito, formalizzato e diffuso a tutto il personale il programma annuale per il miglioramento della qualità dei servizi e della sicurezza, comprensivo dei relativi indicatori;		
<b>7.2 AC: ADOZIONE DI INIZIATIVE DI INNOVAZIONE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	Sono predisposti 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.		

**Critério 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”**

<b>8.1 AC: PROGRAMMI PERL'UMANIZZAZIONE DELLE CURE</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
A	E' garantita 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 <i>counseling</i> (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di “cattive notizie”);		
B	Sono attuate le modalità concordate con l'Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili;		
C	E' garantito che 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.		