

**MANUALE DI AUTORIZZAZIONE
E DI ACCREDITAMENTO
ISTITUZIONALE
CURE DOMICILIARI
(ADI)**



SOMMARIO

Introduzione.....	pag.2
Organizzazione del Manuale.....	pag.3
Allegati al Manuale.....	pag.5



INTRODUZIONE

Con Delibera di Giunta Regionale n.693 del 18 settembre 2018, la Regione Abruzzo aveva approvato il Documento Tecnico “Autorizzazione e Accreditamento delle Cure Domiciliari” che formulava nel dettaglio i requisiti di autorizzazione e accreditamento delle Cure Domiciliari.

L’Agenzia Sanitaria Regionale, a seguito di mandato della Giunta Regionale, in collaborazione con i competenti servizi del Dipartimento Sanità, ha predisposto il presente manuale ai fini dell’integrazione e dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle cure domiciliari, nonché delle relative procedure, ai sensi della normativa vigente.

La Regione Abruzzo ha recepito formalmente, con Delibera di Giunta Regionale n.769/2021, l’Intesa Stato Regioni Rep.n.151/CSR del 4 agosto 2021 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, comma 406, della Legge 30 dicembre 2020, n.178”.

Tenendo conto del mutato quadro nazionale di riferimento si è inteso realizzare un manuale per l’autorizzazione e l’accreditamento delle Cure Domiciliari che tenga conto delle indicazioni derivanti dall’Intesa Stato Regioni Rep.n.151/CSR del 4 agosto 2021.

Le cure domiciliari, in quanto livello essenziale di assistenza, rispondono ai principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale come definiti dall' articolo 1, commi 1 e 2, del D.lgs. 23 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., relativi alla dignità della persona umana, al bisogno di salute, all'equità di accesso all'assistenza, alla qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché all'economicità nell'impiego delle risorse.

Questo Manuale ha lo scopo di promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell’efficienza dell’organizzazione, dell’uso delle risorse e della formazione e di sviluppare un sistema che determini un livello qualitativamente elevato delle prestazioni rivolto al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini.



L'assistenza domiciliare integrata si configura come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell 'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza, che pertanto comporta benefici in termini di benessere degli assistiti e in termini di appropriatezza ed efficienza nell ' uso delle risorse.

ORGANIZZAZIONE DEL MANUALE

Il presente Manuale formula nel dettaglio i requisiti autorizzativi e i requisiti di accreditamento delle cure domiciliari nonché le relative procedure.

REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ecc., prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Le Cure Domiciliari si classificano in : "Cure Domiciliari di Base" caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato; "Cure Domiciliari Integrate di primo-secondo e terzo livello".

Nel manuale di autorizzazione sono dettagliati i requisiti minimi strutturali, i requisiti minimi tecnologici e i requisiti minimi organizzativi.

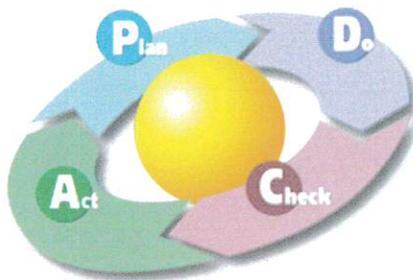
REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

Il manuale rappresenta uno strumento sia per valutare, monitorare e migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni.

E' articolato in **8 CRITERI**, suddivisi in **29 REQUISITI**, che l'Organizzazione deve possedere.

Ciascun requisito è monitorato in **FASI** secondo la logica **del ciclo di Deming**: (ciclo di PDCA - plan-do-check-act):





Fase 1 **PLAN** - Documenti di indirizzo e pianificazione: i piani, le politiche, le linee guide e altri documenti di indirizzo richiesti debbono essere presenti e rispettare nel contenuto quanto previsto dai requisiti per l'accreditamento. A tal proposito, alcuni requisiti trasversali fanno riferimento a processi clinici e manageriali che riguardano l'intera organizzazione sanitaria e come tali debbono essere 'governati' da documenti definiti a livello aziendale mentre in altri casi è necessario definire i documenti a livello di singola articolazione organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, altro...) coinvolta nella cura dell'utente/paziente.

Fase 2 **DO** - Implementazione: la valutazione delle evidenze prevista da questa fase viene effettuata, in particolare, attraverso l'osservazione sul campo, interviste agli operatori o la valutazione delle cartelle cliniche dei pazienti, dei dati e di altri documenti. Tuttavia, per il loro volume e la dispersione all'interno dell'organizzazione, non è possibile esaminare tutta la documentazione disponibile o tutti gli elementi e gli indicatori misurabili in grado di testimoniare la conformità alle evidenze previste. Pertanto, in sede di verifica, il campionamento per la valutazione delle evidenze non si basa su criteri probabilistici, tali da individuare un campione rappresentativo della realtà organizzativa esaminata, ma è definibile come campione a scelta ragionata.

Fase 3 **CHECK** - Monitoraggio: nessuna attività può essere migliorata se non si misurano i risultati. Per il soddisfacimento di tali evidenze sono richiesti i risultati documentati derivanti dal monitoraggio della qualità e della sicurezza delle attività definite nelle fasi precedenti. Per migliorare le proprie attività è necessario raccogliere dati e informazioni e analizzare le condizioni che eventualmente hanno determinato livelli di adeguatezza o di performance non soddisfacenti. Alcuni dati possono essere raccolti a livello di sistema, in altri casi il monitoraggio dei dati può essere effettuato nell'ambito della singola struttura complessa attraverso l'analisi ad esempio della cartella clinica. Il monitoraggio sistematico dei dati effettuato dalla struttura, laddove non specificato, non è da effettuarsi in continuo ma *sulla base di un campione rappresentativo del processo da analizzare*. Se non sono presenti specifici riferimenti circa la frequenza, è la struttura stessa a definirla.

Fase 4 ACT - Miglioramento della qualità: le evidenze previste in questa fase, prevedono che l'organizzazione documenti la valutazione e l'analisi dei dati e delle informazioni derivate dalle fasi precedenti al fine di definire le priorità per l'implementazione di specifiche iniziative atte a migliorare la qualità e la sicurezza dell'organizzazione.

ALLEGATI AL MANUALE

Il presente Manuale di Autorizzazione e di Accreditemento delle Cure Domiciliari di n.5 allegati di seguito riportati:

- 1) **ALLEGATO 1:** Requisiti di autorizzazione per lo svolgimento delle cure domiciliari. Schede di autocertificazione a cura delle strutture socio-sanitarie richiedenti il rilascio dell'autorizzazione.
- 2) **ALLEGATO 2:** Procedure e modello di domanda per il rilascio dell'autorizzazione alle strutture eroganti cure domiciliari (ADI).
- 3) **ALLEGATO 3:** Requisiti di accreditamento istituzionale per lo svolgimento delle cure domiciliari Schede di autocertificazione a cura delle strutture socio-sanitarie richiedenti il rilascio/rinnovo dell'accreditamento istituzionale.
- 4) **ALLEGATO 4:** Procedure e modello di domanda per il rilascio dell'accreditamento istituzionale alle strutture eroganti cure domiciliari (ADI).
- 5) **ALLEGATO 5:** Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Art.46,47 DPR 28 dicembre 2000 n.44).



ALLEGATO 1

**REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE PER LO SVOLGIMENTO
DELLE CURE DOMICILIARI.**

**SCHEDE DI AUTOCERTIFICAZIONE A CURA DELLE
STRUTTURE SOCIO-SANITARIE RICHIEDENTI IL
RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE**



Cure Domiciliari			
	Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ecc., prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Le Cure Domiciliari si classificano in : "Cure Domiciliari di Base" caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato; "Cure Domiciliari Integrate di primo-secondo e terzo livello".		
	codice paragrafo		
	CD		
	REQUISITI GENERALI CD		
	REQUISITI MINIMI STRUTTURALI		
1	E' presente una sede organizzativa/legale, che può coincidere con quella operativa, collocata in zona facilmente accessibile, dotata di adeguata segnaletica e rispondente alle normative vigenti in materia di abbattimento delle barriere architettoniche, tale da favorire un agevole accesso anche per utenti diversamente abili	Sì	No
2	In tutti i locali sono assicurate efficaci condizioni di illuminazione e ventilazione (vedi riferimento normativo vigente)	Sì	No
3	E ¹ presente uno spazio per l'attesa	Sì	No
4	E' presente un locale per front-office colloqui, accoglienza, attività amministrativa e gestione delle segnalazioni)	Sì	No
5	E' presente un locale adibito alla direzione del servizio e alla conservazione a norma della documentazione sanitaria, utilizzabile anche per riunioni d'equipe	Sì	No
6	Per la sede operativa o per quella organizzativa se con essa coincidente, è presente un locale spogliatoio per il personale		
7	Sono presenti servizi igienici distinti per: sesso, utenti esterni, utenti interni e per la non autosufficienza	Sì	No
8	Per la sede operativa o per quella organizzativa se con essa coincidente, è presente un locale/spazio/armadio per deposito di materiale pulito, con armadi con chiusura di sicurezza per deposito di materiali d'uso, strumentazione, farmaci e dispositivi medici	Sì	No
9	Per la sede operativa o per quella organizzativa se con essa coincidente, è presente un frigorifero per la conservazione a norma di farmaci (segnalatore esterno di temperatura, ecc.)	Sì	No
10	Per la sede operativa o per quella organizzativa se con essa coincidente, è presente un locale dedicato al deposito del materiale sporco e raccolta e stoccaggio di rifiuti sanitari	Sì	No



11	Esiste un contratto con una ditta per lo smaltimento dei rifiuti speciali	Sì	No
12	Per la sede operativa o per quella organizzativa se con essa coincidente, è presente uno spazio adibito a deposito di materiale per pulizie	Sì	No
13	Per la sede operativa o per quella organizzativa se con essa coincidente, presenza di uno spazio per la detersione e la sterilizzazione dello strumentario ed attrezzature (quando praticate in loco) nel rispetto di quanto previsto dalle norme vigenti in materia, qualora non si preveda un utilizzo esclusivo di materiali e presidi monouso.	Sì	No
14	Se NO, esiste una procedura che regola l'affidamento di tale attività all'esterno con relativa procedura	Sì	No
REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI			
15	Il servizio dispone, in relazione ai volumi di attività, di APPARECCHIATURE, ATTREZZI ed ACCESSORI, quali, a titolo non esaustivo:		
	a) Borsa termica per il trasporto dei campioni biologici e di altro materiale a temperatura controllata	Sì	No
	b) Bilancia pesapersone	Sì	No
	c) Apparecchio per aerosolterapia	Sì	No
	d) Elettrocardiografo portatile	Sì	No
	e) Apparecchio emogasanalizzatore portatile	Sì	No
	f) Aspiratore elettrico con batteria portatile	Sì	No
	g) Tavole propriocettive, pesi e attrezzi vari per rendere efficace una riabilitazione domiciliare (Attrezzature trasportabili)	Sì	No
	h) Pompe nutrizionali	Sì	No
	i) Pulsossimetro	Sì	No
	j) Aparecchi a tura per la determinazione estemporanea di glicemia, colesterolemia, trigliceridemia	Sì	No
	k) Fonendoscopi e sfigmomanometri	Sì	No
1) Sostegno per fleboclisi	Sì	No	
16	Il servizio dispone di tutte le attrezzature elettromedicali necessarie a garantire l'erogazione delle rispettive specifiche prestazioni di natura domiciliare (complete di relativo inventario, piano dei collaudi, ispezioni, piani di manutenzione, piani di addestramento del personale se necessari) dotate di documentazione tecnica in lingua italiana, verificandone periodicamente lo stato di funzionamento e manutenzione	Sì	No
17	Gli apparecchi elettromedicali collegati alla rete sono dotati di nodo equipotenziale ed interruttore differenziale con "IN" inferiore o uguale a 30mA	Sì	No
	Il personale sanitario è dotato di:		



18	a) borsa contenente:- la strumentazione di base (presidi utili per la somministrazione dei farmaci)- fonendoscopio e sfigmomanometro, - glucometro, - pufsossimetro,- laccio emostatico, - materiale di consumo, e i DPI (es. guanti monouso e non, siringhe monouso; cuffie, arcelle monouso, mascherine, camici monouso in TNT da utilizzare per ogni attività infermieristica);- contenitori sterili per il trasporto e la raccolta di materiale biologico,- soluzioni per la detersione delle mani, - cotone idrofilo, set sterili per medicazioni, etc.) e quant'altro necessario secondo necessità. b) zaino per la gestione delle emergenze c) contenitori per rifiuti sanitari, etc. (in particolare contenitori di piccole dimensioni per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo taglienti e pungenti)	Sì	No
19	Il servizio dispone di mezzi di trasporto idonei a garantire le attività organizzative di supporto, nonché la relativa copertura assicurativa con programma di manutenzione periodico del parco mezzi	Sì	No
20	Il servizio dispone degli adeguati supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e dotazioni informatiche (hardware, software, sistemi audio-video) e di un sistema informativo in grado di garantire l'immediata individuazione del fascicolo dell'assistito, il controllo aggiornato del profilo di assistenza e la conservazione a norma del repository elettronico	Sì	No
21	E' presente uno strumentario minimo di primo soccorso, ai sensi del D.L. 388/2003	sì	No
REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI			
22	La responsabilità complessiva dell'organizzazione è affidata a un Direttore Sanitario medico o, per le organizzazioni pubbliche, al responsabile medico designato dall'Azienda Sanitaria	Sì	No
23	per ogni persona in carico per cure domiciliari è garantita la continuità della presa in carico per tutta la durata dell'assistenza, coerentemente con il Piano Assistenziale	Sì	No
24	Per i servizi di cure domiciliari integrate (ADI) sono garantite le funzioni di coordinamento e responsabilità clinica, infermieristica e amministrativa	Sì	No
	Esistono procedure scritte, da aggiornare almeno ogni 3 anni, che definiscono:		
	a) criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione)	Sì	No
	b) recepimento di modalità e strumenti per la valutazione multidisciplinare, ad esclusione delle cure domiciliari dei base	Sì	No
	c) criteri e modalità di formulazione dei programmi e dei piani individuali di assistenza	Sì	No
	d) criteri e modalità di erogazione delle prestazioni e di comunicazione interna	Sì	No
	e) criteri di "dimissione" e di "follow up"	Sì	No
	f) modalità di acquisizione del consenso informato	Sì	No
	g) modalità di gestione/compilazione della cartella clinica	Sì	No



25	h) per la garanzia, sicurezza, conservazione e trasporto dei materiali biologici;	Sì	No
	l) per la sanificazione, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti, materiali e mezzi di trasporto (con tracciatura su apposito registro);	Sì	No
	l) per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;	Sì	No
	m) per la somministrazione a domicilio dei farmaci;	Sì	No
	n) per la somministrazione di terapia trasfusionale	Sì	No
	o) per la gestione delle emergenze-urgenze	Sì	No
	p) per gestione degli accessi vascolari	Sì	No
	q) per il corretto smaltimento dei rifiuti, compresi quelli speciali;	Sì	No
	r) altre procedure specifiche dell'attività svolta (es. prevenzione e gestione lesioni cutanee, gestione dei cateterismi, ventilazione meccanica, ossigenoterapia, prevenzione cadute, valutazione del dolore, etc)	Sì	No
26	La dotazione di personale, in termini numerici e di figure professionali coinvolte è proporzionata alla tipologia di attività che si intende erogare, anche tramite integrazione delle figure professionali (medici, infermieri, trp, oss, altri)	Sì	No
27	L'organizzazione verifica costantemente, sotto la propria responsabilità, che tutte le figure professionali siano in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per lo svolgimento dell'attività professionale (abilitazione e formazione, con particolare riguardo a umanizzazione delle cure, primo soccorso e BLS, gestione rischio clinico e sicurezza sul lavoro)	Sì	No
28	L'organizzazione dispone di un piano di formazione di tutto il personale	Sì	No
29	L'organizzazione: - dispone di un elenco del personale impiegato che riporti la tipologia di figura professionale e di rapporto di lavoro; - registra le turnazioni del personale, completa degli accessi al domicilio - conserva (secondo normativa privacy) per ciascun operatore un fascicolo personale completo di curriculum, formazione continua obbligatoria, attestato di idoneità psico-fisica alla mansione da parte del medico competente; attestato di formazione obbligatoria ex D.Lgs. 81/08 e BLS; attestato di formazione su procedure interne dell'Organizzazione; possesso di patente di guida idonea per il/i veicoli/o utilizzati/o.	Sì	No
30	L'organizzazione: - attua nei confronti del personale condizioni normative e retributive a quelle dei CCNL di categoria; - stipula le assicurazioni obbligatorie ed antinfortunistiche, previdenziali ed assistenziali - applica la normativa in merito alla responsabilità civile in ambito sanitario - dota il proprio personale di cartellino di riconoscimento nel rispetto della normativa privacy	Sì	No



31	<p>L'organizzazione approva e definisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati - le procedure di accesso ai servizi di cure domiciliari, compresi quelli erogati in teleassistenza/telemedicina; - la gestione delle eventuali urgenze - la Carta dei Servizi, facilmente accessibile all'utenza e contenente le informazioni relative almeno a: prestazioni erogate, modalità di accesso e attivazione delle cure domiciliari, target di popolazione assistita, orari, tariffe praticate, contatti, presentazione reclami 	Sì	No
32	<p>L'organizzazione garantisce l'attività amministrativa per almeno 5 giorni a settimana (da lunedì a venerdì) e quella sanitaria su 5 giorni a settimana (da lunedì a venerdì) per le CIA Base e di 1° livello e su 7 giorni a settimana per le CIA di 2° e 3° livello</p>	Sì	No
33	<p>L'organizzazione definisce il proprio organigramma / funzionigramma e predisporre un regolamento interno contenente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le funzioni e le responsabilità di tutte le figure professionali - le modalità di espletamento del servizio - l'equipaggiamento del personale di assistenza, compresi gli indumenti professionali - i sistemi di comunicazione 	Sì	No
34	<p>L'organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informa e forma tutto il personale sul rischio clinico (incluso quello sulle Infezioni Correlate all'Assistenza) in base al livello e tipologia dell'attività svolta con le relative azioni di mitigazione e monitoraggio; - elabora un piano di gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza degli operatori 	Sì	No



35	<p>L'organizzazione utilizza per ogni assistito un fascicolo sanitario domiciliare, possibilmente informatizzato -semplificato per le cure domiciliari di base -, conservato a norma privacy con particolare riguardo ai cd. "dati particolari" (sensibili), facilmente accessibile dai responsabili del trattamento e contenente i seguenti dati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dati anagrafici - caregivers - data inizio cure domiciliari - operatori di riferimento - diagnosi - elementi di rischio sanitario ed assistenziale - consenso informato - strumenti di valutazione utilizzati - piano di trattamento - consenso informato - strumenti di valutazione utilizzati - prestazioni erogate - necessità di ausili e presidi - verifiche - risultati raggiunti - data e motivazione della chiusura del PAI 	Sì	No
36	<p>Presso il domicilio dell'assistito deve essere disponibile il diario assistenziale contenente, per ogni accesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - data/ora - operatore/i - prestazioni svolte - firma dell'operatore - eventuale firma del paziente e del caregiver. 	Sì	No
37	<p>L'organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definisce le modalità di controllo, le registrazioni di giacenze, integrità e scadenza di farmaci, presidi medico-chirurgici e prodotti nutrizionali ai sensi della normativa vigente e gli esiti delle relative verifiche; - verifica che presidi e dispositivi soddisfino le caratteristiche di corretta conservazione, sanificazione e manutenzione, facile trasportabilità e sicurezza nel trasporto e siano contrassegnati dal marchio CE ove previsto 	Sì	No
38	<p>L'organizzazione definisce strumenti per la raccolta dei reclami, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento</p>	Sì	No



39	L'organizzazione definisce un documento contenente criteri e modalità per la valutazione della qualità dei servizi erogati anche tramite questionari di valutazione da parte degli utenti e con la partecipazione del personale all'attività di valutazione (audit)	Sì	No
40	L'organizzazione cura l' <i>empowerment</i> del paziente garantendo sia la partecipazione attiva della famiglia e del caregiver alla persona assistita a domicilio, sia la partecipazione attiva di quest'ultima nel processo di cura, attraverso feedback registrati nel diario assistenziale e formalizzati nel PAI	Sì	No
41	Il Progetto di assistenza individuale P.A.I. è formulato dall'equipe dell'UVM territorialmente competente	Sì	No
	<i>Nota:</i>		
	<i>Requisito valido per chi eroga prestazioni per il SSN</i>		



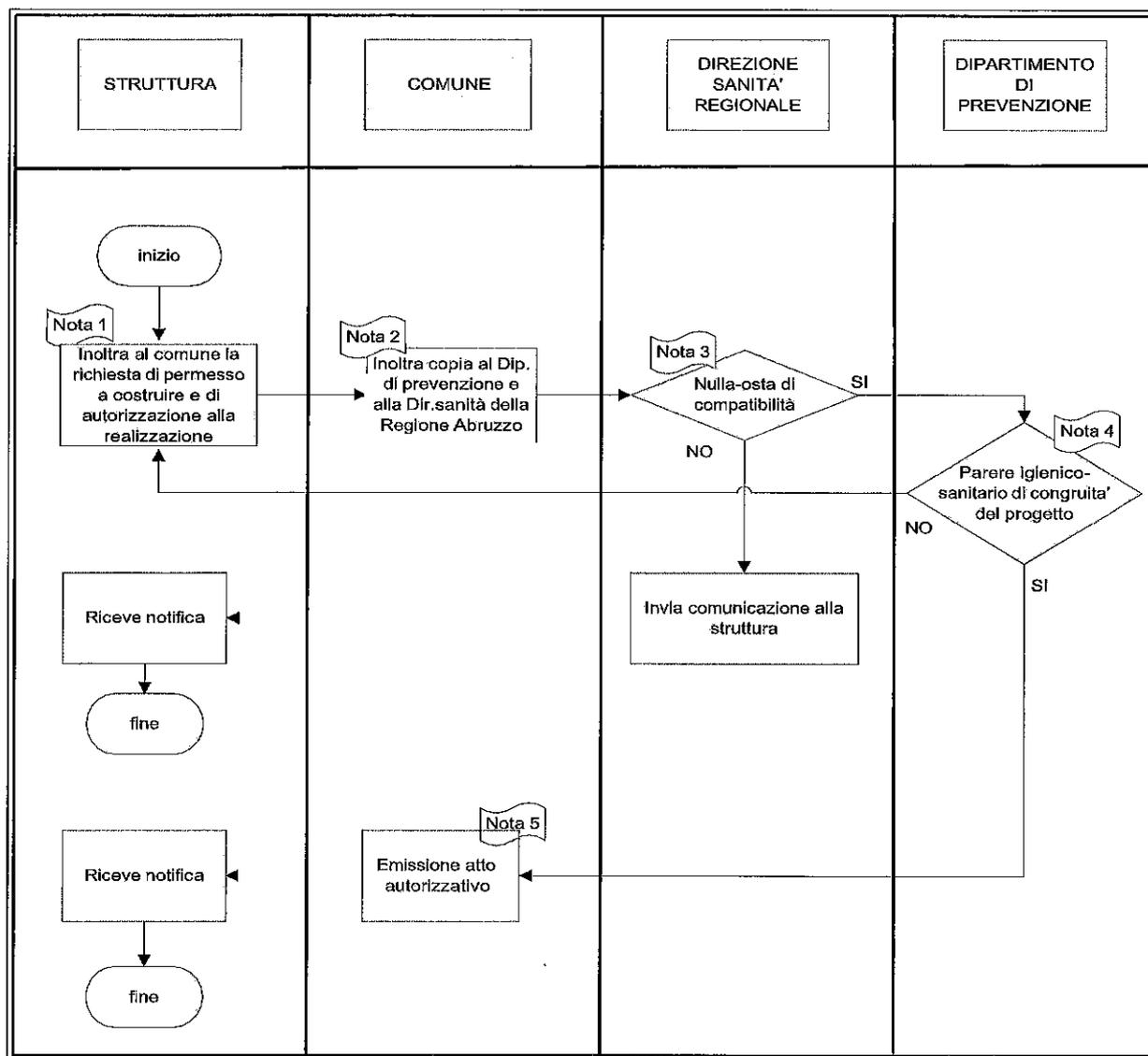
**PROCEDURE E MODELLO DI DOMANDA PER IL
RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE DELLE
CURE DOMICILIARI (ADI)**



PROCEDURA AUTORIZZAZIONE REALIZZAZIONE
(Articolo 3 L.R.n.32/2007 ss.mm.ii.)

Lo scopo del presente documento è quello di definire la procedura (fasi, tempi, responsabilità, modulistica) di richiesta e di concessione dell'autorizzazione alla realizzazione, secondo quanto previsto dall'art. 3 L.R. n. 32/2007. Tale procedura si applica alle strutture pubbliche e private che erogano cure domiciliari che chiedono la realizzazione, l'ampliamento ed il trasferimento in altro Comune di struttura

La **procedura di autorizzazione alla realizzazione** è descritta nel seguente diagramma di flusso e nelle note associate.



Descrizione delle attività

NOTA 1

I soggetti pubblici e privati che intendono realizzare, ampliare, trasformare o trasferire una struttura che eroga cure domiciliari inoltrano al comune territorialmente competente:

- la richiesta di permesso a costruire;
- la richiesta di autorizzazione alla realizzazione della struttura.

La richiesta di permesso a costruire deve essere corredata da:

- attestazione di avvenuto pagamento dei diritti sanitari;
- relazione tecnico illustrativa dell'intervento proposto;
- copia del progetto architettonico: planimetrie, prospetti, sezioni, che deve garantire il rispetto dei requisiti minimi tecnologici strutturali ed impiantistici dettagliati nel Manuale di Autorizzazione;
- i certificati di agibilità degli impianti;
- il certificato prevenzione incendi.

La richiesta di autorizzazione alla realizzazione della struttura deve essere redatta in forma di domanda su apposito modulo (MOD01) allegando i documenti sotto elencati:

- autocertificazione concernente la conformità del progetto al possesso dei requisiti minimi (Allegato 1) costituita da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal Responsabile della struttura con allegate copie fotostatiche del Manuale di autorizzazione autocompilata e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di intervento oggetto di autorizzazione;
- eventuali documenti attestanti il possesso di requisiti contrassegnati nel Manuale con un asterisco. Qualora in uno stesso documento sia attestato il possesso di più requisiti, questi vanno segnalati in allegato al documento stesso, richiamando il codice paragrafo e il numero del requisito;

Le documentazioni e autocertificazioni necessarie devono indicare inoltre:

- i dati anagrafici del soggetto richiedente nel caso lo stesso sia persona fisica;
- la sede e la ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;
- la sede e la denominazione nel caso in cui il richiedente sia un soggetto pubblico;

I Rappresentanti legali delle strutture eroganti prestazioni di cure domiciliari operanti sul territorio trasmettono al Comune competente domanda di autorizzazione definitiva corredata di autocertificazione relativa allo stato di fatto della rispettiva struttura rispetto ai requisiti minimi autorizzativi e di eventuale Programma di Adeguamento degli stessi.

NOTA 2

La documentazione della richiesta di cui alla NOTA 1 è inviata dalla struttura al Comune in duplice copia. Una copia della documentazione è immediatamente trasmessa dal Comune al Dipartimento di Prevenzione dell'azienda ASL competente per territorio per il parere igienico sanitario di



congruità del progetto (art. 3, comma 5 lettera a L.R. n. 32/2007), e un'altra copia al competente servizio del Dipartimento Sanità regionale per il nulla-osta di compatibilità (art. 3, comma 5 lettera b L.R. n. 32/2007).

Il Comune e la Regione possono richiedere, previa reciproca informazione, eventuale integrazione della documentazione fornita dagli aventi causa.

NOTA 3

Il nulla-osta di compatibilità di cui all'art. 3 della L.R. n. 32/2007ss.mm.ii., viene determinato a cura del competente Servizio della Dipartimento Santà e rilasciato previo parere obbligatorio e vincolante, da rendere entro e non oltre sessanta giorni

NOTA 4

Il Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente rilascia il parere positivo igienico-sanitario di cui all'art. 3, previa verifica, entro sessanta giorni dalla ricezione della domanda, della congruità del progetto rispetto ai requisiti minimi strutturali, tecnologici ed impiantistici previsti nell'apposito manuale di cui al comma 2 art. 4 L.R. n. 32/2007.

NOTA 5

Il permesso a costruire e l'autorizzazione alla realizzazione sono rilasciate dal comune contestualmente, entro centottanta giorni dalla presentazione della domanda.

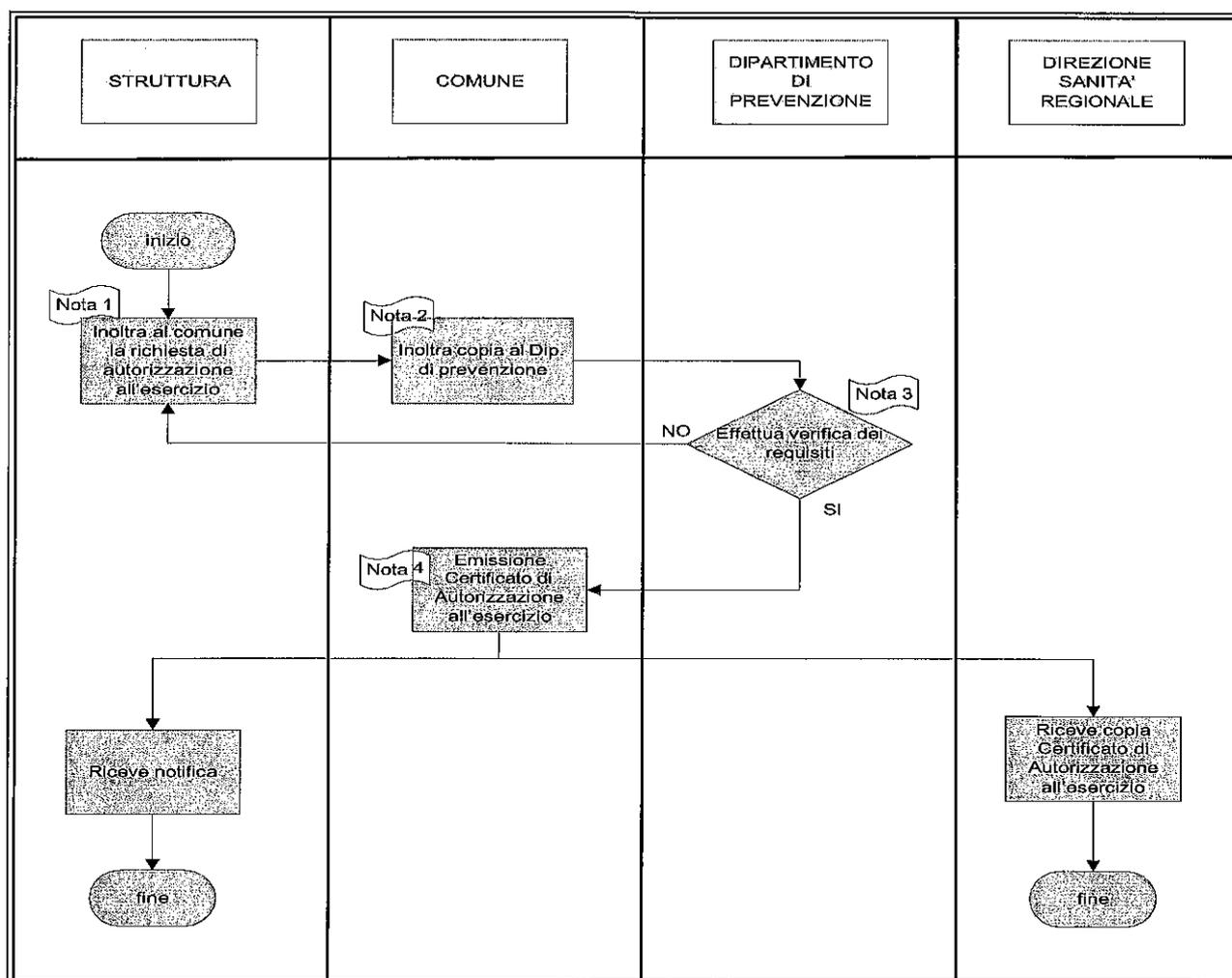
Il Comune non può rilasciare le autorizzazioni di sua spettanza senza l'esito positivo della verifica di compatibilità regionale e del parere igienico sanitario (art. 3 L.R. n. 32/2007 ss.mm.ii.).



PROCEDURA AUTORIZZAZIONE ESERCIZIO
(Articolo 4 L.R.n.32/2007 ss.mm.ii.)

Tale procedura si applica alle strutture pubbliche e private che erogano cure domiciliari, già autorizzati ai sensi dell'art. 3 L.R. n. 32/2007 ss.mm.i.i., per l'avvio delle specifiche attività (ADI).

La **procedura di autorizzazione all'esercizio** è descritta nel seguente diagramma di flusso e nelle note associate.



NOTA 1

I soggetti autorizzati alla realizzazione dell'articolo 3 della L.R. n. 32/2007 ss.mm.ii. terminati i lavori e comunque prima dell'utilizzo delle medesime, devono chiedere al comune il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle specifiche attività di cure domiciliari.

La domanda redatta su apposito modulo (MOD02) contiene le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà concernenti la conformità dell'opera al progetto approvato e le necessarie autocertificazioni relative al possesso dei requisiti minimi definiti nel Manuale di autorizzazione (Allegato 1).

Le documentazioni e autocertificazioni necessarie devono indicare inoltre:

- i dati anagrafici del soggetto richiedente nel caso lo stesso sia persona fisica;
- la sede e la ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;
- la sede e la denominazione nel caso in cui il richiedente sia un soggetto pubblico;
- eventuali prescrizioni volte a garantire l'effettivo rispetto dei requisiti minimi condizionanti l'autorizzazione alle realizzazioni di cui art. 3 L.R. n. 32/ 2007 ss.mm.ii.;
- il nome e i titoli accademici del direttore sanitario.

La sostituzione del direttore sanitario deve essere comunicata al Comune per la variazione del decreto di autorizzazione.

NOTA 2

La documentazione della richiesta di cui alla Nota 1 è inviata dalla struttura al comune in duplice copia. Una copia è immediatamente trasmessa al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ASL competente per territorio per la verifica del rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e di dotazione di personale definiti nel Manuale di autorizzazione(All.1).

NOTA 3

Il dipartimento di prevenzione effettua la verifica dell'effettivo rispetto dei requisiti minimi entro sessanta giorni dal ricevimento della domanda. La documentazione dell'avvenuta verifica viene tempestivamente inviata dal Dipartimento di Prevenzione al Comune.

NOTA 4

Il Comune rilascia il certificato di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria o socio-sanitaria che eroga prestazioni di cure domiciliari al rappresentante legale richiedente entro novanta giorni dalla presentazione della domanda.

Copia di tale certificato va inoltrata dal Comune al Dipartimento Sanità Regionale.



DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE (NUOVA COSTRUZIONE, AMPLIAMENTO, TRASFORMAZIONE, TRASFERIMENTO) DI UNA STRUTTURA SANITARIA O SOCIO-SANITARIA PER LE CURE DOMICILIARI (ART. 3 L.R. 31 luglio 2007, n. 32)

MOD 01

Al Sindaco del Comune di

e p.c. :

Al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale di _____

Via _____

Al Direttore della Dipartimento Sanità Regionale

Regione Abruzzo

Via Conte di Ruvo,

74 65127

PESCARA

A

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Codice Fiscale n° _____ Telefono n° _____

B

In qualità di titolare/ legale rappresentante della Società/Ente/Azienda _____

Partita IVA _____ con Sede in _____

Via _____ n° _____

pec _____



Consapevole che:

- 1) è vietata la realizzazione di strutture sanitarie o socio-sanitarie non compatibili con gli strumenti della programmazione sanitaria regionale previsti dalla L.R. n. 32 del 2007 ss.mm.ii.;
- 2) le stesse strutture devono rispettare i requisiti minimi tecnologici, strutturali ed impiantistici previsti nel manuale di Autorizzazione

con la presente

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione

C

di una struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1): _____
per l'erogazione di prestazioni di cure domiciliari (ADI)

nella unità immobiliare da realizzare (o sita) in codesto Comune, via _____

avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto in conformità ai requisiti minimi tecnologici, strutturali ed impiantistici dettagliati nel manuale di Autorizzazione e per la quale (ove dovuto) chiede il rilascio del permesso a costruire.

Si elencano di seguito i documenti allegati:



Data _____

Firma _____



Istruzioni per la compilazione del MOD 01 "Domanda per l'autorizzazione alla realizzazione (nuova costruzione, ampliamento, trasformazione, trasferimento) di una struttura sanitaria o socio-sanitaria per le cure domiciliari (ART. 3 L.R. 31 luglio 2007, n. 32)

La domanda di autorizzazione alla realizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento di una struttura sanitaria o socio sanitaria che eroga prestazioni di cure domiciliari, va presentata congiuntamente alla richiesta di permesso a costruire corredata da:

- attestazione di avvenuto pagamento dei diritti sanitari;
- relazione tecnico illustrativa dell'intervento proposto;
- copia del progetto architettonico: planimetrie, prospetti, sezioni, che deve garantire il rispetto dei requisiti minimi tecnologici strutturali ed impiantistici dettagliati nel Manuale di Autorizzazione;
- i certificati di agibilità degli impianti;
- il certificato prevenzione incendi.

La richiesta di autorizzazione deve essere prodotta in n. tre copie (una per il Comune, una per la Regione ed una per l'Azienda ASL) per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, redatta in forma di domanda su apposito modulo (MOD01) allegando i documenti sotto elencati:

- autocertificazione concernente la conformità del progetto al possesso dei requisiti minimi costituita da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal Responsabile della struttura con allegate copie fotostatiche del Manuale di autorizzazione autocompilate e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di intervento oggetto di autorizzazione;
- eventuali documenti attestanti il possesso di requisiti contrassegnati nel Manuale con un asterisco. Qualora in uno stesso documento sia attestato il possesso di più requisiti, questi vanno segnalati in allegato al documento stesso, richiamando il codice paragrafo e il numero del requisito;

Le documentazioni e autocertificazioni necessarie devono indicare inoltre:

- i dati anagrafici del soggetto richiedente nel caso lo stesso sia persona fisica;
- la sede e la ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;
- la sede e la denominazione nel caso in cui il richiedente sia un soggetto pubblico;

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente.

Il riquadro B deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica.

Il riquadro C deve essere sempre compilato integralmente

La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura o dal suo legale rappresentante

Questa domanda non deve essere presentata nel caso in cui si proceda alla realizzazione di modifiche non strutturali e nei casi per i quali è sufficiente la comunicazione all'ASL territorialmente competente.



**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA
O SOCIO-SANITARIA PER LE CURE DOMICILIARI (ART. 4 L.R. n. 32/2007)**

MOD 02

Al Sindaco del Comune di

e p.c. :

Al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale di _____

Via _____

Al Direttore del Dipartimento Sanità Regionale

Regione Abruzzo

Via Conte di Ruvo,

7465127

PESCARA

A

Il/la sottoscritto _____

Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Codice Fiscale n° _____ Telefono n° _____

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda _____

Partita IVA _____ con Sede in _____

Via _____ n° _____

pec _____



Con la presente

CHIEDE
il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio

C

nella struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1):

per l'erogazione di prestazioni di cure domiciliari (ADI)

realizzato nella unità immobiliare sita in codesto Comune, via _____

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- che la/lo struttura/studio è stata/o realizzata/o in conformità al progetto approvato in sede di autorizzazione alla realizzazione dell'unità immobiliare;
- che la/lo stessa/o rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti minimi indicati nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto nel manuale integrativo di cui al comma 2 art. 4 L.R. n. 32/2007 ss.mm.ii.;
- che la direzione sanitaria/responsabilità è affidata al Dott. _____

nato il _____ Laureato in _____

presso l'Università degli studi di _____ il _____

specialista in _____

iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____



Il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

Si elencano di seguito i documenti allegati:



Data _____

Firma del Direttore Sanitario : _____
(per esteso)

Firma del Titolare o Legale rappresentante: _____
(per esteso)



Istruzioni per la compilazione del MOD 02 "Domanda per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria per le cure domiciliari -art. 4 L.R. n. 32/2007"

La domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria va presentata, da chi sia stato autorizzato alla realizzazione di una struttura sanitaria o socio sanitaria che eroga prestazioni di cure domiciliari, prima dell'inizio dell'attività e deve essere allegata alla domanda per il rilascio del certificato di agibilità quando dovuto, unitamente alle tabelle redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto nel manuale integrativo di cui al comma 2 art. 4 L.R. n. 32/2007 ss.mm.ii..

La stessa deve essere prodotta in tre copie (una per il Comune, una per la Regione ed una per l'Azienda ASL del territorio) per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, allegando i documenti sottoelencati:

- autocertificazione concernente la conformità della struttura al possesso dei requisiti minimi costituita da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal Legale rappresentante con allegate copie fotostatiche del Manuale di autorizzazione autocompilato e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di attività oggetto di autorizzazione;
- eventuali documenti attestanti il possesso di requisiti contrassegnati nel Manuale con un asterisco. Qualora in uno stesso documento sia attestato il possesso di più requisiti, questivanno segnalati in allegato al documento stesso, richiamando il codice paragrafo e il numero del requisito;

Le documentazioni e autocertificazioni necessarie devono indicare inoltre:

- i dati anagrafici del soggetto richiedente nel caso lo stesso sia persona fisica;
- la sede e la ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;
- la sede e la denominazione nel caso in cui il richiedente sia un soggetto pubblico;

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente.

Il riquadro B deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica.

Il riquadro C deve essere sempre compilato integralmente.

La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante; in caso di studi associativi libero-professionali da uno dei soci dello studio delegato a sottoscrivere da parte di tutti gli altri soci; copia della delega alla firma va allegata alla domanda.

N.B.

La stessa domanda va presentata dopo la realizzazione della struttura anche quando non sia prescritto il certificato di agibilità.



ALLEGATO 3

**REQUISITI DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER
LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI
SCHEDE DI AUTOCERTIFICAZIONE A CURA DELLE
STRUTTURE SOCIO-SANITARIE RICHIEDENTI IL
RILASCIO/RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO
ISTITUZIONALE**



1° Criterio - 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	L'ORGANIZZAZIONE	NOTE
1.1 AC: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	Recepisce 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 (ed eventuali ss.mm.ii.) 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.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
1.2 AC: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	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.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
1.3 AC: Definizione delle responsabilità	Definisce il proprio organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni. elabora e adotta un regolamento del personale.	SI
	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.	SI
	Definisce le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale.	SI
	Elabora e adotta un regolamento del personale.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
1.4 AC: Presa in carico	Recepisce strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti	SI
	Verifica che il Piano di Assistenza Individuale sia redatto dall'apposita unità di valutazione multidimensionale ai sensi dell'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017 (ed eventuali ss.mm.ii.)	SI
	Verifica che il Piano di Assistenza Individuale sia puntualmente aggiornato dall'equipe di cura in relazione alla modifica dei bisogni	



	<p>Garantisce che il Piano di Assistenza Individuale contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali; - l'identificazione degli obiettivi di salute; o 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. 	SI	
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità		
1.5 AC: Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)	<p>Pre dispone ed implementa, coerentemente con quanto previsto dall'articolo 22 del DPCM 12 Gennaio 2017 (ed eventuali ss.mm.ii.) 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 dai requisiti autorizzativi organizzativi:</p> <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 ed i relativi esiti; - la data e le motivazioni della chiusura del PAI; - il documento di dimissione. 	SI	
	<p>Garantisce la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del diario assistenziale che deve contenere in conformità con i requisiti organizzativi, 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 effettuato valutazioni e prestazioni.</p>	SI	
	<p>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>	SI	
	<p>Assicura la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività e prestazioni erogate.</p>	SI	
	<p>Attua le procedure regionali indicate per implementare il sistema informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIAD-NSIS) laddove previsto</p>	SI	
	<p>Garantisce la tempestiva consegna della copia della documentazione sanitaria alla persona assistita o a chi ne ha diritto nei tempi definiti dalle indicazioni nazionali e regionali.</p>	SI	
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità		
1.6 AC: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	<p>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 ed aziendali.</p>	SI	
	<p>Il piano per il miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse anche dall'analisi dei reclami e dei disservizi.</p>	SI	
	<p>Relaziona alla ASL di competenza annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.</p>	SI	
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità		



2° Criterio - 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	L'ORGANIZZAZIONE	NOTE
2.1 AC: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati	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).	SI
	Adotta, sulla base delle indicazioni regionali e aziendali, una Carta dei servizi (in conformità ai requisiti autorizzativi) 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.	SI
	Aggiorna la Carta dei Servizi periodicamente e ogni qualvolta intervengano modifiche sostanziali nell'erogazione dei servizi.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
2.2 AC: Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	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 (ed eventuali ss.mm.ii.); va assicurato il coinvolgimento degli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel PAI.	SI
	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.	SI
	Adotta, a tal fine, procedure per la gestione dei percorsi e la definizione delle responsabilità.	SI
	Assicura la tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
2.3 AC: Continuità assistenziale	Assicura la continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nei PAI in modo appropriato rispetto all'evoluzione del quadro clinico assistenziale e delle necessità del paziente	SI
	Garantisce la copertura delle cure con la loro distribuzione su almeno 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 dai requisiti autorizzativi.	SI
	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.	SI
	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; b) la documentazione sanitaria della persona assistita sia a disposizione degli operatori coinvolti nel PAI.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
2.4 AC: Monitoraggio e valutazione	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
	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.	SI
	Mette in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate.	SI



	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 indicatori vigenti.	SI	
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità		
2.5 AC: Modalità di gestione della documentazione sanitaria	Adotta procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo.	SI	
	Analizza i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive.	SI	
	Formalizza e attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.	SI	
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità		



3° Criterio - 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	L'ORGANIZZAZIONE	NOTE
3.1 AC Idoneità all'uso delle strutture (sede operativa e relative caratteristiche)	Dispone di una sede operativa sita nel territorio della Azienda sanitaria nella quale si esercita l'attività domiciliare.	SI
	E' dotata di una segreteria operativa che garantisca la continuità del servizio, in coerenza con quanto previsto dai requisiti autorizzativi organizzativi.	SI
	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).	SI
	Assicura la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
3.2 AC: Contati abilità telefonica	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.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
3.3 AC: Dotazioni Informatiche	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 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.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
3.4 AC: Dotazione di materiali sanitari	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
	Si attiene alle modalità aziendali della erogazione per i farmaci, le apparecchiature elettromedicali e i presidi necessari all'attività domiciliare.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	

4° Criterio - 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	L'ORGANIZZAZIONE		NOTE
4.1 AC: Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	Garantisce l'individuazione di un responsabile della formazione.	SI	
	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.	SI	
	Cura la formazione negli ambiti specifici richiamati ai punti 4.2 (nuovo personale), 6.2 (procedure), 8.1 (umanizzazione).	SI	
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità		
4.2 AC: Inserimento e addestramento di nuovo personale	Predisporre un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il nuovo personale.	SI	
	Formalizza e mette in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti.	SI	
	Adotta e mette in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale per il nuovo personale entro il 1 anno dall'assunzione.	SI	
	Prevede una valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento.	SI	
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità		
4.3 AC: Valutazione del personale	Elabora un piano di valutazione periodico (annuale) di tutto il personale che tenga conto delle capacità relazionali e di comunicazione e delle competenze tecniche nell'ottica del miglioramento del servizio e della crescita professionale.	SI	
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità		



5° Criterio - Comunicazione, nella consapevolezza che una buona comunicazione e relazione tra professionisti e 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 pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nell'erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento".

REQUISITO	L'ORGANIZZAZIONE	NOTE
5.1 AC: Modalità di comunicazione Interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori	Favorisce la comunicazione tra gli operatori del servizio e promuove azioni per un eventuale miglioramento, anche con la programmazione e l'effettuazione di regolari riunioni di equipe.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
5.2 AC: Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione	Effettua indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori.	SI
	Facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
5.3 AC: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai 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.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
5.4 AC: Coinvolgimento delle persone assistite, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	Adotta modalità operative finalizzate a preservare e favorire i rapporti fiduciosi tra le persone assistite e gli operatori anche nell'ambito del turn over del personale.	SI
	Illustra alla persona assistita e ai familiari/caregiver la definizione del piano assistenziale.	SI
	Propone eventualmente 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.	SI
	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.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
5.5 AC Modalità di ascolto delle persone assistite	Prevede un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/caregiver, le cui conclusioni sono riportate nel fascicolo sanitario domiciliare.	SI
	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.	SI
	Prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (Customer satisfaction) anche in funzione delle disposizioni regionali.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	

6° Criterio - Appropriatelyzza clinica e sicurezza, in quanto l'efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure, ed é 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".

REQUISITO	L'ORGANIZZAZIONE		NOTE
6.1 AC: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche	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.	SI	
	Garantisce l'accessibilità del personale alla raccolta aggiornata di regolamenti interni, linee guida e documenti di riferimento nazionali e internazionali.	SI	
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità		
6.2 AC: Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure	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.	SI	
	Garantisce il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale).	SI	
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità		
6.3 AC: Programma per la gestione del rischio clinico	Elabora sulla base della valutazione del rischio, già prevista nei requisiti autorizzativi, 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.	SI	
	Definisce le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico.	SI	
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità		



7° Criterio - 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	L'ORGANIZZAZIONE	NOTE
7.1 AC: Progetti di miglioramento	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.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	
7.2 AC: Adozione di iniziative di innovazione	Predisporre 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'equipe curante.	SI
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità	



8° Criterio - 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	L'ORGANIZZAZIONE		NOTE
8.1 AC: Programmi per l'umanizzazione delle cure	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").	SI	
	Attua modalità concordate con l'Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili.	SI	
	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.	SI	
FASE	<input type="checkbox"/> FASE 1 : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> FASE 2 : Implementazione <input type="checkbox"/> FASE 3 : Monitoraggio <input type="checkbox"/> FASE 4 :Miglioramento della qualità		



**PROCEDURE E MODELLO DI DOMANDA PER IL
RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE
DELLE CURE DOMICILIARI (ADI)**



PROCEDURE E MODALITA' PER IL RILASCIO E IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE CHE EROGANO CURE DOMICILIARI (ADI)

1. AMBITO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture/attività sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private che erogano cure domiciliari.

2. DOMANDA DI ACCREDITAMENTO

La domanda di accREDITAMENTO deve essere presentata dai soggetti interessati, in possesso dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria ai sensi della L.R. 32/2007 e ss.mm.ii., al Direttore del Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo.

La domanda va redatta sull'apposito Modulo (Mod. Accr. Ist. 01) e presentata unitamente alla documentazione richiesta e alle "Schede di autocertificazione a cura delle strutture socio-sanitarie richiedenti il rilascio/rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale" (**Allegato 2**).

1. ISTRUTTORIA

Il Dirigente del competente Servizio in materia di accREDITAMENTO del Dipartimento Sanità verifica la completezza della domanda di accREDITAMENTO e dei suoi allegati e, in caso di esito negativo della verifica di conformità della domanda, richiede idonea integrazione all'interessato, nel termine di trenta giorni dal ricevimento della domanda medesima.

Il Servizio competente in materia di accREDITAMENTO del Dipartimento Sanità, al fine della correttezza dell'istruttoria amministrativa dovrà verificare:

- la completezza della domanda e della documentazione allegata;
- la conformità del titolo autorizzatorio, rilasciato dal Comune competente alla struttura richiedente, a tutte le indicazioni che dovranno essere contenute ai sensi di quanto espressamente previsto al punto 3 dell'art. 4 della L.R. 32/2007 e ss.mm.ii;
- ove la struttura sia tenuta, la sussistenza della dichiarazione triennale attestante il mantenimento del possesso dei requisiti minimi autorizzativi inviata dal legale rappresentante.

Al termine della richiamata istruttoria amministrativa il Servizio competente in materia di accREDITAMENTO trasmette la domanda di accREDITAMENTO alla Segreteria Tecnica dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.).

2. COMPOSIZIONE DEI COMPONENTI DEL GRUPPO VISITA GERA

La Segreteria Tecnica dell'O.T.A. predispone l'individuazione dei componenti del Gruppo Visita GERA e del responsabile "Team Leader", facenti parte dell'elenco degli Esperti Regionali per l'AccREDITAMENTO (G.E.R.A.), ponendo attenzione alle condizioni di compatibilità dei valutatori G.E.R.A rispetto alla sede territoriale della struttura da accREDITARE nonché all'assenza di conflitti di



interessi. Il Comitato di Coordinamento Regionale per l'Accreditamento (C.C.R.A.) valida la proposta di composizione dei componenti del Gruppo Visita GERA, controllando le condizioni di compatibilità dei valutatori GERA designati.

3. ATTIVAZIONE DELLE VERIFICHE

Il C.C.R.A. attiva le verifiche per il rilascio alle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, dell'accreditamento istituzionale e dei rinnovi degli stessi, per il tramite dei valutatori G.E.R.A, nonché, su richiesta specifica del Dipartimento Sanità, coordina l'attività di vigilanza sul possesso dei requisiti di accreditamento istituzionale per il tramite dei G.E.R.A. ai sensi dell'art.7 della L.R. n.32/2007 e s.m.i..

4. FUNZIONI DEL GRUPPO VISITA GERA PER LA VERIFICA DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

Il Gruppo Visita GERA, individuato dalla Segreteria Tecnica dell'O.T.A ai fini delle verifiche del possesso dei requisiti di accreditamento, tra i componenti facenti parti dell'Elenco Regionale dei G.E.R.A.(Gruppo Visita G.E.R.A.) e validato dal C.C.R.A. sarà composto da un numero di componenti adeguato alla complessità logistica ed organizzativa della struttura sottoposta a verifica: in nessun caso il Gruppo Visita G.E.R.A. può essere costituito da meno di tre o più di sette operatori, di cui uno designato come Responsabile (Team Leader). Vengono, altresì, individuati i componenti supplenti in caso di dimissioni o sopravvenuta impossibilità dei titolari.

I componenti del Gruppo Visita G.E.R.A. incaricati, entro 3 giorni dall'assegnazione dell'incarico, devono far pervenire la comunicazione di accettazione dell'incarico unitamente alla dichiarazione di assenza del conflitto di interesse, o segnalare eventuali condizioni di incompatibilità allo svolgimento di tale funzione.

Il Responsabile del Gruppo Visita G.E.R.A. rappresenta il Gruppo nei rapporti con l'O.T.A. e svolge le seguenti funzioni:

- a) programma la prima visita di sopralluogo che consisterà nella verifica di tutte le componenti dell'organizzazione autocertificate dal rappresentante legale della struttura. La data in questione deve essere fissata entro l'arco temporale massimo di quindici giorni dalla formale comunicazione della costituzione del Gruppo Visita G.E.R.A., nel rispetto dei tempi indicati dal CCRA;
- b) cura l'invio al legale rappresentante della struttura sanitaria o socio-sanitaria della notifica relativa alla visita da parte del Gruppo Visita G.E.R.A di Accreditamento. La data in questione deve essere fissata entro l'arco temporale massimo di quindici giorni dalla formale costituzione del Gruppo Visita G.E.R.A.. Tale comunicazione deve esplicitare: data, orario della visita, nominativi dei membri del Gruppo Visita G.E.R.A, durata prevedibile del sopralluogo, responsabili o operatori che si intendono intervistare, estensione delle attività di "audit" e materiale documentale da predisporre a cura della struttura che si intende accreditare;
- c) organizza e coordina il Gruppo Visita G.E.R.A. con particolare attenzione al rispetto dei tempi previsti per il procedimento;



- d) supervisiona il lavoro del Gruppo Visita G.E.R.A.;
- e) trasmette alla Segreteria Tecnica dell'O.T.A. la Relazione Finale, inerente la verifica effettuata, sottoscritta da tutti i componenti del Gruppo Visita G.E.R.A.

I componenti del Gruppo Visita G.E.R.A. svolgono le seguenti funzioni:

- svolgimento delle attività di verifica;
- redazione e sottoscrizione della Relazione Finale, dei relativi verbali di sopralluogo

5. ACCERTAMENTO DEL POSSESSO DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

Il Team Leader del Gruppo Visita G.E.R.A. designato invia al Legale rappresentante della struttura richiedente l'accREDITAMENTO la comunicazione della data di verifica.

Il Gruppo Visita G.E.R.A. esegue la verifica presso la struttura nei termini indicati dal C.C.R.A. e redige verbale della stessa.

All'esito delle verifiche il responsabile del Gruppo Visita GERA, entro il termine stabilito dal C.C.R.A., trasmette alla Segreteria Tecnica dell'O.T.A. la Relazione Finale, con indicazione delle evidenze raccolte e degli eventuali rilievi e/o osservazioni.

Al fine della predisposizione della proposta di accREDITAMENTO, la Relazione Finale viene trasmessa all'ASR Abruzzo che, qualora ritenuto opportuno, potrà richiedere al Legale Rappresentante della struttura eventuali integrazioni e/o chiarimenti da far pervenire all'ASR Abruzzo entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta. Se necessario sarà possibile riattivare il Gruppo Visita GERA per un'ulteriore verifica.

L'ASR Abruzzo elabora la propria proposta esprimendo:

- parere favorevole ai fini del rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale (AccREDITAMENTO Istituzionale);
- parere negativo motivato ai fini del rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale (Diniego);
- richiesta di piano di azioni correttive, ai fini del rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale (AccREDITAMENTO con prescrizione).

La proposta elaborata dall'ASR Abruzzo viene inoltrata al C.C.R.A., il quale formula la Valutazione Finale da trasmettere al Dipartimento Sanità per il rilascio/rinnovo o diniego dell'accREDITAMENTO istituzionale.

6. RILASCIO DEL PROVVEDIMENTO DI ACCREDITAMENTO

Il provvedimento di accREDITAMENTO prevede le seguenti fattispecie:

- Diniego AccREDITAMENTO;
- AccREDITAMENTO con prescrizione e tempi di adeguamento;
- AccREDITAMENTO Istituzionale

Il competente Dipartimento Sanità propone alla Giunta Regionale la deliberazione relativa all'accREDITAMENTO/rinnovo, al diniego o accREDITAMENTO con prescrizione.

L'atto adottato sarà notificato dal Servizio competente in materia di accREDITAMENTO del Dipartimento Sanità al Legale Rappresentante della struttura e per conoscenza all'ASR Abruzzo.

7. DOMANDA PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

La domanda per il rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale deve essere presentata dai soggetti interessati, almeno sei mesi prima della scadenza quinquennale, con le stesse modalità descritte per il rilascio dell'accREDITAMENTO, utilizzando la medesima modulistica e documentazione prevista dalla vigente normativa regionale.



**DOMANDA PER IL RILASCIO/RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE
SANITARIE E SOCIO SANITARIE per LE CURE DOMICILIARI
(L.R. n. 32/2007 ss.mm.ii.)**

Mod. Acc. Ist.

Marca da bollo
da € 16,00

Al Direttore del Dipartimento Sanità

Regione Abruzzo
Via Conte di Ruvo, 74
65127 PESCARA

A

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n° _____
Codice Fiscale n°: _____ Telefono n° _____
PEC _____

B

titolare legale rappresentante della: Società Ente Azienda Studio

Partita IVA _____ con Sede in _____ Prov.()
Via _____ n° _____

CHIEDE:

- il rilascio dell'accreditamento istituzionale**
- il rinnovo dell'accreditamento istituzionale**

C

Per la struttura
Denominato (1): _____
Sito nel Comune di _____
Via / P. zza _____ n. _____
Tipologia di struttura: CURE DOMICILIARI (ADI)



A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara che:

- per la struttura è stata rilasciata l'autorizzazione definitiva all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria (art 4 della L.R. n. 32/2007 s.m.i.);
- che la struttura possiede i requisiti di accreditamento come indicato nelle schede del Manuale di Accreditamento, redatte e sottoscritte (Allegato 2);
- che la direzione sanitaria/responsabilità¹ è affidata al:

Dott. _____

nato il _____ Laureato in _____

il _____ presso l'Università degli studi di _____

specialista in _____

iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____

Il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

Allega inoltre alla domanda la necessaria documentazione, così come specificato nelle istruzioni per la compilazione della stessa.

Data: _____

Firma del Direttore Sanitario/Responsabile

Firma del Titolare o Legale rappresentante

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data

Firma _____



**COMPILAZIONE DELLA DOMANDA PER IL RILASCIO/RINNOVO
DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE
PER LE CURE DOMICILIARI**

(L.R. n.32/2007 e ss.mm.ii.)

La domanda di accreditamento ai sensi della L.R. n.32/2007 e s.m.i., debitamente datata e firmata, va presentata unitamente alle "Schede di autocertificazione a cura delle strutture socio-sanitarie richiedenti il rilascio/rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale" (Allegato 2) del Manuale di AccREDITAMENTO Istituzionale redatte e sottoscritte.

La stessa deve essere prodotta in copia unica.

La domanda deve essere sottoscritta dal Direttore Sanitario/Responsabile Sanitario e dal Titolare della struttura o dal suo Legale Rappresentante.

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente. La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura o dal suo Legale Rappresentante.

Il riquadro B deve essere sempre compilato in tutte le parti di interesse.

Il riquadro C deve essere compilato in tutte le parti di interesse indicando.

al punto (1) la denominazione della struttura.

Alla domanda deve essere allegata la documentazione descritta di seguito:

- 1. Copia dell'autorizzazione definitiva all'esercizio** dell'attività sanitaria o socio sanitaria, rilasciata dal Comune competente per territorio **ai sensi della L.R. n. 32/2007 e s.m.i.**, e, ove la struttura sia tenuta, copia della dichiarazione triennale attestante il mantenimento del possesso dei requisiti minimi organizzativi definiti dal manuale di Autorizzazione ai sensi dell'art. 5 della L.R. 32/2007 e s.m.i.
- 2. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 DPR 445/2000 e s.m.i, firmata dal suo Legale Rappresentante o dal Responsabile della Struttura, contenente altresì la dichiarazione di conformità al possesso dei requisiti per l'accREDITAMENTO (**Allegato 2**).
- 3. Copie fotostatiche delle "Schede di autocertificazione a cura delle strutture socio-sanitarie richiedenti il rilascio/rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale" del Manuale di AccREDITAMENTO (Allegato 2)**, firmate singolarmente, attinenti i criteri e i requisiti di accREDITAMENTO della struttura.
- 4. Copia fotostatica di un documento di identità** in corso di validità dei sottoscrittori della domanda.



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 46, 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a _____ Prov. di _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n° _____
Prov. di _____
Codice Fiscale n°: _____
PEC _____

In qualità di: (cancellare la parte che non interessa)

- Legale Rappresentante
- Procuratore

dell'operatore economico

con sede in _____ Prov (_____) via _____ n. cap _____
Partita IVA _____ codice fiscale _____ natura
(pubblica/privata,) _____ forma giuridica _____ data
di costituzione _____ Posizione INPS, INAL, CCNL _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- il possesso di tutti i requisiti per l'accreditamento, come da copie fotostatiche delle schede del manuale di accreditamento singolarmente firmate (Allegato 2).
- di non aver riportato condanna definitiva (compresa la sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 c.p.p.) per reati gravi in danno dello Stato o della comunità



- che incidono sulla moralità professionale e di non aver riportato condanne penali per fatti imputabili all'esercizio di unità d'offerta del sistema sanitario;
- c) di non essere incorso nella applicazione della pena accessoria della interdizione da una professione o da un'arte e interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
 - d) di non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di prevenzione;
 - e) che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'art. 9 comma 2, lett. c), D.Lgs., 8 giugno 2001 n. 231 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica;
 - f) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, o di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
 - g) di assicurare al personale in servizio la piena contribuzione previdenziale ed assicurativa secondo quanto previsto dalle normative vigenti, nonché l'applicazione del CCNL di categoria ovvero di altro accordo sindacale stipulato a livello nazionale;
 - h) di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali ed assistenziali,
 - i) di rispettare gli standards qualitativi e quantitativi di personale uguali per le strutture pubbliche e private, così come definiti nel Manuale di autorizzazione approvato con Deliberazione della Giunta Regionale, n. 591/P del 1° luglio 2008 s.m.i.
 - j) di non aver riportato la condanna con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per uno dei seguenti reati:
 - delitti, consumati o tentati, di cui agli art. 416, 416 bis del codice penale ovvero delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dal predetto articolo 416-bis ovvero al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo, nonché per i delitti, consumati o tentati, previsti dall'art. 74 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, 309, dall'art. 291-quater del Decreto del Presidente della Repubblica 23 gennaio 1973, n. 43 e dall'articolo 260 del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, in quanto riconducibili alla partecipazione a un'organizzazione criminale, quale definita all'articolo 2 della decisione quadro 2008/841/GAI del Consiglio;
 - consumati o tentati di cui agli art. 317,318,319,319-ter, 319-quater, 320,321,322,322-bis, 353,353- bis, 354, 355 e 356 del codice penale nonché all'articolo 2635 del codice civile;
 - frode ai sensi dell'art.1 della convenzione relativa alla tutela degli interessi finanziari delle Comunità Europee;
 - delitti, consumati o tentati, commessi con finalità di terrorismo, anche internazionale, e di eversione dell'ordine costituzionale reati terroristici o reati connessi alle attività terroristiche;
 - delitti di cui agli articoli 648-bis, 648-ter e 648-ter del codice penale, riciclaggio di proventi di attività criminose o finanziamento del terrorismo, quali definiti all'art.1 del decreto legislativo 22 giugno 2007, n. 109 e successive modificazioni;
 - sfruttamento del lavoro minorile o altre forme di tratta di esseri umani definite con il decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24;
 - ogni altro delitto da cui derivi, quale pena accessoria, l'incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016;
 - l'assenza di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui



all'art. 84, comma 4, del medesimo decreto;

- k) di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili, ai sensi dell'art. 17, Legge 12-03-1999, nr. 68, ovvero di non essere assoggettato alle predette norme, specificandone la motivazione;
- l) che, con riferimento agli obblighi di cui al D.Lgs. n. 81/2008 (Testo Unico di sicurezza sul lavoro), l'impresa non ha commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di sicurezza ed a ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro, risultanti dai dati in possesso dell'Osservatorio, e che ha formulato l'offerta tenendo conto delle norme in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori anche in relazione alle disposizioni integrative e correttive del D.Lgs. 9 aprile 2008, nr. 81, in materia della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, apportate dal D.Lgs. 3 agosto 2009, nr. 106;
- m) che non sussiste il divieto di contrattare con le pubbliche amministrazioni previsto dall'art. 53, comma 16-ter, del D. Lgs. nr. 165/2001, secondo il quale "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, D.Lgs. n. 165/2001 non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti."

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. N. 196/2003 e s.m.i. che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

(luogo e data)

Il Dichiarante

