

REGIONE  
ABRUZZO



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

**REGIONE ABRUZZO**

## INTRODUZIONE

La Regione Abruzzo ha recepito 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, il presente manuale declina, per la Regione Abruzzo, le specifiche di autorizzazione e accreditamento delle strutture eroganti le prestazioni di cure domiciliari.

In quanto livello essenziale di assistenza, le cure domiciliari 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.

L'assistenza domiciliare integrata si configura quindi come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi di vario livello di intensità e complessità assistenziale, nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza, con benefici in termini di benessere degli assistiti, recupero di appropriatezza ed uso efficiente delle risorse.

Il Manuale ha lo scopo di fissare gli standard di riferimento volti al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza dell'organizzazione, dell'impiego delle risorse umane e materiali e della formazione, nonché di sviluppare, in accordo con la Delibera di Giunta 32 del 18 gennaio 2024 – che ha definito il fabbisogno pluriennale dei livelli di cure domiciliari, in armonia con i target e le milestones PNRR in materia -, un sistema che determini un livello qualitativamente elevato delle prestazioni rivolto al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini.

Con Delibera di Giunta Regionale n.693 del 18 settembre 2008, la Regione Abruzzo aveva approvato il Documento Tecnico "Autorizzazione e Accredimento delle Cure Domiciliari" che formulava nel dettaglio i requisiti di autorizzazione e accreditamento delle Cure Domiciliari; con la successiva DGR 274 del 16 maggio 2023 è stato approvato il nuovo manuale di autorizzazione e accreditamento in attuazione degli adempimenti di cui alla DGR 769/2021. A seguito dei rilievi formulati dal Ministero della Salute nel 2023 in fase di approvazione/valutazione degli atti programmatici regionali, la Regione ha riformulato i requisiti autorizzativi e di accreditamento nell'ambito del presente documento secondo una più stretta aderenza al dettato dell'Accordo Stato-Regioni del 151/CSR del 4 agosto 2021.

In seguito, le modifiche apportate alle norme regionali in materia di autorizzazione e accreditamento istituzionale in sanità dalla L.R. 4/2024 (che ha aggiunto, tra gli altri, il comma 1-bis dell'art. 2 della L.R. 32/07) hanno sancito

che l'avvio delle attività sanitarie e socio-sanitarie di assistenza domiciliare è assoggettato alla sola autorizzazione all'esercizio.

## **ORGANIZZAZIONE DEL MANUALE**

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

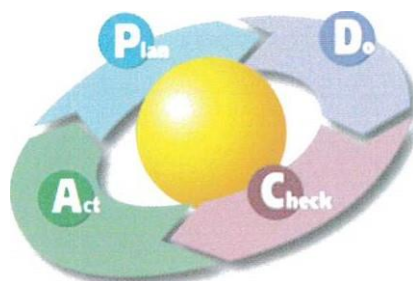
### **REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO**

Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, 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 e in cure domiciliari integrate di primo, secondo e terzo livello.

Nel manuale di autorizzazione sono dettagliati i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, i quali sono parte integrante – tra gli altri – dei requisiti di autorizzazione all'esercizio.

### **REQUISITI DI ACCREDITAMENTO**

Il manuale rappresenta uno strumento per valutare, monitorare e migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni. 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 Accreditamento delle Cure Domiciliari di n. 5 allegati di seguito riportati:

- 1) **ALLEGATO 1:** Requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'attività di cure domiciliari
- 2) **ALLEGATO 2:** Modello di domanda per il rilascio / la conferma 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 attestante il possesso dei requisiti

**REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA'  
DI CURE DOMICILIARI**

1. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI	
<b>L'organizzazione che eroga cure domiciliari:</b>	
<b>1.1. AU - Sede organizzativa e operativa</b>	<input type="checkbox"/> Dispone almeno di una sede organizzativa, che può coincidere con la sede operativa, nell'ambito del territorio regionale, rapportata alla tipologia e alla complessità dell'attività svolta; tale sede svolge funzioni di centro organizzativo del servizio di cure domiciliari, di segreteria per informazioni e comunicazioni (call center), di raccolta di suggerimenti e reclami; dispone di almeno una sede operativa, dislocate sul territorio nel rispetto dei criteri di prossimità. Le sedi sono collegate tra loro in relazione alla distribuzione degli interventi territoriali.
<b>1.2 AU - Locali e spazi della sede organizzativa e operativa</b>	<p>Dispone di locali e spazi quali:</p> <p><b>per la sede organizzativa:</b></p> <input type="checkbox"/> un locale per l'organizzazione dei servizi, le attività amministrative di segreteria (call center) aperto secondo il requisito 3.2.2; <input type="checkbox"/> un locale dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di equipe, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico; <input type="checkbox"/> uno spazio (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio; <input type="checkbox"/> uno spazio per la conservazione sicura della documentazione sanitaria; servizi igienici per il personale; <input type="checkbox"/> servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico. <p><b>Per la sede operativa:</b></p> <input type="checkbox"/> un locale/spazio (es. armadi) ad uso deposito del materiale pulito/magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta della farmacia e dei presidi sanitari; <input type="checkbox"/> un locale/spazio (es. armadi) per deposito del materiale sporco, con uno spazio delimitato adibito al lavaggio, nonché alla sterilizzazione dei materiali laddove non venga utilizzato solo materiale monouso o non ci si avvale di servizi esterni di sterilizzazione; uno spogliatoio per il personale; <input type="checkbox"/> un locale dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di equipe, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico; <input type="checkbox"/> uno spazio (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio; uno spazio per la conservazione della documentazione sanitaria; <input type="checkbox"/> servizi igienici per il personale; <input type="checkbox"/> servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico. <p>Tutti i locali devono essere in possesso dei requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente</p>

2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI TECNOLOGICI

In funzione dei livelli di attività erogata, l'Organizzazione garantisce:	
2.1 AU - Automezzi	<input type="checkbox"/> La disponibilità di mezzi di trasporto idonei a garantire la mobilità degli operatori e delle attività organizzative di supporto; <input type="checkbox"/> la conformità dei mezzi di trasporto alla normativa vigente (copertura assicurativa e altro); <input type="checkbox"/> un programma di controllo e manutenzione dei mezzi;
2.2. AU - Apparecchiature	<input type="checkbox"/> Tutte le attrezzature, i dispositivi medici e le apparecchiature elettromedicali, conformi alla normativa vigente, necessari a garantire l'erogazione delle rispettive prestazioni domiciliari erogate; <input type="checkbox"/> la dotazione minima delle apparecchiature, che deve essere sottoposta a verifiche periodiche, che comprende: stetoscopi, sfigmomanometri, glucometri, saturimetri, aspiratori;
2.2 AU - Dotazioni telefoniche ed informatiche	<input type="checkbox"/> L'adozione presso la sede organizzativa e operativa di un sistema informativo utile all'organizzazione dell'assistenza, specifico per l'attività nei diversi livelli assistenziali e che consenta l'immediata individuazione del fascicolo delle persone assistite e il controllo aggiornato del profilo di assistenza; <input type="checkbox"/> i supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e un sistema integrato di telecomunicazione e tecnologie audio-video con i relativi software, per creare, elaborare, archiviare, proteggere e scambiare dati elettronici comprese le prestazioni di telemedicina;
2.4 AU - Dispositivi di protezione individuale	<input type="checkbox"/> La valutazione dei rischi ai sensi della vigente normativa e l'assegnazione dei dispositivi di protezione individuale agli operatori;
2.5. AU - Dotazioni per smaltimento rifiuti speciali	<input type="checkbox"/> Le dotazioni necessarie per lo smaltimento dei rifiuti speciali come previsto dalla normativa vigente;
2.6 AU - Contenitori per campioni biologici	<input type="checkbox"/> I contenitori per il trasporto dei campioni biologici a norma di legge;
2.7 AU - Borse attrezzate	<input type="checkbox"/> Le borse per il personale sanitario, dotate del materiale necessario per l'attività da svolgere verificato attraverso una check list predefinita; <input type="checkbox"/> lo zaino per la gestione delle emergenze dotato di check list predefinita;
2.8 AU - Gestione e manutenzione di attrezzature/apparecchiature	<input type="checkbox"/> La verifica periodica dello stato di funzionamento e manutenzione delle apparecchiature in dotazione, mediante: <input type="checkbox"/> un inventario aggiornato delle attrezzature /apparecchiature utilizzate; <input type="checkbox"/> la presenza e la disponibilità di tutta la documentazione relativa ai collaudi, ispezioni e interventi di manutenzione e monitoraggio del funzionamento; <input type="checkbox"/> la presenza e la disponibilità della documentazione tecnica (con istruzioni per l'uso in lingua italiana) relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, per ogni verifica necessaria; <input type="checkbox"/> l'addestramento, qualora necessario, del personale coinvolto nell'utilizzo delle attrezzature e dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, opportunamente documentato.

### 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI

#### 3.1. AU - Responsabilità e personale



<b>L'organizzazione garantisce:</b>	
<b>3.1.1 AU - Responsabilità dell'Organizzazione</b>	<input type="checkbox"/> Che la responsabilità complessiva dell'Organizzazione stessa sia affidata a un direttore sanitario, o per le organizzazioni pubbliche, al responsabile medico designato dall'Azienda Sanitaria. Tale figura è responsabile del mantenimento dei requisiti sanitari e della verifica di qualità degli interventi svolti, della corretta gestione (acquisizione, stoccaggio, distribuzione, utilizzo o manutenzione) di tutto il materiale sanitario/presidi/attrezzature/apparecchiature, della sorveglianza sulla valutazione del personale e sulla documentazione sanitaria da questi redatta, della gestione del rischio clinico, della definizione delle modalità di comunicazione e raccordo con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, nonché con gli Specialisti di riferimento; che, per i servizi di cure domiciliari integrate (ADI) vengano garantite le funzioni di coordinamento e responsabilità clinica, infermieristica e amministrativa; che per ogni persona in carico per cure domiciliari sia garantita continuità della presa in carico per tutta la durata dell'assistenza, coerentemente con il Piano Assistenziale;
<b>3.1.2 AU - Dotazione di personale</b>	<input type="checkbox"/> Che la dotazione di personale, in termini numerici e di figure professionali coinvolte, sia proporzionata alla tipologia di attività che intende erogare integrando fra di loro le diverse figure professionali, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione, OSS, dietisti, psicologi e le altre figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI;
<b>3.1.3 AU - Requisiti per il personale (titoli e formazione)</b>	<input type="checkbox"/> che tutte le figure professionali siano in possesso dei requisiti necessari per svolgere la professione corrispondente, secondo la normativa vigente (titoli, eventuali abilitazioni, iscrizioni ad Albi ed Ordini professionali); <input type="checkbox"/> che sia effettuata la verifica dei titoli in possesso degli operatori; che siano rispettati gli obblighi normativi di formazione continua per tutti i professionisti sanitari; <input type="checkbox"/> che vi sia formazione in merito a: procedure interne organizzative, procedure operative adottate (in funzione del profilo), umanizzazione delle cure e qualità delle relazioni, certificazione BLS (primo soccorso con l'impiego di defibrillatore semiautomatico) aggiornata, sicurezza sul lavoro, gestione del rischio clinico, che esista evidenza della formazione, l'effettuazione di programmi di formazione per il nuovo personale;

<b>3.1.4 AU - Elenco degli operatori e fascicolo personale</b>	<input type="checkbox"/> che sia conservato e regolarmente aggiornato un elenco del personale impiegato, che riporti: la tipologia e il numero delle figure professionali, il possesso dei relativi requisiti professionali; la tipologia del rapporto di lavoro; che sia data evidenza della turnazione del personale; <input type="checkbox"/> che sia conservato, per il periodo previsto dalla normativa vigente, un archivio storico dei turni effettuati e della documentazione relativa ai servizi svolti, contenente i dati degli accessi a domicilio; <input type="checkbox"/> che sia costituito un fascicolo, anche in formato elettronico, relativo a ciascun operatore che presta attività, composto da: curriculum formativo aggiornato e la relativa documentazione, attestazioni della formazione continua obbligatoria, attestato di idoneità psicofisica al lavoro, valutazione di idoneità effettuata dal Medico competente; <input type="checkbox"/> attestazione della formazione obbligatoria in materia di sicurezza sul lavoro; - attestazione dell'aggiornamento continuo del BLSD; attestazione della formazione sulle procedure interne all'Organizzazione; possesso della patente di guida adeguata all'eventuale veicolo utilizzato ai fini dell'attività erogata; <input type="checkbox"/> che il fascicolo personale degli operatori sia conservato nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali;	
<b>3.1.5 AU - Regolarità del rapporto di lavoro</b>	nei confronti del proprio personale: <input type="checkbox"/> l'attuazione di condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro applicabili alla categoria di riferimento; <input type="checkbox"/> l'osservanza e l'applicazione di tutte le norme relative alle assicurazioni obbligatorie ed antinfortunistiche, previdenziali ed assistenziali; <input type="checkbox"/> l'applicazione della normativa in merito alla responsabilità civile in ambito sanitario.	
<b>3.1.6 AU Identificabilità degli operatori</b>	<input type="checkbox"/> L'utilizzo di strumenti per l'identificazione degli operatori nel rispetto della normativa sulla privacy (cartellino di riconoscimento riportante almeno: nome e cognome dell'operatore, ruolo, logo e nome dell'Organizzazione stessa).	
<b>3.2. AU - Procedure e gestione dell'attività</b>  <b>L'organizzazione assicura:</b>		
<b>3.2.1 AU Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</b>	<input type="checkbox"/> che siano definiti: il catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati; le modalità di accesso e di attivazione dalle cure domiciliari, la gestione delle eventuali urgenze; <input type="checkbox"/> che sia redatta la Carta dei Servizi (si veda punto 3.2.13); <input type="checkbox"/> che siano indicate le modalità di utilizzo di eventuali servizi sanitari erogati a distanza (telemedicina);	
<b>3.2.2 AU Garanzia Attività</b>	<input type="checkbox"/> che l'attività amministrativa sia garantita per almeno 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) e quella sanitaria su 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per le cure domiciliari di base e di 1° livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di 2° e 3° livello	
<b>3.2.3 AU - Regolamento Interno</b>	<input type="checkbox"/> che venga predisposto un Regolamento interno in cui siano definite: le funzioni e le responsabilità di tutte le figure professionali in relazione alla tipologia di attività svolta, le modalità di espletamento del servizio, l'equipaggiamento	

	<p>del personale di assistenza, compreso l'abito professionale, i sistemi di comunicazione;</p> <p><input type="checkbox"/> che venga definito un organigramma / funzionigramma</p>	
<b>3.2.4 AU - Gestione del Rischio Clinico (RC)</b>	<p><input type="checkbox"/> che venga effettuata la valutazione del rischio clinico, in relazione alla tipologia e al livello dell'attività svolta e, in base alla valutazione, vengano stabilite le azioni di mitigazione del rischio, le relative procedure e il monitoraggio; che la valutazione dei rischi includa le infezioni correlate all'Assistenza;</p> <p><input type="checkbox"/> che tutto il personale venga formato sul rischio clinico;</p> <p><input type="checkbox"/> che sia elaborato un piano per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza degli operatori e delle persone assistite, che comprenda anche la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e definisca ruoli, responsabilità, monitoraggio, verifiche e formazione dedicata;</p>	
<b>3.2.5 AU - Procedure scritte sul percorso di cura</b>	<p><input type="checkbox"/> che, in funzione delle tipologie di cure domiciliari, siano definite procedure scritte in merito a:</p> <p><input type="checkbox"/> modalità e strumenti di gestione della valutazione del bisogno attraverso strumenti validati,</p> <p><input type="checkbox"/> definizione del Piano di assistenza individuale semplificato per le cure domiciliari di base),</p> <p><input type="checkbox"/> criteri e modalità di erogazione delle prestazioni e di comunicazione interna,</p> <p><input type="checkbox"/> modalità e strumenti del passaggio di consegne,</p> <p><input type="checkbox"/> criteri di chiusura della presa in carico e di valutazione della persona assistita al momento della dimissione;</p>	
<b>3.2.6 AU - Documentazione sanitaria</b>	<p><input type="checkbox"/> che per ogni persona assistita sia utilizzato un fascicolo sanitario domiciliare, possibilmente informatizzato (semplificato per le cure domiciliari di base) e periodicamente aggiornato, contenente i dati relativi alla persona assistita e all'attività, tra cui almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i dati anagrafici,</li> <li>- il caregiver,</li> <li>- la data di inizio delle cure domiciliari,</li> <li>- gli operatori di riferimento,</li> <li>- la diagnosi,</li> <li>- gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es. allergia, caduta),</li> <li>- il consenso informato,</li> <li>- gli strumenti di valutazione utilizzati,</li> <li>- il piano di trattamento (in relazione all'attività svolta) completo di eventuali aggiornamenti,</li> <li>- le prestazioni erogate,</li> <li>- l'eventuale necessità di ausili e/o presidi,</li> <li>- le verifiche,</li> <li>- i risultati raggiunti,</li> <li>- la data e la motivazione della chiusura del piano assistenziale;</li> </ul> <p>che per tutte le tipologie assistenziali, presso il domicilio della persona assistita, sia disponibile il diario assistenziale contenente, per ogni accesso: data e ora, operatore/i, prestazioni svolte, firma dell'operatore. Può essere prevista anche la firma del paziente o del caregiver.</p>	

<b>3.2.7 AU - Modalità di trattamento dei dati e privacy</b>	<input type="checkbox"/> che tutti i documenti e/o i dati relativi alle persone assistite siano custoditi nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili, prevedendo modalità di accesso solo al personale abilitato e protezione da accessi non autorizzati; <input type="checkbox"/> che il sistema di archiviazione della documentazione sanitaria consenta un rapido accesso ai dati da parte degli operatori coinvolti nel processo di cura.	
<b>3.2.8 AU - Gestione di farmacia/presidi medico-chirurgici prodotti/prodotti nutrizionali</b>	<input type="checkbox"/> che vengano definite le modalità di controllo e le relative registrazioni di giacenze, integrità, scadenza di farmaci, presidi medico-chirurgici e prodotti nutrizionali, ai sensi della normativa vigente; <input type="checkbox"/> che la documentazione relativa alle verifiche sia disponibile e correttamente conservata; <input type="checkbox"/> che i presidi e i dispositivi soddisfino le caratteristiche di corretta conservazione, sanificazione e manutenzione, facile trasportabilità e sicurezza nel trasporto e che siano contrassegnati con marchio CE qualora previsto;	
<b>3.2.9 AU - Procedure specifiche</b>	<input type="checkbox"/> che siano disposte procedure: <ul style="list-style-type: none"> <li>- per garantire la sicurezza, la conservazione e il trasporto dei materiali biologici;</li> <li>- per la sanificazione, la disinfezione e la sterilizzazione di strumenti, materiali e mezzi di trasporto (in cui sia descritto anche il monitoraggio delle stesse su apposito registro);</li> <li>- per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;</li> <li>- per la somministrazione a domicilio di farmaci;</li> <li>- per la somministrazione della terapia trasfusionale secondo quanto previsto dalla normativa specifica vigente e in cui sia fatto riferimento alla tracciabilità del prodotto;</li> <li>- per la gestione delle emergenze-urgenze,</li> <li>- per la gestione degli accessi vascolari;</li> <li>- per il corretto smaltimento dei rifiuti, ivi compresi quelli speciali, in conformità alla normativa vigente;</li> <li>- altre procedure specifiche relative all'attività svolta (ad es. prevenzione e gestione delle lesioni cutanee da compressione, gestione dei cateterismi, gestione degli accessi vascolari, gestione della ventilazione meccanica invasiva o non invasiva e dell'ossigenoterapia, prevenzione delle cadute, valutazione del dolore etc.);</li> <li>- che le procedure siano aggiornate con una periodicità almeno triennale;</li> <li>- che le procedure siano diffuse agli operatori;</li> </ul>	
<b>3.2.10 U - Integrazione professionale</b>	<input type="checkbox"/> che gli operatori integrino i propri interventi ed effettuino il trasferimento reciproco delle informazioni, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi del Piano di assistenza individuale, alimentando il fascicolo di cui al punto 3.2.6; <input type="checkbox"/> che siano definiti ed applicati strumenti per il passaggio delle consegne;	
<b>3.2.11 AU - Valorizzazione e sostegno alla famiglia</b>	<input type="checkbox"/> che tra gli obiettivi della presa in carico assistenziale, venga dato rilievo alla valorizzazione e al sostegno del ruolo della famiglia, garantendo l'attività educativa, di formazione e addestramento, necessaria ai familiari/caregiver per la gestione della persona assistita a domicilio, formalizzata nel diario assistenziale (mediante firma del caregiver);	

<b>3.2.12 AU - Valorizzazione della partecipazione della persona assistita</b>	<input type="checkbox"/> che venga garantita la partecipazione della persona assistita nel processo di cura (empowerment) attraverso momenti formalizzati nel piano assistenziale individuale e registrati nel diario assistenziale;	
<b>3.2.13 U - Materiale informativo</b>	<input type="checkbox"/> che venga redatta e periodicamente aggiornata una Carta dei Servizi, conforme alla normativa vigente, contenente informazioni relative almeno a: prestazioni erogate, modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari, target di popolazione assistita, orari, tariffe praticate, contratti, modalità di presentare eventuali reclami. <input type="checkbox"/> che la Carta dei Servizi sia facilmente accessibile per l'utenza;	
<b>3.2.14 AU - Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi</b>	<input type="checkbox"/> che vengano definiti strumenti per la raccolta dei reclami, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;	
<b>3.2.15 AU - Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi</b>	<input type="checkbox"/> che venga definito di un documento con criteri e modalità per la valutazione della qualità dei servizi erogati; <input type="checkbox"/> che venga favorita la partecipazione del personale allo svolgimento di attività di valutazione (audit); <input type="checkbox"/> che vengano adottate modalità di valutazione della soddisfazione da parte dell'utente.	

**MODELLO DI DOMANDA PER IL RILASCIO / LA  
CONFERMA DELL'AUTORIZZAZIONE  
ALL'ESERCIZIO DELLE  
CURE DOMICILIARI (ADI)**

**DOMANDA PER IL RILASCIO / LA CONFERMA DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA O SOCIO-SANITARIA PER LE CURE DOMICILIARI e COMUNICAZIONE DI AMPLIAMENTO, TRASFORMAZIONE E TRASFERIMENTO DI SEDE (Art. 2, comma 1-bis e Art. 4 L.R.n.32/2007 ss.mm.ii.)**

**MOD 01**

Spazio per marca da bollo  
ove non esente

oppure

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO (14 caratteri)

Al SUAP del Comune di

Alla ASL di  
Dipartimento di Prevenzione  
A mezzo PEC

Alla Regione Abruzzo  
Dipartimento Sanità  
Servizio Accreditamento e Accordi Contrattuali  
[dpf018@pec.regione.abruzzo.it](mailto:dpf018@pec.regione.abruzzo.it)

**A**

Il/la sottoscritto/a	Nato/a a	Prov	il	Residente a	Via/Piazza	n
Codice Fiscale	Telefono					

**B**

Titolare legale rappresentante della: Società / Ente / Azienda / raggruppamento di operatori economici disciplinati dall'art. 65 del D. Lgs. 31 marzo 2023, n. 36

Partita IVA	con Sede in	Indirizzo	PEC	PEO
-------------	-------------	-----------	-----	-----

Con la presente

**CHIEDE il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio**

oppure

**CHIEDE la conferma dell'autorizzazione all'esercizio  
rilasciata dal Comune di                      in data**





Data

Firma del Direttore Sanitario:

Firma del Titolare o Legale rappresentante:

Si autorizza ai fini del trattamento dei dati personali raccolti ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 679/2016. Si informa che i dati personali (relativi a persone fisiche) da Lei forniti saranno trattati, da parte di Regione Abruzzo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati raccolti vengono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 del Regolamento. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dal GDPR, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso regolamento con il termine "trattamento". I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla informativa e/o dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. L'interessato ha il diritto di conoscere, correggere, aggiornare i dati personali che lo riguardano o di chiederne la cancellazione entro i limiti stabiliti dall'art. 17 del Regolamento europeo.

## **ALLEGATI ALLA DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO**

- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità dei sottoscrittori della domanda
- copia del progetto architettonico che deve garantire il rispetto dei requisiti minimi tecnologici strutturali ed impiantistici dettagliati nel Manuale di Autorizzazione e, in particolare, planimetria della struttura in scala 1:100, datata e sottoscritta da tecnico abilitato, quotata, riportante la numerazione di ogni locale con la relativa destinazione d'uso, le altezze, la superficie netta, i rapporti aeranti e illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari, il layout comprovante l'abbattimento delle barriere architettoniche, le dimensioni di porte e finestre;
- certificati di agibilità degli impianti;
- certificato prevenzione incendi;
- dichiarazione 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 firmate singolarmente dal Responsabile della struttura organizzativa;
- eventuali documenti attestanti il possesso di requisiti dichiarati del Manuale e non già a disposizione della Pubblica Amministrazione. 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;
- esito della valutazione antisismica ove prevista ai sensi della normativa vigente;
- per i soggetti esenti da imposta di bollo dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 38 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445) attestante il diritto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede.

**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 collegale alla specifica attività di cura e assistenza in un'ottica di miglioramento continuo"**

REQUISITO	L'ORGANIZZAZIONE		NOTE	
<b>1.1 AC: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto</b>	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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>FASE</b>	<input type="checkbox"/> <b>FASE 1</b> : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> <b>FASE 2</b> : Implementazione <input type="checkbox"/> <b>FASE 3</b> : Monitoraggio <input type="checkbox"/> <b>FASE 4</b> : Miglioramento della qualità			
<b>1.2 AC: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali</b>	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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>FASE</b>	<input type="checkbox"/> <b>FASE 1</b> : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> <b>FASE 2</b> : Implementazione <input type="checkbox"/> <b>FASE 3</b> : Monitoraggio <input type="checkbox"/> <b>FASE 4</b> : Miglioramento della qualità			

<b>1.3 AC: Definizione delle responsabilità</b>	Definisce il proprio organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni. Elabora e adotta un regolamento del personale.		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Definisce le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale.		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Elabora e adotta un regolamento del personale.		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<b>FASE</b>	<input type="checkbox"/> <b>FASE 1</b> : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> <b>FASE 2</b> : Implementazione <input type="checkbox"/> <b>FASE 3</b> : Monitoraggio <input type="checkbox"/> <b>FASE 4</b> : Miglioramento della qualità				

<b>1.4 AC: Presa in carico</b>	Recepisce strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e socio-sanitari e i risultati conseguiti		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Verifica che il Piano di Assistenza Individuale sia puntualmente aggiornato dall'equipe di cura in relazione alla modifica dei bisogni		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Garantisce che il Piano di Assistenza Individuale contenga: - 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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<b>FASE</b>	<input type="checkbox"/> <b>FASE 1</b> : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> <b>FASE 2</b> : Implementazione <input type="checkbox"/> <b>FASE 3</b> : Monitoraggio <input type="checkbox"/> <b>FASE 4</b> : Miglioramento della qualità				

<b>1.5 AC: Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)</b>	<p>Predisporre 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"> <li>- il PAI con tutti gli elementi descritti al punto 1.4;</li> <li>- le conclusioni del colloquio di presa in carico;</li> <li>- elementi di rischio specifici del paziente;</li> <li>- le attività e le prestazioni erogate;</li> <li>- le rivalutazioni periodiche ed i relativi esiti;</li> <li>- la data e le motivazioni della chiusura del PAI;</li> <li>- il documento di dimissione.</li> </ul>		<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	
	<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>		<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	
	<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>		<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	
	<p>Assicura la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività e prestazioni erogate.</p>		<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	
	<p>Attua le procedure regionali indicate per implementare il sistema informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIAD-NSIS) laddove previsto</p>		<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	
	<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>		<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	
<b>FASE</b>	<p><input type="checkbox"/> <b>FASE 1</b> : Presenza di documentazione e pianificazione</p> <p><input type="checkbox"/> <b>FASE 2</b> : Implementazione</p> <p><input type="checkbox"/> <b>FASE 3</b> : Monitoraggio</p> <p><input type="checkbox"/> <b>FASE 4</b> : Miglioramento della qualità</p>				

<b>1.6 AC: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi</b>	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.		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Il piano per il miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse anche dall'analisi dei reclami e dei disservizi.		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Relaziona alla ASL di competenza annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<b>FASE</b>		<input type="checkbox"/> <b>FASE 1</b> : Presenza di documentazione e pianificazione <input type="checkbox"/> <b>FASE 2</b> : Implementazione <input type="checkbox"/> <b>FASE 3</b> : Monitoraggio <input type="checkbox"/> <b>FASE 4</b> : 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 competente Servizio AccREDITAMENTO della Regione Abruzzo.

La domanda va redatta sull'apposito Modulo (**Mod. Accr. Ist. ADI**) 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 3**).

### **3. 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 formale 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 vi 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.).

### **4. COMPOSIZIONE DEI COMPONENTI DEL GRUPPO VISITA GERA**

La Segreteria Tecnica dell'O.T.A. predispone l'individuazione dei componenti del Gruppo Visita G.E.R.A. 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 G.E.R.A., controllando le condizioni di compatibilità dei valutatori G.E.R.A. designati.

### **5. ATTIVAZIONE DELLE VERIFICHE**

Il C.C.R.A. attiva le verifiche per il rilascio alle strutture sanitarie e sociosanitarie, 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..

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

Il Gruppo Visita G.E.R.A., 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 sociosanitaria 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. 1a 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.

#### 7. 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 prima 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.

## 8. RILASCIO DEL PROVVEDIMENTO DI ACCREDITAMENTO

Il provvedimento di accreditamento prevede le seguenti fattispecie:

- accreditamento Istituzionale / rinnovo di accreditamento;
- accreditamento con prescrizione e tempistiche di adeguamento;
- diniego di accreditamento.

Il competente Dipartimento Sanità propone alla Giunta Regionale la deliberazione relativa all'accreditamento/rinnovo, al diniego o all'accreditamento con prescrizione e tempi di adeguamento.

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.

## 9. 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. ADI**

Spazio per marca da bollo  
ove non esente

oppure

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO (14 caratteri)

Alla Regione Abruzzo  
Dipartimento Sanità  
Servizio Accreditamento e Accordi Contrattuali  
A mezzo PEC  
[dpf018@pec.regione.abruzzo.it](mailto:dpf018@pec.regione.abruzzo.it)

**A**

Il/la sottoscritto/a	Nato/a a	Prov	il	Residente a	Via/Piazza	n
Codice Fiscale	Telefono					

**B**

Titolare legale rappresentante della: Società / Ente / Azienda / Raggruppamento di operatori economici disciplinati dall'art. 65 del D. Lgs. 31 marzo 2023, n. 36

Partita IVA      con Sede in      Indirizzo      PEC      PEO

Con la presente

**CHIEDE**

- il rilascio dell'accREDITamento istituzionale  
 il rinnovo dell'accREDITamento istituzionale

**C**

Per la struttura denominata:      Con sede 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 3);
- che la direzione sanitaria/responsabilità è affidata al/alla:

Dott./Dott.ssa                      Nato/a il                      Laureato/a in                      il                      presso l'Università degli studi  
di                      specialista in                      iscritto presso l'Ordine dei                      della Provincia di                      al n.

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

Si autorizza ai fini del trattamento dei dati personali raccolti ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 679/2016. Si informa che i dati personali (relativi a persone fisiche) da Lei forniti saranno trattati, da parte di Regione Abruzzo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati raccolti vengono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 del Regolamento. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dal GDPR, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso regolamento con il termine "trattamento". I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla informativa e/o dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. L'interessato ha il diritto di conoscere, correggere, aggiornare i dati personali che lo riguardano o di chiederne la cancellazione entro i limiti stabiliti dall'art. 17 del Regolamento europeo.

## 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., (Allegato 4) 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 5) del Manuale di Accreditamento Istituzionale redatte e sottoscritte (Allegato 3).

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.

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 autorizzativi 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 5**).
3. **Copia delle "Schede di autocertificazione a cura delle strutture socio-sanitarie richiedenti il rilascio/rinnovo dell'accreditamento istituzionale" del Manuale di Accreditamento (Allegato 3)**, redatte e 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 ATTESTANTE IL POSSESSO DEI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO**

**(Art. 46, 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a Prov.	Nato/a Codice Fiscale n °:	Prov. di PEO	il PEC	Residente a	Indirizzo
-------------------------------	-------------------------------	-----------------	-----------	-------------	-----------

In qualità di:

- Legale Rappresentante  
 Procuratore

dell'operatore economico

Con sede in	Prov ( )	Indirizzo	n.	CAP	Partita Iva	Codice Fiscale
	Natura (pubblica/privata)	forma giuridica	Data di costituzione		Posizione	
INPS e INAIL	N.REA	CCNL applicato				

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**

- a) il possesso di tutti i requisiti per l'accreditamento, come da copie fotostatiche delle schede del manuale di accreditamento redatte e singolarmente firmate (Allegato 2).
- b) 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 1a 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 standard 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<sup>o</sup> luglio 2008 s.m.i. e successive modifiche e integrazione;

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, m. 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."

Si autorizza ai fini del trattamento dei dati personali raccolti ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 679/2016. Si informa che i dati personali (relativi a persone fisiche) da Lei forniti saranno trattati, da parte di Regione Abruzzo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati raccolti vengono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 del Regolamento. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dal GDPR, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso regolamento con il termine "trattamento". I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla informativa e/o dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. L'interessato ha il diritto di conoscere, correggere, aggiornare i dati personali che lo riguardano o di chiederne la cancellazione entro i limiti stabiliti dall'art. 17 del Regolamento europeo.

(luogo e data)

Il dichiarante