



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178".

Rep. Atti n. **151/CSR** del 4 agosto 2021

#### LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nell'odierna seduta del 4 agosto 2021:

VISTO l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA l'Intesa adottata il 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016" (Rep. Atti n. 82/CSR), all'articolo 5 (Assistenza territoriale) e all'articolo 6 (Assistenza sociosanitaria);

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016, sul documento "Piano nazionale della cronicità" (Rep. Atti n. 160/CSR), di cui all'articolo 5, comma 21, del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", all'articolo 21 sui percorsi assistenziali integrati e all'articolo 22 di caratterizzazione delle cure domiciliari in relazione all'intensità e alla complessità assistenziale;

VISTA l'Intesa adottata il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il "Patto per la Salute 2019-2021" (Rep. Atti n. 209/CSR) e in particolare la scheda 8 che prevede, nell'ambito dell'assistenza territoriale, la necessità di promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza domiciliare;

VISTO l'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 che ha modificato la disciplina di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 estendendo l'applicazione del sistema di autorizzazione all'esercizio, di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie e di accordi contrattuali, anche alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari;



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

TENUTO CONTO che l'estensione alle cure domiciliari del sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale dei soggetti erogatori, è finalizzato a garantire equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza;

VISTE le Intese del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e del 19 febbraio 2015 (Rep. n. 32/CSR) sul disciplinare tecnico dell'accredimento e relativo cronoprogramma di attuazione, che rappresentano il primo set di criteri, requisiti ed evidenze condivise a livello nazionale nel sistema di accreditamento istituzionale;

CONSIDERATO in particolare che, nell'ambito delle indicazioni sull'accredimento delle cure domiciliari, è stato inserito lo schema degli 8 criteri indicati nel Disciplinare tecnico dell'accredimento di cui alla richiamata Intesa del 20 dicembre 2012: Attuazione di un sistema di gestione dei servizi, Prestazioni e servizi, Aspetti strutturali, Competenze del personale, Comunicazione, Appropriatelyzza clinica e sicurezza, Processi di miglioramento ed innovazione, Umanizzazione;

VISTA la lettera del 24 giugno 2021, con la quale il Ministero della salute ha inviato i testi dei documenti relativi alla proposta di intesa di cui trattasi;

VISTA la nota del 5 luglio 2021, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha diramato i citati testi con contestuale convocazione di una riunione tecnica per il 15 luglio 2021;

TENUTO CONTO che nel corso della citata riunione le regioni hanno avanzato delle osservazioni trasmesse formalmente con nota del 19 luglio 2021 e inviate, da questo Ufficio di Segreteria, al Ministero della salute con nota in pari data;

VISTA la nota del 22 luglio 2021, diramata da questo Ufficio di Segreteria il 27 luglio 2021, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione dei suddetti documenti;

VISTO il formale assenso tecnico espresso dal Coordinamento tecnico della Commissione salute con nota del 27 luglio 2021;

CONSIDERATO che nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'Intesa sui citati documenti nelle versioni diramate il 27 luglio 2021;

ACQUISITO, quindi, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

**SANCISCE INTESA**

nei termini di cui in premessa, sul documento recante "Aspetti normativi e criteri di riferimento per il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle cure domiciliari (Allegato A)"; sulla "Proposta di requisiti di autorizzazione per lo svolgimento delle cure domiciliari (Allegato B)"; sulla "Proposta dei requisiti di accreditamento per lo svolgimento delle cure domiciliari (Allegato C)", nelle versioni diramate il 27 luglio 2021, parti integranti del presente Atto;

**SI CONVIENE**



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta nei termini di seguito riportati:

- a) le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano entro 12 mesi dalla data di sottoscrizione della presente Intesa provvedono ad attivare, ai sensi dell'art. 8-ter e dell'art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari, in coerenza con quanto previsto agli allegati A, B e C determinando, in particolare, il fabbisogno secondo le funzioni di assistenza individuate in sede di programmazione sanitaria per garantire i livelli essenziali di assistenza;
- b) Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano che hanno già adottato un proprio sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari provvedono ad adeguare tale sistema con quanto previsto dagli allegati A, B e C entro 12 mesi dalla data di sottoscrizione della presente Intesa;
- c) nelle more dell'individuazione del sistema tariffario da parte della competente Commissione nazionale, le tariffe sono definite dalle singole Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano;
- d) si provvederà ad un monitoraggio annuale dell'attuazione della presente Intesa tramite le attività del "Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale" previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR);
- e) Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono all'attuazione delle disposizioni di cui alla presente intesa nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a disposizione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il Segretario  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Il Presidente  
On.le Mariastella Gelmini

## ALLEGATO A - "ASPETTI NORMATIVI E CRITERI DI RIFERIMENTO PER IL SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE E DI ACCREDITAMENTO DELLE CURE DOMICILIARI"

### **1. Indicazioni normative**

Il riferimento normativo principale è costituito dalla legge 30 dicembre 2020, n. 178 (Legge di bilancio 2021), all'articolo 1, comma 406. Tale norma ha introdotto alcune modifiche alla disciplina di cui al decreto legislativo 23 dicembre 1992, n. 502 estendendo l'applicazione del sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie anche alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari. È un passaggio importante, in quanto si riconosce che le cure domiciliari richiedono una peculiare e complessa organizzazione, un "lavoro di rete" che coordina ed integra le varie figure professionali (medici, infermieri, professionisti della riabilitazione, operatori sociali e altre), organizzando anche le attività di supporto e di accesso alla specialistica ambulatoriale, acquisendo farmaci, dispositivi, presidi e gli ausili necessari per l'assistenza al domicilio, secondo le necessità rilevate. Viene pertanto riconosciuta la necessità che tali organizzazioni rispondano a precisi requisiti di sicurezza e qualità a garanzia della tutela della salute dei cittadini.

La programmazione sanitaria nazionale individua l'assistenza domiciliare quale *setting* privilegiato dell'assistenza territoriale. Il Dpcm 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, all'articolo 21 "Percorsi assistenziali integrati" stabilisce *"nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali"*. 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 e, per questo, comporta benefici in termini di benessere degli assistiti e in termini di appropriatezza ed efficienza nell'uso delle risorse.

L'articolo 22 dello stesso decreto articola le risposte assistenziali in più livelli di intensità e complessità assistenziale, individuati a partire dalla valutazione multidimensionale e dalla conseguente formulazione di piano assistenziale individuale. La classificazione nei diversi livelli è stata successivamente recepita nel flusso informativo SIAD sull'assistenza domiciliare. Il livello assistenziale è misurato dal Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cure (GDC) relative al periodo di presa in carico.

Questa metodologia mira a identificare gli interventi di livello base (con CIA inferiore a 0,14) che rispondono a bisogni di bassa complessità e, conseguentemente, richiedono interventi poco frequenti (meno di una volta alla settimana) e le cure domiciliari integrate classificate in tre livelli (I, II, III), per i quali è prevista una sempre maggiore intensità degli accessi, multiprofessionalità e complessità delle risposte.

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.

La necessità di rafforzare il sistema di assistenza territoriale ha assunto una nuova rilevanza nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e in tal senso il c.d. "decreto rilancio", decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, contiene all'articolo 1 disposizioni volte a rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, di cui i servizi domiciliari costituiscono una componente cruciale. La norma potenzia le cure domiciliari, con uno stanziamento di risorse importante finalizzato a privilegiare, quando possibile, percorsi di cura e assistenza nei luoghi di vita della persona, a diversi gradienti di complessità, con ciò diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (sia nell'ambito dei ricoveri ospedalieri sia nelle strutture residenziali territoriali). È dimostrato quanto l'attivazione dei percorsi di cura domiciliari garantisca sicurezza e qualità di cure, risponda adeguatamente ai bisogni di salute della persona e del contesto familiare, favorisca il processo di umanizzazione delle cure e consenta, al contempo, di riservare il ricovero ospedaliero alle fasi acute della malattia. Le cure domiciliari integrate, ai sensi del citato D.L. 34/2020 sono rivolte sia ai pazienti affetti da Covid-19 o in isolamento domiciliare sia a tutti i "soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze



patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 65 del 18.03.2017 – S.O. n. 15. ».

Il Patto per la salute 2019-2021, approvato con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 18 dicembre 2019, alla scheda 8 prevede la necessità di promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza domiciliare e, nell'ambito dell'assistenza territoriale, concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali.

In precedenza il Patto per la salute 2014-2016, approvato con l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014, agli articoli 5 e 6, intendeva rafforzare strumenti e modalità di integrazione e qualificazione dell'assistenza a livello locale attraverso il rafforzamento dei punti unici d'accesso (PUA) per indirizzare il cittadino al percorso adeguato in relazione alle necessità, l'effettuazione di una valutazione multidimensionale (VMD) per accertare la presenza di condizioni cliniche, ambientali, familiari e sociali idonee alla permanenza a domicilio della persona non autosufficiente, la previsione di progetti di assistenza individuale (PAI) centrati sui bisogni integrati sia sanitari che sociali, formulati dall'equipe responsabile della presa in carico, la promozione di una più adeguata distribuzione delle prestazioni, dando evidenza al fabbisogno, espresso in funzione della popolazione da assistere, e l'organizzazione delle cure domiciliari sanitarie e sociosanitarie articolate per intensità, complessità e durata dell'assistenza.

Il Piano nazionale cronicità (Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016) ha definito un disegno strategico per la gestione dei pazienti in condizioni di cronicità a diversi gradi di evoluzione, che le Regioni possono attuare sul proprio territorio in considerazione dei servizi e delle risorse disponibili (parte I del Piano). Ha inoltre indicato alcune linee di indirizzo sulle principali patologie croniche caratterizzate da bisogni assistenziali specifici (parte II del Piano). Si è posto, infine, l'obiettivo di garantire una presa in carico precoce della persona, attraverso la prevenzione e il governo clinico dei percorsi assistenziali della persona e della sua famiglia, contribuendo a ridurre il peso clinico, sociale ed economico della malattia. Il Piano ha fornito indicazioni per favorire il buon funzionamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra le cure primarie, centrate sul medico di medicina generale (MMG) e la medicina specialistica, attraverso la continuità assistenziale e l'adozione dei piani diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA). Tale strategia contempla il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri anche avvalendosi degli strumenti forniti dalla "tecno-assistenza" e dalla digitalizzazione dei processi, quali i sistemi ICT e la telemedicina.

In linea con quanto sopra, i documenti allegati declinano i criteri di riferimento nazionali per l'autorizzazione e per l'accreditamento delle cure domiciliari alla luce degli articoli 21 (*Percorsi assistenziali integrati*) e 22 (*Cure domiciliari*) del già citato DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

L'articolo 21 stabilisce la necessità di avviare dei percorsi assistenziali integrati e garantire l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona attraverso la VMD dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un progetto di assistenza individuale (PAI). Il PAI è redatto dall'equipe di cura sulla base degli indicatori dei bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale e prevede il coinvolgimento diretto della persona e della sua famiglia e di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale. L'approccio per percorso previsto dall'articolo 21 dei LEA rappresenta un'importante novità in quanto introduce il principio di governo clinico attraverso la gestione del caso (case management), riconducendo ad unitarietà le cure domiciliari ed evitando la frammentazione del bisogno in base all'organizzazione dei servizi.

L'articolo 22, come già sopra indicato, individua un livello di cure domiciliari di base e tre livelli di cure domiciliari integrate (ADI), con la finalità di assicurare una proporzionalità delle risposte in funzione della complessità dei bisogni garantendo la continuità tra le diverse fasi dell'assistenza territoriale.

Tutto ciò è coerente con quanto indicato dall'Allegato 1 del decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" che, al paragrafo 10, prevede la continuità delle cure tra territorio e ospedale, con la necessità di riorganizzare il sistema in una logica di continuità assistenziale organizzata in rete. L'interazione

funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere riveste, infatti, un ruolo centrale nella riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati e dei ricoveri ripetuti, spesso conseguenti alla mancata gestione del processo di dimissione protetta. Le iniziative di continuità delle cure e dell'assistenza tra il territorio e l'ospedale si identificano nei programmi di dimissione protetta e/o assistita che richiedono la disponibilità di strutture con varie funzioni e, tra queste, i servizi di cure domiciliari (CD) o le unità di cure palliative (CP).

Si fa, inoltre, riferimento alle Intese tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e del 19 febbraio 2015 (Rep. n. 32/CSR) sul disciplinare tecnico dell'accreditamento e relativo cronoprogramma di attuazione, in quanto rappresentano il primo set di criteri, requisiti ed evidenze condivise a livello nazionale nel sistema di accreditamento istituzionale. In particolare si è ritenuto di seguire, nell'ambito delle indicazioni sull'accreditamento delle cure domiciliari, lo schema degli 8 criteri indicati nel Disciplinare tecnico dell'accreditamento di cui all'Intesa del 20 dicembre 2012, di seguito sinteticamente riportati:

1. *Attuazione di un sistema di gestione dei servizi*, al fine di fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità, in quanto *"fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria, una gestione dell'organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un'ottica di miglioramento continuo"*;
2. *Prestazioni e servizi*, indicando l'offerta di prestazioni nell'ottica della presa in carico, garantendo, ove necessario, la continuità nell'ambito di PDTA strutturati ed espliciti, in quanto *"E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti e con i cittadini"*;
3. *Aspetti strutturali*, 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"*;
4. *Competenze del personale*, per assicurare il possesso, l'acquisizione e il mantenimento da parte del personale delle conoscenze e abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività, in quanto *"L'organizzazione deve curare che il personale posseda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività"*;
5. *Comunicazione*, nella consapevolezza che una buona comunicazione e relazione tra professionisti e con le persone assistite costituisce garanzia di allineamento ai comportamenti professionali attesi e di partecipazione dei pazienti alle scelte di trattamento, in quanto *"Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nell'erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento"*;
6. *Appropriatezza clinica e sicurezza*, in quanto l'efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure, ed è necessario garantire che la struttura attui processi sistematici e metta a disposizione strumenti per supportare le proprie articolazioni nell'adozione delle pratiche migliori, in quanto *"L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati"*;
7. *Processi di miglioramento ed innovazione*, con governo delle azioni di miglioramento, adozione di innovazioni tecnologiche e organizzativo-professionali e facilitazione della ricerca clinica e organizzativa per adattarsi a contesti nuovi, assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili, in quanto *"Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità dell'organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili"*;
8. *Umanizzazione*, al fine di rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, in quanto *"L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture"*.



## **2. Attività svolta, scelte e obiettivi: la governance regionale del percorso, i requisiti di sicurezza e qualità dell'assistenza**

Il presente documento scaturisce dal lavoro di un Gruppo misto tra Ministero della salute, Regioni e Province autonome, istituito presso la Direzione generale della programmazione sanitaria, al fine di caratterizzare e qualificare i servizi di cure domiciliari di cui all'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017, identificando criteri condivisi e omogenei sul territorio nazionale. Tale lavoro si inserisce nella recente cornice legislativa che, a seguito della pandemia, ha messo a disposizione importanti risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale e in particolare delle cure domiciliari, finanziando l'incremento del personale e dei servizi.

Il Gruppo ha avviato la sua attività attraverso il confronto sui differenti modelli ed esperienze regionali nell'ambito dell'organizzazione dei servizi di cure domiciliare. E' risultato che mentre è stata sviluppata una normativa regionale sui criteri di eleggibilità, sui profili di cura e sui sistemi tariffari, è meno rappresentata una normativa specifica sul sistema di accreditamento delle cure domiciliari.

Con questa proposta si intende superare questa carenza prevedendo, in analogia a quanto indicato dagli articoli 8 ter e 8 quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i, un sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale dei soggetti erogatori di cure domiciliari, che assicuri equità nell'accesso ai servizi, sicurezza e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. La finalità è quella di garantire al malato e alla sua famiglia cure adeguate durante tutto il decorso della malattia, per ogni età e sull'intero territorio nazionale, nonché favorire la messa a regime di sistemi di valutazione dei risultati raggiunti in un'ottica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria ai cittadini.

Il documento di accreditamento delle cure domiciliari è coerente con quanto definito dall'articolo 22 del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, sia per il livello base sia per quelli integrati (ADI) di I, II, III livello. Sono escluse le cure palliative domiciliari di cui all'articolo 23 del DPCM 12 gennaio 2017, in quanto è già contemplato il sistema di accreditamento delle strutture che costituiscono le reti locali di cure palliative ai sensi dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 152/CSR) e il sistema di accreditamento delle medesime reti di cure palliative, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 118/CSR).

La proposta individua i requisiti minimi per l'esercizio delle cure domiciliari e i requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO istituzionale dei soggetti idonei a erogare cure domiciliari per conto del Servizio sanitario nazionale, fermo restando l'autonomia delle singole Regioni nell'ambito delle scelte programmatiche in merito al fabbisogno, alle modalità di erogazione dei servizi, all'individuazione delle procedure, alla contrattualizzazione. Nelle more dell'individuazione del sistema tariffario da parte della competente Commissione nazionale, le tariffe sono definite dalle singole Regioni e Province Autonome.

**La proposta prevede che la governance dei percorsi di cure domiciliari sia nella titolarità della Regione,** quale soggetto pubblico istituzionale, che effettua la programmazione e la definizione del fabbisogno, rilascia i provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, stipula (direttamente o tramite le aziende sanitarie) gli accordi contrattuali. Attua, inoltre, un sistema di vigilanza e di controllo che riguarda l'accertamento preventivo del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi e successivamente il controllo della permanenza degli stessi. Si tratta di un'ampia attività, che comprende la vigilanza e il controllo dei percorsi assistenziali attivati, delle procedure, della corretta compilazione e conservazione della documentazione clinica, del rispetto delle norme sulla sicurezza degli operatori e delle strutture, del rispetto della normativa sulla privacy. Il governo clinico-assistenziale dei percorsi di cure domiciliari è in carico alla Azienda sanitaria territoriale di riferimento.

La proposta contempla gli aspetti relativi alla valutazione multidimensionale, alla stesura del progetto di assistenza individuale (PAI) che comprende, quando necessario, anche il piano di riabilitazione individuale (PRI). La definizione del fabbisogno, la valutazione e il monitoraggio dei risultati rientrano nell'ambito delle prerogative di competenza regionale.

Le modalità operative di effettuazione della valutazione multidimensionale e i requisiti per la stesura del progetto di assistenza individuale, redatti dall'equipe di presa in carico della persona assistita, sono definite

dalle Regioni e dalle Province Autonome, in coerenza con quanto già condiviso nel Patto per la salute 2014-2016.

Il documento introduce requisiti di miglioramento per garantire uniformità in merito ad aspetti essenziali del percorso di cura, quali la tempestività della presa in carico, la formalizzazione del Progetto di assistenza individuale, la rivalutazione periodica, gli strumenti per valutare l'efficacia e l'appropriatezza del progetto di assistenza individuale e monitorarne l'applicazione, l'integrazione professionale, la continuità delle cure e la circolazione delle informazioni tra l'ospedale e il territorio nelle loro diverse articolazioni (Distretti, MMG/PLS, specialisti, infermieri e altri professionisti sanitari, persone assistite e loro famiglie), e garantire una corretta compilazione dei flussi istituzionali di monitoraggio.

Sin dalla fase autorizzativa, si sono voluti sottolineare elementi essenziali per la sicurezza delle cure come la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), la formazione continua e l'integrazione professionale, il coinvolgimento e la partecipazione della persona assistita, della sua famiglia e dei caregiver.

Con questo documento si delincono, quindi:

- nell'allegato B, i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'erogazione di cure domiciliari in forma organizzata da parte di soggetti pubblici o privati, mentre il livello regionale definisce tempi, procedure, sistemi di verifica, eventuali altri requisiti;

- nell'allegato C, i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi ulteriori per l'accreditamento, aggiuntivi rispetto a quelli autorizzativi, prevalentemente focalizzati su aspetti organizzativi che possono determinare importanti ricadute sulla qualità assistenziale e affrontano tematiche di assoluta rilevanza – ad esempio governo clinico, rischio clinico, principi a garanzia dei LEA, diritti delle persone, che costituiscono la base per un concreto miglioramento della qualità. Questi requisiti sono stati articolati secondo i criteri previsti dall'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 20 dicembre 2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", con l'obiettivo di determinare un livello qualitativamente elevato delle prestazioni offerte e di orientare lo svolgimento delle attività al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini utenti, al loro coinvolgimento e alla loro partecipazione al processo di cura, insieme alla rete familiare/di supporto.

Obiettivi essenziali sono la garanzia dell'equità nell'accesso ai servizi e della qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, la continuità assistenziale tra i diversi servizi, la trasparenza e la correttezza dell'azione amministrativa, la rendicontazione delle attività e dei risultati ottenuti.

I soggetti erogatori assicurano un programma di cure domiciliari personalizzate e, nel riconoscere la dignità e l'autonomia della persona assistita, offrono un'assistenza che deve rispettare requisiti di qualità e di appropriatezza, tenendo conto delle specificità dei percorsi e livelli assistenziali così come indicati negli articoli 21 e 22 del DPCM 12 gennaio 2017. Si prevede anche l'identificazione della tipologia delle figure professionali idonee a garantire un'adeguata assistenza in relazione ai differenti livelli di intensità e complessità dei bisogni della persona.

L'implementazione del documento dovrà avvenire previa valutazione del fabbisogno di cure domiciliari da parte delle Regioni ed essere seguita costantemente, sempre in ambito regionale, attraverso l'utilizzo di strumenti di monitoraggio e controllo.





**A. LEVATO B - PROPOSTA REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI****(TIPOLOGIA ORGANIZZATIVA CHE FORNISCE CURE DOMICILIARI DI LIVELLO BASE, II, III, IV, V LIVELLO)**

New Contract n. 11656 (2023) 050101

A richiesta di autorizzazione, la proposta di autorizzazione deve essere in doppio esemplare e consistere di obblighi per l'operatore economico pubblico o privato (per livelli, esigibili o facoltativi) con base al presente contratto, di cui il titolare della struttura deve essere informato e la cui responsabilità è in capo al richiedente. La struttura deve organizzare un servizio che lea il proprio servizio in un territorio. L'offerta è valutata sulla base dei requisiti di cui all'art. 120 del RUP, in un'opzione tecnica, in un'opzione amministrativa, in un'opzione economica e in un'opzione formativa.

**1. AUTOREQUISITI ALTERNATIVI SOSTITUTIVI****1.1. Organizzazione dei servizi cure domiciliari:**

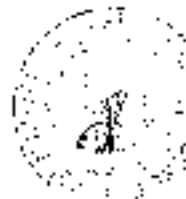
<b>1.1.1) Modalità di erogazione dei servizi</b>	<p>disporre almeno di una sede operativa, che può essere fornita sia dal richiedente sia dall'Ente di provenienza regionale, responsabile sia riguardo alla conclusione dell'offerta, sia sulla qualità dei servizi, sia sul controllo organizzativo del servizio di cura domiciliari, di risposta per informazioni a favore del richiedente, di controllo qualità dei servizi e di gestione dei rapporti con il cliente; avere almeno un ufficio amministrativo, un ufficio di gestione degli interventi, un ufficio di assistenza e di supporto al cliente, un ufficio di gestione dei rapporti con i fornitori e un ufficio di gestione degli interventi territoriali.</p>
<b>1.1.2) Personale operativo ed organizzativo</b>	<p><b>organico minimo obbligatorio</b></p> <p>per livello 1 (ogni livello)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un locale per l'organizzazione del servizio a cui sia assicurata la presenza di almeno 6 operatori (per ogni livello) e una sala di attesa (se previsto).</li> <li>● un locale per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un locale per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> </ul> <p>per livello 2 (ogni livello)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un locale per la gestione del servizio, a cui sia assicurata la presenza di almeno 8 operatori (per ogni livello) e una sala di attesa (se previsto).</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> </ul> <p>per livello 3 (ogni livello)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un locale per la gestione del servizio, a cui sia assicurata la presenza di almeno 10 operatori (per ogni livello) e una sala di attesa (se previsto).</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> </ul> <p>per livello 4 (ogni livello)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un locale per la gestione del servizio, a cui sia assicurata la presenza di almeno 12 operatori (per ogni livello) e una sala di attesa (se previsto).</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> </ul> <p>per livello 5 (ogni livello)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● un locale per la gestione del servizio, a cui sia assicurata la presenza di almeno 15 operatori (per ogni livello) e una sala di attesa (se previsto).</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un ufficio per la gestione dei rapporti con i clienti per il proprio personale di livello base, II, III, IV, V e un ufficio per la gestione dei rapporti con i fornitori.</li> </ul> <p>Il titolare della struttura deve avere la potestà di acquisire il servizio di assistenza previsto dalle norme vigenti.</p>

**1.2. AUTOREQUISITI ALTERNATIVI TECNOLOGICI****1.2.1. Modalità di erogazione dei servizi cure domiciliari:**

<b>1.2.1) Software</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● un software di gestione dei rapporti con i clienti (per ogni livello) e un software di gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un software di gestione dei rapporti con i clienti (per ogni livello) e un software di gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un software di gestione dei rapporti con i clienti (per ogni livello) e un software di gestione dei rapporti con i fornitori.</li> </ul>
<b>1.2.2) Hardware</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● un server di gestione dei rapporti con i clienti (per ogni livello) e un server di gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un server di gestione dei rapporti con i clienti (per ogni livello) e un server di gestione dei rapporti con i fornitori.</li> <li>● un server di gestione dei rapporti con i clienti (per ogni livello) e un server di gestione dei rapporti con i fornitori.</li> </ul>



<p>1.1.11 - <b>Struttura</b>  <b>Struttura organizzativa</b></p>	<p>La struttura organizzativa è espressa in un organigramma sulla base del quadro organizzativo di riferimento, specificando l'attribuzione delle responsabilità, le funzioni, le relazioni e le gerarchie.</p>
<p>1.1.12 - <b>Struttura</b>  <b>Struttura organizzativa</b></p>	<p>La struttura organizzativa è espressa in un organigramma sulla base del quadro organizzativo di riferimento, specificando l'attribuzione delle responsabilità, le funzioni, le relazioni e le gerarchie.</p>
<p>1.1.13 - <b>Struttura</b>  <b>Struttura organizzativa</b></p>	<p>La struttura organizzativa è espressa in un organigramma sulla base del quadro organizzativo di riferimento, specificando l'attribuzione delle responsabilità, le funzioni, le relazioni e le gerarchie.</p>
<p>1.1.14 - <b>Struttura</b>  <b>Struttura organizzativa</b></p>	<p>La struttura organizzativa è espressa in un organigramma sulla base del quadro organizzativo di riferimento, specificando l'attribuzione delle responsabilità, le funzioni, le relazioni e le gerarchie.</p>
<p>1.1.15 - <b>Struttura</b>  <b>Struttura organizzativa</b></p>	<p>La struttura organizzativa è espressa in un organigramma sulla base del quadro organizzativo di riferimento, specificando l'attribuzione delle responsabilità, le funzioni, le relazioni e le gerarchie.</p>
<p>1.1.16 - <b>Struttura</b>  <b>Struttura organizzativa</b></p>	<p>La struttura organizzativa è espressa in un organigramma sulla base del quadro organizzativo di riferimento, specificando l'attribuzione delle responsabilità, le funzioni, le relazioni e le gerarchie.</p>
<p><b>1.10 - REQUISITI AI UNICITARI ORGANIZZATIVI</b></p> <p><b>1.10.10 - Responsabilità personale</b></p>	
<p>1.10.10.1 - <b>Responsabilità personale</b></p>	<p>La responsabilità personale dei Dirigenti è definita in termini di responsabilità, di funzioni, di relazioni e di gerarchie, specificando l'attribuzione delle responsabilità, le funzioni, le relazioni e le gerarchie.</p>
<p>1.10.10.2 - <b>Responsabilità personale</b></p>	<p>La responsabilità personale dei Dirigenti è definita in termini di responsabilità, di funzioni, di relazioni e di gerarchie, specificando l'attribuzione delle responsabilità, le funzioni, le relazioni e le gerarchie.</p>
<p>1.10.10.3 - <b>Responsabilità personale</b></p>	<p>La responsabilità personale dei Dirigenti è definita in termini di responsabilità, di funzioni, di relazioni e di gerarchie, specificando l'attribuzione delle responsabilità, le funzioni, le relazioni e le gerarchie.</p>
<p>1.10.10.4 - <b>Responsabilità personale</b></p>	<p>La responsabilità personale dei Dirigenti è definita in termini di responsabilità, di funzioni, di relazioni e di gerarchie, specificando l'attribuzione delle responsabilità, le funzioni, le relazioni e le gerarchie.</p>









### ALLEGATO C - PROPOSTA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI

Criterio 1. *Attuazione di un sistema di gestione dei servizi, al fine di fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità, in questo "Ambito passato di fronte qualità dell'assistenza socio-sanitaria, una gestione dell'organizzazione assistenziale che permetta le dimensioni più consistenti coinvolte nelle specifiche attività di cura e coinvolgere un'attività di miglioramento continuo".*

Requisito disciplinare AC	L'Organizzazione:
1.1 AC: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	<ul style="list-style-type: none"> <li>definisce in un piano triennale generale in cui vengono definiti gli obiettivi, la pianificazione e la programmazione delle cure domiciliari che intende garantire, identificandone la tipologia ai sensi dell'articolo 22 "Cure domiciliari" del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, raccordandosi con l'Azienda sanitaria per i sistemi di relazione con i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, i servizi di continuità delle cure, dalle dimissioni protette, infermiere di famiglia e di comunità, la centrale operativa territoriale;</li> </ul>
1.2 AC: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> <li>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;</li> </ul>
1.3 AC: Definizione delle responsabilità	<ul style="list-style-type: none"> <li>definisce il proprio organigramma/struttura, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni;</li> <li>dispone di una pianta organica in cui sono riportati i nominativi del personale in servizio, le tipologie di rapporto di lavoro, la qualifica e le competenze specifiche secondo quanto previsto dal modello regionale;</li> <li>definisce le modalità di rivelazione periodica del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale;</li> <li>elabora e adotta un regolamento del personale;</li> </ul>
1.4 AC: Piani in corso	<ul style="list-style-type: none"> <li>adotta strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni assistenziali e socio-sanitari e i relativi caregiver;</li> <li>prevede che il Piano di Assistenza Individuale sia redatto dall'apposita unità di valutazione multidimensionale ai sensi dell'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017;</li> <li>garantisce che il Piano di Assistenza Individuale sia periodicamente aggiornato dall'equipe di cura in relazione alla modifica dei bisogni;</li> <li>garantisce che il Piano di Assistenza Individuale contenga:               <ul style="list-style-type: none"> <li>la valutazione multidimensionale (ovvero dei bisogni assistenziali);</li> <li>l'identificazione degli obiettivi di salute;</li> <li>la pianificazione delle attività;</li> <li>la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare;</li> <li>le figure professionali coinvolte o il referente del caso;</li> <li>il caregiver della persona assistita;</li> <li>gli appuntamenti effettuati sulla base della valutazione periodica dei bisogni;</li> </ul> </li> <li>verifica che le attività previste vengono effettivamente;</li> </ul>
1.5 AC: Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)	<ul style="list-style-type: none"> <li>adotta, coerentemente con quanto previsto dall'articolo 22 del DPCM 12 gennaio 2017 in merito ai livelli di interoperabilità assistenziale, il fascicolo sanitario domiciliare informativo, integrato secondo standard di interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico e periodicamente aggiornato, che comprende, oltre a quanto previsto dal requisito autorizzativo 3.2.5 A.U.:               <ul style="list-style-type: none"> <li>il PAI con tutti gli elementi descritti al punto 1.4;</li> <li>le conclusioni del collegio di presa in carico;</li> <li>elementi di rischio specifici del paziente;</li> <li>le attività o le prestazioni erogate;</li> <li>le risultanze periodiche e i relativi costi;</li> <li>la data e le motivazioni della chiusura del PAI;</li> <li>il documento di direzione;</li> </ul> </li> <li>garantisce la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del piano assistenziale che deve contenere, in conformità con il requisito autorizzativo 3.2.6 A.U., la parte della valutazione, della pianificazione, i tempi di durata del PAI e le modalità di verifica, le modalità di direzione, la tracciabilità degli operatori che hanno</li> </ul>



**ALLEGATO C - PROPOSTA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>effettuare valutazioni e prestazioni;</li> <li>assicurare la corretta compilazione del fascicolo sanitario domiciliare e del diario assistenziale che devono contenere tutti gli elementi previsti anche per assicurare al debito informativo regionale e nazionale;</li> <li>assicurare la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività e prestazioni erogate;</li> <li>attuare le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIO-HSD), l'edizione prevista;</li> <li>garantire la completezza della copia della documentazione sanitaria alla persona assistita o a chi ne ha diritto nei tempi definiti dalle indicazioni nazionali e regionali;</li> </ul>
1.6 AC: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>il piano per il miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi;</li> <li>relazione annualmente in merito alle attività previste dalla procedura o da qualità dei servizi.</li> </ul>

*Criterio 2. Prestazioni e servizi, indicando l'effetto di prestazioni nell'ottica della presa in carico, generale, ove necessario, la condotta nell'ambito di TOTA, struttura ed capacità, in quanto "E" buona prassi che l'organizzazione dimostra la Apologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e relativi i metodi di lavoro da adottare come pratica del governo clinico nel quale fondare azioni successe di valutazione della performance e della consecuzione con i pazienti e con i cittadini".*

Requisito disciplinare AC	L'Organizzazione:
2.1 AC: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati	<ul style="list-style-type: none"> <li>eroga le prestazioni comprese nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza indicando le tipologie (care domiciliari di base, di I, di II, di III livello);</li> <li>definisce, sulla base delle indicazioni regionali e aziendali, una Carta dei servizi (in conformità al requisito autorizzativo 3.2.1) che assicura la piena informazione circa l'assetto organizzativo, i servizi erogati, le risposte 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;</li> <li>aggiorna la Carta dei servizi periodicamente e ogni qualvolta interverranno modifiche sostanziali nell'erogazione dei servizi;</li> </ul>
2.2 AC: Affidabilità e presa in carico dei pazienti	<ul style="list-style-type: none"> <li>assicura la presa in carico dei pazienti nelle cure domiciliari integrate sulla base del PM e della valutazione multi-dimensionale dei bisogni. La responsabilità clinica è attribuita al medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, in coerenza con quanto stabilito dall'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017, va assicurato il coinvolgimento degli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel PM;</li> <li>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;</li> <li>adopta, a tal fine, procedure per la gestione dei percorsi e la definizione delle responsabilità;</li> <li>adopta un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria;</li> </ul>
2.3 AC: Continuità assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>assicura la continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nel PM;</li> <li>garantisce la copertura delle cure con la loro distribuzione (a 5 giorni a settimana (da lunedì al venerdì) per le cure domiciliari di base e di primo livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di secondo e terzo livello in coerenza con quanto previsto al punto 3.2.2 AU dei requisiti autorizzativi);</li> <li>indivisa un Referente del caso per la persona assistita, i familiari/caregiver e per gli altri operatori dell'equipe assistenziale, riportati nel fascicolo sanitario domiciliare e nel diario assistenziale;</li> <li>garantisce, in particolare, anche con riferimento a dimensioni protette, che:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) vi sia continuità dell'informazione, continuità gestionale e continuità relazionale, anche in caso di trasferimento o/o divisione, attraverso la definizione di modalità di attivazione e l'identificazione di appositi strumenti, da inserire nel fascicolo sanitario domiciliare o nel diario assistenziale;</li> <li>b) la documentazione sanitaria della persona assistita sia a disposizione degli operatori coinvolti nel PM;</li> </ul> </li> </ul>



**ALLEGATO C - PROPOSTA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI**

<p><b>1.4 AC: Monitoraggio e valutazione</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- effettua l'analisi di eventi avversi, incidenti, near misses accaduti durante la cura, anche tramite sondi, e adotta modalità per dare evidenza dei risultati agli operatori;</li> <li>- si attiene alle modalità previste dall'Azienda sanitaria per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di medicina generale e dei Podisti di libera scelta, degli specialisti e di eventuali servizi direzionali/aziendali coinvolti nel processo di cura;</li> <li>- mette in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate;</li> <li>- adotta un sistema di monitoraggio e di valutazione qualitativa delle attività erogate, in particolare in merito ai criteri di eleggibilità del paziente, di presa in carico e di continuità assistenziale, in aderenza alle indicazioni e agli indicatori previsti dalle Regioni;</li> <li>- adotta modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività.</li> </ul>
<p><b>2.5 AC: Modalità di gestione della documentazione sanitaria</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- adotta procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo;</li> <li>- analizza i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive;</li> <li>- formalizza e attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.</li> </ul>

*Criterio 2. Agilità operativa, ad inglobare nei requisiti minimi, con verifica dei processi che consentano di mantenere nel tempo l'adeguatezza e il successo di strutture, reparti, strutture, in quelle "L'organizzazione con l'intento di assicurare la continuità e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle strutture, il buono stato che sia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse".*

Requisito disciplinare AC	L'Organizzazione:
<p><b>3.1 AC: Idoneità all'uso delle strutture (sede operative e relative caratteristiche)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dispone di una sede operativa situata nel territorio della Azienda sanitaria nella quale si esercita l'attività domiciliare;</li> <li>- è dotata di una segreteria operativa che garantisce la continuità del servizio, in coerenza con quanto previsto al punto 3.2.2 AC dei requisiti organizzativi;</li> <li>- 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, dove essere presente un locale per il colloquio con le persone assistite e i familiari anche coincidente con quello previsto per le lezioni di scuola);</li> <li>- adottare le formalità e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro.</li> </ul>
<p><b>3.2 AC: Contactabilità telefonica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- garantisce:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o 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);</li> <li>o la dotazione di un telefono mobile per ogni operatore, che possa fungere anche da strumento informatico per la trasmissione dei dati.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>3.3 AC: Dotazioni informatiche</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- garantisce la presenza nella sede operativa di una dotazione informatica con:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• personal computer dedicati all'attività,</li> <li>• almeno una stampante dedicata all'attività,</li> <li>• una connessione Internet,</li> <li>• dispositivi tecnologici utili alla trasmissione da remoto dei dati per il monitoraggio dell'assistenza, relativi alle prestazioni erogate in funzione degli obiettivi del PAI,</li> <li>• dispositivi digitali per l'erogazione di servizi a distanza (telemedicina), specifici per le tipologie di prestazioni che si intendono effettuare in tali modalità (telemonitoraggio; teleconsulto medico; teleassistenza o altro), ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 e delle normative vigenti;</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>3.4 AC: Dotazione di materiali sanitari</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- garantisce la presenza di una dotazione di materiali sanitari in relazione al livello di cure domiciliari da svolgere, come da indicazioni dell'Azienda sanitaria;</li> <li>- si attiene alle modalità aziendali della erogazione per i farmaci, le apparecchiature elettromedicali e i presidi necessari all'attività domiciliare.</li> </ul>

*Criterio 3. Competenza del personale, per assicurare il processo, l'assistenza e il mantenimento da parte del personale delle conoscenze e abilità tecniche e le relazioni in qualità e sicurezza delle specifiche attività, in quelle "L'organizzazione deve essere che il personale possiede le competenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività".*





**ALLEGATO C - PROPOSTA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI**

Requisito disciplina AC	L'Organizzazione:
4.1 AC: Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- garantisce l'individuazione di un responsabile della formazione;</li> <li>- 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;</li> <li>- cura la formazione negli ambiti specifici richiesti ai punti 4.2 (nuovo personale), 6.2 (procedure), 8.1 (strumentazione).</li> </ul>
4.2 AC: Inselemento e addestramento al nuovo personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mette in atto un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il nuovo personale;</li> <li>- formalizza e mette in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo del neo assunto;</li> <li>- adotta e mette in atto di un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale per il nuovo personale entro il 1° anno;</li> <li>- prevede una valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento;</li> </ul>
4.3 AC: Valutazione del personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- elabora un piano di valutazione periodico (annuale) del personale che tenga conto delle capacità relazionali e di comunicazione e delle competenze tecniche nell'ottica del miglioramento del servizio e della crescita professionale.</li> </ul>

*Criterio 3. Comunicazione, sulla consapevolezza che una buona comunicazione e relazione tra professionalità e con i pazienti costituisce garanzia di efficacia e di comportamenti professionali etici e di partecipazione dei pazienti alle scelte di trattamento, in quanto "Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce ottimalità di comportamenti professionali etici, aumento della sicurezza nell' erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti alle scelte di trattamento".*

Requisito disciplina AC	L'Organizzazione:
5.1 AC: Modalità di comunicazione interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mette in atto meccanismi operativi che favoriscano la comunicazione tra gli operatori del servizio e azioni per un eventuale miglioramento, anche con la programmazione e l'effettuazione di regolari riunioni di équipe;</li> </ul>
5.2 AC: Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- effettua indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori;</li> <li>- favorisce momenti di ascolto e confronto sulle criticità;</li> </ul>
5.3 AC: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver	<ul style="list-style-type: none"> <li>- attua una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/caregiver;</li> <li>- definisce, attua e documenta procedure di informazione alla persona assistita e ai suoi familiari/caregiver sulla precauzioni da adottare per la prevenzione delle infezioni e dei rischi correlati all'assistenza (infezioni, cadute, ecc.); sulla somministrazione della terapia e sulla gestione di dispositivi, protesi e ausili;</li> </ul>
5.4 AC: Coinvolgimento delle persone assistite, dei suoi familiari e caregiver nella scelta clinico-assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- adotta modalità operative finalizzate a promuovere e favorire i rapporti fiduciosi tra le persone assistite e gli operatori anche coinvolgendo il loro eser. del personale;</li> <li>- garantisce che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale;</li> <li>- garantisce che venga prevista una rivalutazione periodica del Piano di Assistenza Individuale (PAI), condivisa con le persone assistite, i familiari/caregiver e il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta;</li> <li>- 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 del reclamo e dall'elaborazione degli esiti della rilevazione su soddisfazione ed esperienza degli utenti;</li> </ul>
5.5 AC: Modalità di ascolto delle persone assistite	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prevede un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/caregiver, le cui conclusioni sono riportate nel fascicolo cartella domiciliare;</li> <li>- 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;</li> <li>- prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (Customer satisfaction) anche in funzione delle disposizioni regionali.</li> </ul>



### ALLEGATO C - PROPOSTA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI

Chiamo il Approfondire clinico e ricerca, in quanto l'efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure, ed è necessario garantire che la struttura non processi standardi e metodi e dispositivi standard per appoggiare le proprie attività nell'ambito delle pratiche vigenti, in quanto "l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati"

Requisito disciplinae AC	L'Organizzazione:
6.1 AC: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- applica tutti i protocolli, le procedure di buona pratica professionale e le istruzioni operative presenti nell'area di competenza, formulati secondo i principi della Evidence Based Practice (EBP), correlati ai indicatori di esito;</li> <li>- garantisce l'accessibilità del personale alla raccolta aggiornata di regolamenti interni, linee guida e documenti di riferimento nazionali e internazionali;</li> </ul>
6.2 AC: Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure	<ul style="list-style-type: none"> <li>- applica procedure operative esecutive sulla base delle attività svolte, formulate attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura e altre evidenze di verifica della qualità e sicurezza, nonché alle indicazioni regionali e aziendali, almeno per l'esecuzione delle principali attività strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso, quali:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o prevenzione e gestione delle lesioni da pressione,</li> <li>o prevenzione e gestione della sindrome da inattività,</li> <li>o prevenzione delle cadute (incluse le valutazioni del rischio),</li> <li>o somministrazione delle terapie farmacologiche,</li> <li>o somministrazione delle terapie nutrizionali,</li> <li>o valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale,</li> <li>o gestione di cateteri vescicali, stordi e sondini naso-gastrici e cateteri uretrali,</li> <li>o valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore e delle cure palliative quando necessario;</li> </ul> </li> <li>- garantisce il periodo aggiornato delle procedure (almeno triennale);</li> </ul>
6.3 AC: Programmi per la gestione del rischio clinico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- elabora sulla base della valutazione del rischio, già prevista nel modello per l'accreditazione (paragrafo 5.2.4), il piano per la gestione del rischio clinico, che deve essere rivisto 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;</li> <li>- definisce le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico;</li> </ul>



### ALLEGATO C - PROPOSTA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI

*Criterio 7 Processi di miglioramento ed innovazione, con governo delle azioni di miglioramento, adozione di innovazioni tecnologiche e organizzativo-professionali e facilitazione della ricerca clinica e organizzativa per adottare a contesti nuovi, assicurando comportamenti fondati su evidenze, professionalità adeguata, equità, accesso assistenziale e preventivo, in quanto "il governo delle azioni di miglioramento all'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione delle risorse cliniche e organizzative ottimizzate in rapporto all'organizzazione di adattare a contesti nuovi innovazioni comportamentali fondati su evidenze, professionalità adeguata, equità, accesso assistenziale e preventivo".*

Requisito disciplinare AC	L'Organizzazione:
7.3 AC: Progetti di miglioramento	<ul style="list-style-type: none"><li>- definire, formalizzare e diffondere a tutto il personale il programma annuale per il miglioramento della qualità dei servizi e della sicurezza, comprensivo dei relativi indicatori.</li></ul>
7.3 AC: Adozione di iniziative di innovazione	<ul style="list-style-type: none"><li>- predisporre strumenti adeguati, che consentano di acquisire e, quindi, utilizzare le innovazioni tecnologiche e organizzative previste dall'Azienda con l'obiettivo di miglioramento, compreso la Telemedicina, nell'ottica di un costante miglioramento qualitativo dei servizi erogati e tenendo conto anche dei fabbisogni emergenti nell'ambito dell'epidemiologia.</li></ul>

*Criterio 8 Discontinuità, 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'aspirazione a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alle persone considerando anche una interezza fisica, sociale e psicologica e un impegno continuo e reale in servizio".*

Requisito disciplinare AC	L'Organizzazione:
8.1 AC: Programmi per l'umanizzazione delle cure	<ul style="list-style-type: none"><li>- garantire 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 coaching (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie");</li><li>- attuare modalità concordate con l'Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili;</li><li>- vigilare 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.</li></ul>

