

**MANUALE DI AUTORIZZAZIONE  
ALLA REALIZZAZIONE E ALL'  
ESERCIZIO PER LE ORGANIZZAZIONI  
CHE EROGANO CURE DOMICILIARI  
DI  
LIVELLO BASE, DI I, II, E III LIVELLO.  
Requisiti Specifici Strutturali,  
Tecnologici e Organizzativi,  
Tempi, Procedure e Sistemi di Verifica**

## MANUALE DI AUTORIZZAZIONE

### Contesto normativo

La L.R. n. 21/2016 disciplina l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati. In particolare, all'art. 1, stabilisce: <<...Questa legge, nel rispetto e in attuazione dei principi individuati dalla normativa statale vigente in materia, disciplina, con riferimento alle strutture e ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, compresi quelli domiciliari e di segreteria sociale:

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

Ciò che rileva, in relazione al presente manuale, è che la norma sopracitata ha come oggetto, non solo la disciplina delle strutture, ma anche dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, compresi quelli domiciliari.

La medesima Legge regionale n. 21/2016, all'art. 3, comma 1, dispone che la Giunta regionale "stabilisce e aggiorna periodicamente i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni e per l'accreditamento istituzionale e disciplina i relativi procedimenti" e specifica che tali disposizioni sono adottate dalla Giunta regionale sentita la competente Commissione consiliare. Inoltre all'art. 2, comma 1, lett. a), p.to 2), viene definita l'autorizzazione all'esercizio come il provvedimento che consente l'esercizio di attività sanitarie, socio-sanitarie da parte di soggetti pubblici e privati mentre alla lettera f) dello stesso comma viene definito l'accreditamento istituzionale come "il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private già autorizzate l'idoneità a essere potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio sanitario nazionale (SSN)".

Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stabilisce, all'articolo 1, che il Sistema Sanitario Nazionale assicura, in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge n. 833/1978 e dal D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- a) prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- b) assistenza distrettuale;
- c) assistenza ospedaliera.

L'articolo 3 dello stesso decreto specifica quali sono le aree di attività dell'assistenza distrettuale, e qualifica l'assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale come una delle articolazioni attraverso le quali l'assistenza distrettuale viene garantita dal Sistema Sanitario Nazionale.

Il presente manuale di autorizzazione risponde all'esigenza di garantire che anche le cure domiciliari (CD), in quanto livello essenziale di assistenza, rispondano ai principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale come definiti dall'articolo 1, commi 1 e 2, del D.lgs. 502/1992 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 alla loro appropriatezza con riguardo alle specifiche esigenze degli assistiti, nonché all'economicità nell'impiego delle risorse.

Il presente documento definisce dunque le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza domiciliare omogenei su tutto il territorio regionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane e strumentali impiegate in rapporto al numero di assistiti trattati, livello di complessità clinico-assistenziale delle prestazioni erogate e interazione sinergica dell'organizzazione nell'ambito della rete assistenziale.

Ne consegue l'individuazione di specifici standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi ed il miglioramento degli ambiti di appropriatezza, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure.

In ogni caso, tutte le organizzazioni private e pubbliche che erogano cure domiciliari e che concorrono a garantire obiettivi assistenziali debbono operare secondo i principi di efficacia, qualità e sicurezza delle cure, di efficienza nel rispetto della centralità del cittadino e della relativa umanizzazione per garantire la dignità della persona.

La necessità di redigere il presente manuale deriva, in particolare, dalla L. n. 178/2020 (legge di bilancio 2021), che all'articolo 1, comma 406, introduce alcune modifiche al D.lgs. n. 502/1992 e precisamente agli artt. 8-ter (Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie), 8-quarter (Accreditamento istituzionale), 8-quinquies (Accordi contrattuali). Tali modifiche estendono l'applicazione del sistema di autorizzazione all'esercizio, di accreditamento istituzionale e degli accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari.

A tal proposito l'Intesa Stato-Regioni 151/CSR del 4 agosto 2021 sancisce che: "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-quarter 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 (...)"

Inoltre, la Regione Marche ha deciso di introdurre, per le organizzazioni pubbliche e private che intendono avviare l'erogazione delle CD successivamente all'adozione del presente manuale, anche il sistema di autorizzazione alla realizzazione (realizzazione, ampliamento e trasferimento) ai sensi dell'art. 8 L.R. 21/2016 e s.m.i.

Il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione è subordinato ai pareri favorevoli di compatibilità, di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h) e di congruità, di cui all'art. 2, comma 1, lettera h bis).

### **Definizione delle Cure Domiciliari**

L'art. 22 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, stabilisce che i percorsi assistenziali a domicilio sono costituiti "dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita". Al comma 2 del medesimo articolo viene sottolineato come le cure domiciliari (CD), quale risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrino con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia.

Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso la valutazione multidimensionale (DGR 791/2014 e DGR 111/2015), che consenta la presa in carico della persona e la

definizione del progetto/piano individuale sociosanitario integrato, fatto salvo quanto previsto dalle Regioni in merito alle CD di livello base.

### **Livelli assistenziali della Cure Domiciliari**

Il terzo comma dell'art. 22 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 classifica le CD in quattro livelli assistenziali, in relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale. Per la valutazione dell'intensità assistenziale viene utilizzato un indicatore numerico (CIA, Coefficiente di Intensità Assistenziale) maggiore di zero (intensità assistenziale minima) e minore di uno (intensità assistenziale massima). Il CIA non è altro che il rapporto tra i Giorni di Effettiva Assistenza (GEA) e i Giorni di Cura (GdC) dalla data di presa in carico alla cessazione del programma.  $CIA = GEA / GdC$ . Si riporta di seguito la classificazione operata ai sensi dell'art. 22, comma 3, del D.P.C.M. 12 gennaio 2017:

“(…) Le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

- a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un Coefficiente di intensità assistenziale (CIA) inferiore a 0,14;
- b) cure domiciliari integrate (ADI) di I° livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art.9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un Progetto di assistenza individuale (PAI) ovvero di un Progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle Regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;
- c) cure domiciliari integrate (ADI) di II° livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la

definizione di un Progetto di assistenza individuale (PAI) ovvero di un Progetto riabilitativo individuale (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

- d) cure domiciliari integrate (ADI) di III° livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un Progetto di assistenza individuale (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia”.

Tale classificazione rileva ai fini autorizzativi poiché ad ogni livello di intensità dell'assistenza domiciliare corrispondono prestazioni, anche diagnostiche, differenti che comportano l'utilizzo di risorse umane, attrezzature, dispositivi medici, apparecchiature elettromedicali adeguate, come pure l'applicazione di requisiti minimi talvolta differenti. È il caso, per esempio, della proposta di requisito 3.2.2 AU di cui al presente allegato, secondo cui l'attività amministrativa e sanitaria è garantita per 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per le CD di base e di 1° livello, e per 7 giorni a settimana per le CD di 2° e 3° livello.

### **Principi generali sul rilascio delle Autorizzazioni ad erogare cure domiciliari**

L'Allegato A dell'intesa CSR/151 del 4 agosto 2021, concernente gli “Aspetti normativi e criteri di riferimento per il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle cure domiciliari” prevede che la *governance* dei percorsi assistenziali 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 tramite le Aziende Sanitarie Territoriali, nel caso delle Marche, gli accordi contrattuali,
- attua 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,
- definisce le modalità operative di effettuazione della valutazione multidimensionale e i requisiti per la stesura del progetto individuale, redatti dall'equipe di presa in carico della persona assistita.

In base a quanto previsto dall'art. 3, comma 1, lettera b) della L.R. n. 21/2016 è stato disposto che la Giunta Regionale stabilisca e aggiorni periodicamente i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni e per l'accreditamento istituzionale e ne disciplini i relativi procedimenti.

A tal fine è stato organizzato il Gruppo di lavoro incaricato di redigere i manuali autorizzativi e di accreditamento delle CD.

Il Gruppo di lavoro è composto da funzionari e tecnici del Dipartimento Salute della Regione Marche, dell'ARS e dell'ASUR.

In relazione alla complessità ed all'eterogeneità dei diversi settori e dei numerosi e diversi portatori d'interesse da coinvolgere nel procedimento di studio ed elaborazione dei nuovi requisiti per l'elaborazione della proposta dei Manuali di Autorizzazione si è ritenuto opportuno avviare il seguente percorso:

1. elaborazione di una prima bozza di documento;
2. confronto con i principali portatori d'interesse privati e pubblici del sistema sanitario e socio-sanitario, che operano nel territorio regionale;
3. raccolta dei contributi (rilevi proposte, suggerimenti, integrazioni ...) degli interlocutori per redigere in maniera partecipata i documenti da proporre all'approvazione della Giunta Regionale;
4. stesura definitiva dell'atto.

### **Cure Domiciliari e Telemedicina**

Le CD vengono erogate anche avvalendosi della Telemedicina (televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza da professioni sanitarie, telerefertazione, teleriabilitazione, telemonitoraggio, telecontrollo medico) secondo le linee guida organizzative relative al "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" di cui al D.M. 29/04/2022 ed i requisiti tecnologici e organizzativi di cui all'allegato 1A.1 al presente atto.

Analogamente ad ogni altra prestazione erogata nel setting domiciliare, anche quelle che si avvalgono della telemedicina devono essere opportunamente registrate e rendicontate nell'ambito dell'alimentazione del flusso SIAD (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare). Inoltre, per la rendicontazione delle prestazioni di telemedicina, nelle more della definizione di specifiche tariffe nazionali, si applicano le tariffe relative alle medesime attività assistenziali erogate in modalità tradizionale con particolare riferimento al regime ambulatoriale.

Alle organizzazioni pubbliche e private che, alla data della pubblicazione del presente atto, erogano prestazioni di CD e non rispettano i requisiti minimi autorizzativi sulla telemedicina, viene rilasciata l'autorizzazione all'esercizio con prescrizione da assolvere entro il 31/12/2024.

## PERCORSI AMMINISTRATIVI

### Procedimento di autorizzazione alla realizzazione

L'autorizzazione è rilasciata dalla Regione previa acquisizione delle verifiche:

- di compatibilità con la programmazione Regionale in materia di fabbisogno;
- di congruità progettuale con i requisiti minimi strutturali e tecnologici di cui al presente manuale.

1. Il titolare che, in seguito all'entrata in vigore del presente manuale, intende realizzare una struttura che eroghi CD, presenta l'istanza di autorizzazione alla realizzazione della struttura alla Regione (modello AUT 1A-CD), e richiede al Comune il rilascio del titolo abilitativo edilizio necessario;
2. la Regione esegue una istruttoria preliminare, verifica la completezza della domanda e dei requisiti richiesti, comunica l'avvio del procedimento al titolare entro 10 gg dal ricevimento della stessa ed avvia le procedure volte alla verifica:
  - a) di compatibilità regionale di cui all'art. 2, comma 1 lett. h) della L.R. 21/2016
  - b) di congruità del progetto rispetto ai requisiti minimi di cui all'art. 2, comma 1, lett. h bis) della L.R. 21/2016.
3. in riferimento alla verifica di compatibilità la struttura Regionale competente effettua la verifica sentita l'ARS, acquisendo il relativo parere che dovrà pervenire entro 15 gg dal ricevimento della richiesta;
4. in riferimento alla verifica di congruità, la struttura Regionale competente effettua la verifica del progetto rispetto ai requisiti minimi, acquisito il parere del gruppo tecnico di congruità;
5. la struttura Regionale competente, acquisiti i pareri di cui ai precedenti punti 3 e 4, provvede, entro 90 giorni dal ricevimento dell'istanza, al rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione;
6. il relativo atto viene trasmesso al titolare della struttura richiedente entro 5 gg dall'adozione dello stesso, all'Azienda Sanitaria ed al Comune/SUAP.

### Procedimento di autorizzazione all'esercizio

Il titolare dell'organizzazione in possesso di autorizzazione alla realizzazione ed il titolare dell'organizzazione già attiva alla data di pubblicazione del presente manuale presenta l'istanza di autorizzazione all'esercizio alla Regione (MOD AUT 2-CD), con autocertificazione attestante il possesso del certificato di agibilità o di avvenuta segnalazione certificata di agibilità delle sedi operative e/o organizzative;

1. la struttura Regionale competente esegue una istruttoria preliminare, verifica la completezza della domanda;
2. la struttura Regionale competente accertata la regolarità della domanda, la trasmette all'OTA (per le strutture pubbliche) o al Dipartimento di prevenzione dell'Azienda

Sanitaria (per le strutture private) entro 30 gg dal ricevimento della stessa, per la verifica dei requisiti;

3. l'esito della verifica dell'effettivo rispetto dei requisiti minimi deve essere trasmesso entro 60 gg alla struttura Regionale competente;
4. la struttura Regionale competente, entro 30 gg dal ricevimento dell'esito della verifica dell'OTA/Azienda Sanitaria, autorizza o nega l'esercizio e trasmette copia del provvedimento al richiedente, all'Azienda Sanitaria ed al Comune/SUAP. Le autorizzazioni possono essere rilasciate anche con prescrizioni, se le difformità riscontrate non riguardano i requisiti relativi alla sicurezza di utenti e operatori. Nel caso di autorizzazione con prescrizioni, va specificato il termine entro il quale le stesse devono essere assolte.

### **Procedimento di riesame (art. 11 L.R. n. 21/2016)**

Nel caso di diniego delle autorizzazioni o nel caso le stesse contengano prescrizioni, l'interessato può presentare alla Regione, entro 30 gg dal ricevimento dell'atto, le proprie controdeduzioni mediante richiesta di riesame. La struttura Regionale competente decide nei termini di 60 gg dal ricevimento della richiesta, sentito l'OTA/Azienda Sanitaria; la richiesta non può essere accolta nel caso di parere negativo di quest'ultimo.

### **Decadenza e trasferibilità dell'autorizzazione (art. 8, comma 5 e art. 12 L.R. 21/2016)**

L'autorizzazione alla realizzazione decade se entro 24 mesi dal rilascio non viene presentata la relativa domanda di autorizzazione all'esercizio, fatta salva la possibilità da parte della Regione di concedere proroghe per situazioni di particolare difficoltà di realizzazione.

L'autorizzazione all'esercizio, ai sensi dall'art. 12 della L.R. n. 21/2016, decade nei casi di:

- a) decesso del titolare dell'organizzazione autorizzata ovvero estinzione della persona giuridica;
- b) cessazione dell'attività per qualsiasi causa.

In caso di decesso del titolare del servizio autorizzato, gli eredi possono continuare l'esercizio dell'attività per un periodo non superiore a centottanta giorni dall'avvenuto decesso, fermo restando il mantenimento dei requisiti minimi previsti. L'autorizzazione è trasmissibile entro un anno dal decesso del soggetto autorizzato; trascorso inutilmente tale termine, l'autorizzazione decade.

La comunicazione di cessazione dell'attività da parte delle singole strutture deve essere obbligatoriamente trasmessa alla Regione, all'Azienda Sanitaria ed al Comune/SUAP.

L'autorizzazione alla realizzazione e l'autorizzazione all'esercizio sono trasferibili ad altro soggetto giuridico, fermo restando il possesso dei requisiti previsti, previo assenso della struttura organizzativa Regionale competente, che decide entro trenta giorni dalla richiesta dandone comunicazione anche all'Azienda Sanitaria ed al Comune/SUAP.



### **Comunicazione della permanenza del possesso dei requisiti minimi (art.13 L.R. 21/2016)**

I soggetti autorizzati all'esercizio dell'attività di CD inviano alla Regione con cadenza annuale (entro il mese di gennaio) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio concernente la permanenza del possesso dei requisiti minimi.

### **Sospensione e revoca dell'autorizzazione (art. 14 L.R. 21/2016)**

Per la verifica dei requisiti minimi e la garanzia della vigilanza la Regione può effettuare in qualsiasi momento controlli, ispezioni o sopralluoghi nei confronti delle organizzazioni autorizzate all'esercizio, avvalendosi dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) o del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda Sanitaria.

In caso di esito negativo della verifica, la Regione provvede ai sensi dell'articolo 14 della L.R. 21/2016 alla sospensione e revoca dell'autorizzazione all'esercizio.

Nel caso in cui vengano accertati il venir meno dei requisiti di autorizzazione, o disfunzioni assistenziali eliminabili mediante opportuni e idonei interventi, la struttura Regionale competente diffida il soggetto autorizzato a provvedere alla regolarizzazione entro un congruo termine o a presentare eventuali giustificazioni o controdeduzioni entro il termine di sette giorni. La Regione, qualora non ritenga sufficienti le giustificazioni addotte o nel caso in cui sia trascorso inutilmente il predetto termine o non si sia provveduto comunque in tutto o in parte alle regolarizzazioni richieste, sospende l'autorizzazione fino a quando non siano rimosse le cause che hanno determinato il provvedimento.

Nel caso di gravi o ripetute infrazioni alle norme vigenti, o alle condizioni del provvedimento di autorizzazione, o di ripetute e gravi disfunzioni assistenziali, la Regione dispone la revoca dell'autorizzazione.

In caso di esercizio senza autorizzazione, il Comune, sentita la Regione o su richiesta di quest'ultima, previa diffida, ordina la chiusura della struttura o la sospensione del servizio e irroga una sanzione amministrativa pecuniaria da euro 4.000,00 a euro 40.000,00.

## REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI

Oltre i requisiti seguenti, per le prestazioni erogate in telemedicina, la struttura deve possedere anche i requisiti tecnologici ed organizzativi di cui all'allegato 1A.1 al presente atto.

1.AU - REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI		
N.P.	REQUISITO	RISPOSTA
	<b>L'Organizzazione che eroga cure domiciliari:</b>	
<b>1.1 AU – Sede organizzativa e operativa</b>	<p>dispone almeno di una sede organizzativa, che può coincidere con una 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 (<i>call center</i>), di raccolta di suggerimenti e reclami; dispone di sedi operative, dislocate sul territorio nel rispetto del principio di prossimità. Le sedi sono collegate tra loro in relazione alla distribuzione degli interventi territoriali.</p>	
<b>1.2 AU – Locali e spazi della sede organizzativa e operativa</b>	<p>dispone di locali e spazi quali:</p> <p><u>per la sede organizzativa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un locale per l'organizzazione dei servizi, le attività amministrative e di segreteria (<i>call center</i>) aperto secondo il requisito 3.2.2.;</li> <li>• 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;</li> <li>• uno spazio (<i>front office</i>) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio;</li> <li>• uno spazio per la conservazione sicura della documentazione sanitaria;</li> <li>• servizi igienici per il personale;</li> <li>• servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico;</li> </ul> <p><u>per la sede operativa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un locale/spazio (es. armadi) ad uso deposito del materiale pulito.</li> <li>• un locale/spazio (es. armadi) ad uso deposito per presidi sanitari.</li> <li>• un locale/spazio (es. armadi) ad uso deposito di farmaci</li> <li>• un locale/spazio per deposito del materiale sporco;</li> <li>• un locale/spazio delimitato adibito al lavaggio di materiale pluriuso contaminato;</li> <li>• un locale attrezzato per la sterilizzazione dei materiali, nel caso in cui l'organizzazione non si avvalga di dispositivi</li> </ul>	

	<p>monouso o servizio, nonché alla sterilizzazione dei materiali laddove non venga utilizzato solo materiale monouso o non ci si avvalga di servizi esterni di sterilizzazione;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• uno spogliatoio per il personale;</li> <li>• 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;</li> <li>• uno spazio (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio;</li> <li>• uno spazio per la conservazione sicura della documentazione sanitaria;</li> <li>• servizi igienici per il personale;</li> <li>• servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico.</li> </ul> <p>Tutti i locali devono essere in possesso dei requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente.</p>	
--	--	--

<b>2. AU - REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI TECNOLOGICI</b>		
<b>N.P.</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>RISPOSTA</b>
	<b>In funzione dei livelli di attività erogata, l'Organizzazione garantisce:</b>	
<b>2.1 AU – Auto-mezzi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la disponibilità di mezzi di trasporto aziendali o privati per garantire la mobilità degli operatori, e lo svolgimento delle attività organizzative di supporto;</li> <li>- la conformità dei mezzi di trasporto alla normativa vigente (copertura assicurativa, evidenza delle revisioni effettuate ecc...);</li> <li>- un programma di controllo e manutenzione periodica dei mezzi;</li> <li>- nel caso di trasporto di materiale biologico si applica la normativa specifica.</li> </ul>	
<b>2.2 AU – Apparecchiature</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tutte le attrezzature, i dispositivi medici e le apparecchiature elettromedicali, conformi alla normativa vigente, necessari a garantire l'erogazione delle rispettive prestazioni domiciliari erogate;</li> <li>- la dotazione minima delle apparecchiature deve essere sottoposta a verifiche periodiche,</li> <li>- la dotazione minima delle apparecchiature, per le organizzazioni che erogano interventi di livello superiore al base (prestazionale), comprende: stetoscopio, sfigmomanometro, glucometro, saturimetro, aspiratore, ecografo, emogasanalizzatore. L'organizzazione ha a disposizione un tempo di adeguamento pari a dodici mesi dalla data di rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per formare gli operatori addetti all'utilizzo dell'ecografo e darne prova con opportuna certificazione;</li> </ul>	

<p><b>2.3 AU – Dotazioni telefoniche ed informatiche</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'adozione presso la sede organizzativa ed operativa di un sistema informativo utile all'organizzazione dell'assistenza, specifico per l'attività nei diversi livelli assistenziali che consenta l'immediata individuazione del fascicolo delle persone assistite e il controllo aggiornato del profilo di assistenza;</li> <li>- 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 compresi quelli necessari per l'erogazione delle prestazioni di telemedicina, nel rispetto dei requisiti tecnologici ed organizzativi previsti dall'allegato 1A.1 al presente atto;</li> </ul>	
<p><b>2.4 AU - Dispositivi di protezione individuale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la valutazione dei rischi ai sensi della vigente normativa e l'assegnazione dei dispositivi di protezione individuale agli operatori;</li> </ul>	
<p><b>2.5 AU- Dotazioni per smaltimento rifiuti speciali</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le dotazioni necessarie per lo smaltimento dei rifiuti speciali come previsto dalla normativa vigente;</li> </ul>	
<p><b>2.6 AU - Contenitori per campioni biologici</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- i contenitori per il trasporto dei campioni biologici a norma di legge;</li> </ul>	
<p><b>2.7 AU - Borse attrezzate</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le borse per il personale sanitario, dotate del materiale necessario per l'attività da svolgere verificato attraverso una check list predefinita</li> <li>- lo zaino per la gestione delle emergenze dotato di check list predefinita;</li> </ul>	
<p><b>2.8 AU – Gestione e manutenzione di attrezzature/apparecchiature</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la verifica periodica dello stato di funzionamento e manutenzione delle apparecchiature in dotazione, mediante:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• un inventario aggiornato delle attrezzature/apparecchiature utilizzate;</li> <li>• la presenza e la disponibilità di tutta la documentazione relativa ai collaudi, ispezioni e interventi di manutenzione e monitoraggio del funzionamento;</li> <li>• 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;</li> <li>• l'addestramento, qualora necessario, del personale coinvolto nell'utilizzo delle attrezzature e dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, opportunamente documentato.</li> </ul> </li> </ul>	

	<b>3.1 AU - REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI (Responsabilità e Personale)</b>		
<b>N.P.</b>	<b>REQUISITO</b>		<b>RISPOSTA</b>
	<b>L'Organizzazione garantisce:</b>		
<b>3.1.1 AU – Responsabilità dell'Organizzazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- che la responsabilità complessiva dell'Organizzazione stessa, 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 sia affidata a un direttore sanitario o, per le organizzazioni pubbliche, al responsabile medico designato dall'Azienda Sanitaria. La responsabilità del mantenimento dei requisiti sanitari previsti e della verifica di qualità degli interventi svolti, della corretta gestione (acquisizione, stoccaggio, distribuzione, utilizzo e manutenzione) di tutto il materiale sanitario/presidi/attrezzature/apparecchiature, della sorveglianza sulla valutazione del personale e sulla documentazione sanitaria da essi redatta è in capo al coordinatore.</li> <li>- che per i servizi di cure domiciliari integrate (ADI) vengano garantite le funzioni di coordinamento e responsabilità clinica, infermieristica e amministrativa;</li> <li>- che per ogni persona in carico per cure domiciliari sia garantita la continuità della presa in carico per tutta la durata dell'assistenza, coerentemente con il Piano Assistenziale;</li> </ul>		
<b>3.1.2 AU – Dotazione di personale</b>	<p>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, almeno secondo i seguenti standard minimi:</p>		
	<b>CD di livello base - prestazionale CIA &lt; 0,14</b>	Infermiere (15') Professionisti della Riabilitazione (30') Medico di Medicina Generale (30')	5 giorni su 7
	<b>CD integrate (ADI) di I° livello 0,14 ≤ CIA ≤ 0,30</b>	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico di Medicina Generale (30') Operatore Sociosanitario (60')	5 giorni su 7
	<b>CD integrate (ADI) di II° livello 0,31 ≤ CIA ≤ 0,50</b>	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Dietista (30') Medico di Medicina Generale (45') Operatore Sociosanitario (60')	7 giorni su 7

	<p><b>CD integrate (ADI) di III° livello</b> <b>CIA &gt; 0,50</b></p>	<p>Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico di Medicina Generale (60') Operatore Sociosanitario (60')</p>	<p>7 giorni su 7</p>	<p>oltre ad eventuali altre figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI ed ai bisogni specifici legati alla tipologia di fragilità, definiti in collaborazione con UMEE, UMEAC e servizi sociali, nel caso di disabili considerando anche la procedura di Assistenza Medica Avanzata per Disabili (AMAD).</p>
<p><b>3.1.3 AU – Requisiti per il personale (titoli e formazione)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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);</li> <li>- che sia effettuata la verifica dei titoli (curriculum) in possesso degli operatori;</li> <li>- che siano rispettati gli obblighi normativi di formazione continua per tutti i professionisti sanitari;</li> <li>- che vi sia formazione anche in merito a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• procedure interne organizzative,</li> <li>• procedure operative adottate (in funzione del profilo),</li> <li>• umanizzazione delle cure e qualità delle relazioni,</li> <li>• certificazione BLS (primo soccorso con l'impiego di defibrillatore semiautomatico) aggiornata,</li> <li>• sicurezza sul lavoro,</li> <li>• gestione del rischio clinico;</li> </ul> </li> <li>- che esista evidenza della formazione;</li> <li>- l'effettuazione di programmi di formazione per il nuovo personale;</li> </ul>			
<p><b>3.1.4 AU – Elenco degli operatori e fascicolo personale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- che sia presente, conservato e regolarmente aggiornato un elenco del personale impiegato, che riporti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la tipologia e il numero delle figure professionali, il possesso dei relativi requisiti professionali,</li> <li>• la tipologia del rapporto di lavoro;</li> </ul> </li> <li>- che sia data evidenza della turnazione (turni di servizio datati e firmati) del personale;</li> <li>- 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;</li> <li>- che sia costituito un fascicolo, anche in formato elettronico, relativo a ciascun operatore che presta attività, composto da: <ul style="list-style-type: none"> <li>• curriculum formativo aggiornato e la relativa documentazione,</li> <li>• attestazioni della formazione continua obbligatoria,</li> </ul> </li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• attestato di idoneità psico-fisica al lavoro, valutazione di idoneità effettuata dal Medico competente,</li> <li>• attestazione della formazione obbligatoria in materia di sicurezza sul lavoro,</li> <li>• attestazione dell'aggiornamento continuo del BLSA,</li> <li>• attestazione della formazione sulle procedure interne all'Organizzazione,</li> <li>• possesso della patente di guida adeguata all'eventuale veicolo utilizzato ai fini dell'attività erogata;</li> <li>• che il fascicolo personale degli operatori sia conservato nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali;</li> </ul>	
<b>3.1.5 AU – Regolarità del rapporto di lavoro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nei confronti del proprio personale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'attuazione di condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro applicabili alla categoria di riferimento;</li> <li>• l'osservanza e l'applicazione di tutte le norme relative alle assicurazioni obbligatorie ed antinfortunistiche, previdenziali ed assistenziali;</li> <li>• l'applicazione della normativa in merito alla responsabilità civile in ambito sanitario.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>3.1.6 AU – Identificabilità degli operatori</b>	<p>l'utilizzo degli strumenti per l'identificazione degli operatori nel rispetto della normativa sulla privacy (cartellino di riconoscimento riportante almeno: nome e cognome dell'operatore, foto, ruolo, logo e nome dell'Organizzazione stessa).</p>	

### 3.2 AU - PROCEDURE E GESTIONE DELL'ATTIVITÀ

N.P.	REQUISITO	RISPOSTA
	<b>L'Organizzazione garantisce:</b>	
<b>3.2.1 AU – Tipologia di prestazioni e servizi erogati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- che siano definiti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati, con specifica indicazione di quali siano erogabili avvalendosi della telemedicina,</li> <li>• le modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari, con valutazione multidimensionale (DGR 791/2014 e DGR 111/2015),</li> <li>• le modalità di erogazione di prestazioni/servizi attraverso documenti formali dove siano definite chiaramente le responsabilità,</li> <li>• le modalità di gestione delle eventuali urgenze;</li> </ul> </li> <li>- che sia garantita la presenza delle risorse umane e strumentali necessarie per l'esecuzione dei seguenti esami diagnostici:</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG,</li> <li>• Holter pressorio e holter cardiaco,</li> <li>• Holter color doppler,</li> <li>• Spirometria,</li> <li>• Polisonnografia,</li> <li>• Ecografia,</li> <li>• Prelievo di materiale biologico,</li> <li>• Emo Gas Analisi</li> <li>• Audiometria;</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'esecuzione di RX a domicilio è consentita qualora: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ venga eseguita da un tecnico radiologo,</li> <li>➢ l'elaborazione e la refertazione dell'esame avvenga presso una struttura di diagnostica per immagini autorizzata ai sensi della DGR 1571 del 2019</li> </ul> </li> <li>- che venga elaborato un protocollo che descriva la procedura relativa all'intero percorso diagnostico per l'esecuzione dell'RX e per ogni eventuale ulteriore esame diagnostico a domicilio;</li> <li>- che sia redatta la Carta dei Servizi (si veda punto 3.2.13);</li> <li>- che siano indicate le modalità di erogazione dei servizi sanitari erogati a distanza;</li> </ul>	
<p><b>3.2.2 AU – Garanzie attività</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- che, a parziale modifica della DGR 791 del 30/06/2014, 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;</li> </ul>	
<p><b>3.2.3 AU – Regolamento interno</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- che venga predisposto un Regolamento interno in cui siano definite: <ul style="list-style-type: none"> <li>• le funzioni e le responsabilità di tutte le figure professionali in relazione alla tipologia di attività svolta,</li> <li>• le modalità di espletamento del servizio,</li> <li>• l'equipaggiamento del personale di assistenza, compreso l'abito professionale,</li> <li>• i sistemi di comunicazione;</li> </ul> </li> <li>- che venga definito un organigramma/funzionigramma;</li> </ul>	
<p><b>3.2.4 AU – Gestione del Rischio Clinico (RC)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- che sia elaborato un piano per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza 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;</li> </ul>	
<p><b>3.2.5 AU – Procedure scritte sul percorso di cura</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- che, in funzione delle tipologie di cure domiciliari, siano definite procedure scritte in base alla normativa regionale vigente in merito a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• modalità e strumenti di gestione della valutazione del bisogno attraverso strumenti validati,</li> </ul> </li> </ul>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• definizione del piano individuale (semplificato per le cure domiciliari di base),</li> <li>• criteri e modalità di erogazione delle prestazioni e di comunicazione interna,</li> <li>• modalità e strumenti del passaggio di consegne,</li> <li>• criteri di chiusura della presa in carico e di valutazione della persona assistita al momento della dimissione;</li> </ul>	
<p><b>3.2.6 AU – Documentazione sanitaria</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- che, in conformità con la normativa regionale, per ogni persona assistita sia utilizzato un fascicolo sanitario domiciliare, possibilmente informatizzato (semplificato per le cure domiciliari di base) e contestualmente aggiornato, contenente i dati relativi alla persona assistita e all'attività, tra cui almeno: <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 altri operatori di riferimento,</li> <li>• la diagnosi,</li> <li>• gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es. allergia, caduta),</li> <li>• la procedura per l'eventuale presa in carico secondo i principi dell'Assistenza Medica Avanzata per Disabili (AMAD)</li> <li>• il consenso informato e la conoscenza della L. 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento),</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 coinvolgimento dei servizi sociali,</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> </li> <li>- che, per tutte le tipologie assistenziali, presso il domicilio della persona assistita, sia disponibile il diario assistenziale contenente, per ogni accesso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• data e ora,</li> <li>• operatore/i</li> <li>• prestazioni svolte,</li> <li>• firma dell'operatore.</li> </ul> </li> </ul> <p>Il PAI deve essere firmato dall'assistito e/o dal caregiver e/o amministratore di sostegno;</p>	
<p><b>3.2.7 AU – Modalità di trattamento dei dati e privacy</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> </ul>	

	<p>solo al personale abilitato e protezione da accessi non autorizzati;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- che il sistema di archiviazione della documentazione sanitaria consenta un rapido accesso ai dati da parte degli operatori coinvolti nel processo di cura;</li> </ul>	
<p><b>3.2.8 AU – Gestione di farmaci/presidi medico – chirurgici e prodotti nutrizionali</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- che la documentazione relativa alle verifiche sia disponibile e correttamente conservata;</li> <li>- 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;</li> </ul>	
<p><b>3.2.9AU – Procedure specifiche</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 l'eventuale applicazione dell'Assistenza Medica Avanzata per Disabili (AMAD)</li> <li>• per il coinvolgimento e l'accordo con i servizi sociali ove necessario</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> </ul> </li> <li>- che le procedure siano aggiornate con una periodicità almeno triennale e ogniqualvolta lo si renda necessario in base alle evidenze scientifiche;</li> <li>- che le procedure siano diffuse agli operatori</li> </ul>	

<p><b>3.2.10 AU – Integrazione professionale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- che gli operatori integrino i propri interventi ed effettuino il trasferimento reciproco delle informazioni, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi del piano individuale, alimentando il fascicolo di cui al punto 3.2.6;</li> <li>- che siano definiti ed applicati strumenti per il passaggio delle consegne;</li> </ul>	
<p><b>3.2.11 AU – Valorizzazione e sostegno alla famiglia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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);</li> </ul>	
<p><b>3.2.12 AU- Valorizzazione della partecipazione della persona assistita</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- che venga garantita la partecipazione della persona assistita e/o caregiver nel processo di cura (Empowerment) attraverso momenti formalizzati nel piano assistenziale individuale e registrati nel diario assistenziale;</li> </ul>	
<p><b>3.2.13 AU – Materie informative</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- che venga redatta e periodicamente aggiornata una Carta dei Servizi, conforme alla normativa vigente, contenente informazioni relative almeno a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• prestazioni erogate,</li> <li>• modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari,</li> <li>• target di popolazione assistita,</li> <li>• orari,</li> <li>• tariffe praticate,</li> <li>• contatti,</li> <li>• modalità di presentare eventuali reclami;</li> </ul> </li> <li>- che la Carta dei Servizi sia facilmente accessibile per l'utenza;</li> <li>- che la Carta dei Servizi venga aggiornata con cadenza biennale;</li> </ul>	
<p><b>3.2.14 AU – Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi</b></p>	<p>che vengano definiti strumenti per la raccolta dei reclami, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;</p>	
<p><b>3.2.15 AU – Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- che venga definito un documento con criteri, indicatori e modalità per la valutazione della qualità dei servizi erogati e che garantisca: <ul style="list-style-type: none"> <li>• che vengano adottate modalità di valutazione della soddisfazione da parte dell'utente;</li> <li>• che venga favorita la partecipazione del personale allo svolgimento di attività di valutazione clinica (audit);</li> </ul> </li> <li>- Le organizzazioni pubbliche adottano gli indicatori relativi agli obiettivi declinati a livello regionale nel periodo di esercizio.</li> </ul>	

## MODULISTICA

Marca da bollo

### FAC-SIMILE MOD. AUT 1A-CD

#### DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI DI LIVELLO BASE, DI I, II E III LIVELLO, AI SENSI DELLA DGR \_\_\_\_/2022

Il/la sottoscritto/a

Cognome .....

Nome .....

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

Residente a .....(.....)

Via/Piazza .....n.....

Codice Fiscale:

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

Tell/Cell ..... e-mail .....

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

Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PRIVATA

Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PUBBLICA

del soggetto giuridico di seguito individuato:

Ragione Sociale.....

Con Sede Legale in Via/Piazza ..... n. ....

Comune di .....(.....) CAP .....

Forma Giuridica .....

Partita IVA

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

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

PEC .....

E-Mail .....

Recapito telefonico .....

### CHIEDE

Il rilascio dell'**autorizzazione alla realizzazione** ai sensi della DGR \_\_\_/2022 di struttura/e adibita/e a sede organizzativa  sede operativa  di un'organizzazione che eroga prestazioni di cure domiciliari

di livello base,  di I livello,  di II livello,  di III livello.

Tipologia dell'organizzazione:

.....  
denominata .....

con sede *organizzativa* nel Comune di .....

Via/Piazza ..... n. .... int .....

Distinta al catasto Fabbricati al Foglio ..... Mappale ..... Sub .....

con sede *operativa* (da compilare nel caso in cui sia distinta dalla sede organizzativa) nel Comune di

.....  
Via/Piazza ..... n. .... int ..... Distinta al catasto Fabbricati al Foglio ..... Mappale ..... Sub .....

### COMUNICA

- che l'organizzazione, antecedentemente alla data di presentazione della presente richiesta, NON ha erogato servizi di cure domiciliari;
- che la sede operativa coincide con la sede organizzativa;
- che la sede operativa NON coincide con la sede organizzativa.

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

### DICHIARA

- che la struttura adibita a sede organizzativa dell'organizzazione, ubicata a ..... in via ..... n. .... distinta al Catasto Fabbricati al Foglio ..... particella ..... sub ..... è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.1 AU e 1.2 AU;
- che la struttura adibita a sede operativa dell'organizzazione, ubicata a ..... in via ..... n. .... distinta al Catasto Fabbricati al Foglio ..... particella ..... sub .....

.....è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.1 AU e 1.2 AU;

- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159;
- di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione va resa.
- che il soggetto privato richiedente l'autorizzazione in oggetto:
  - è iscritto al Registro delle Persone Giuridiche c/o la Cancelleria del Tribunale di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per Persone Giuridiche tenute all'iscrizione)*
  - è iscritto al Registro delle Imprese c/o la Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per le cooperative, le Società di Persone e le Società di Capitali)*
  - è iscritto all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per le Cooperative Sociali)*
  - è iscritto al Registro Regionale delle Associazioni di Volontariato al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per le Associazioni di Volontariato)*
  - è iscritto all'Anagrafe Onlus n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per le altre Onlus)*
  - è iscritto al \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(altri pubblici registri o albi)*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_  
Firma per esteso

**Allegati obbligatori:**

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;
2. Copia versamento bollo digitale;
3. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina;
4. Planimetria della sede organizzativa e della sede operativa (qualora non coincidenti) in scala 1:100 con le destinazioni d'uso e le superfici nette di ogni vano, datata e sottoscritta dal tecnico abilitato;
5. 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.
6. Autocertificazione attestante il possesso del certificato di agibilità o avvenuta segnalazione certificata di agibilità.

## FAC-SIMILE MOD. AUT 1B-CD

### DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'AMPLIAMENTO PER ORGANIZZAZIONI PUBBLICHE E PRIVATE CHE EROGANO CURE DOMICILIARI DI LIVELLO BASE, DI I, II E III LIVELLO, AI SENSI DELLA DGR \_\_\_\_/2022

Il/la sottoscritto/a

Cognome .....

Nome .....

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

Residente a .....(.....) Via/piazza ..... n.....

Codice Fiscale:

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

Tell/Cell..... e-mail .....

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

Legale rappresentante di una STRUTTURA PRIVATA

Legale rappresentante di una STRUTTURA PUBBLICA

del soggetto giuridico di seguito individuato:

Ragione Sociale.....

Con Sede Legale in Via/Piazza ..... n. ....

Comune di .....(.....) CAP .....

Forma Giuridica .....

Partita IVA

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

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

PEC .....

E-Mail .....Recapito telefonico .....



### C H I E D E

Il rilascio dell'**autorizzazione all'AMPLIAMENTO** ai sensi della DGR \_\_\_/2022 della/e struttura/e adibita/e a sede organizzativa  sede operativa

Tipologia dell'organizzazione:

.....

denominata .....

con sede *organizzativa* sita nel Comune di .....(.....)

Via/Piazza ..... n. .... int .....

Distinta al catasto Fabbricati al Foglio ..... Mappale ..... Sub .....

con sede *operativa* (da compilare nel caso in cui sia distinta dalla sede organizzativa) nel Comune

di.....

Via/Piazza ..... n. .... int .....Distinta al catasto

Fabbricati al Foglio ..... Mappale ..... Sub .....

Avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi stabiliti nel manuale regionale di autorizzazione approvato ai sensi della LR 21/2016 ed allegati alla presente domanda.

### C O M U N I C A

- di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione alla realizzazione/ esercizio ai sensi della DGR \_\_\_\_2022 per la quale allega copia dell'autorizzazione n.....rilasciata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ dalla Regione;
- codice ORPS : .....
- che l'organizzazione è attualmente realizzata/in esercizio per l'erogazione prestazioni di cure domiciliari;
- che la sede operativa coincide con la sede organizzativa;
- che la sede operativa NON coincide con la sede organizzativa

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

### D I C H I A R A

- che la sede organizzativa è ubicata a .....  
in via ..... n. .... distinta al Catasto Fabbricati al  
Foglio ..... particella .....sub ..... ed è in possesso dei re-  
quisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di  
cure domiciliari ai punti 1.1 AU e 1.2 AU;

- che la sede operativa è ubicata a ..... in via ..... n. .... distinta al Catasto Fabbricati al Foglio ..... particella ..... sub ..... ed è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159;
- di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione va resa;
- che il soggetto privato richiedente l'autorizzazione in oggetto:
  - è iscritto al Registro delle Persone Giuridiche c/o la Cancelleria del Tribunale di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per Persone Giuridiche tenute all'iscrizione)*
  - è iscritto al Registro delle Imprese c/o la Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per le cooperative, le Società di Persone e le Società di Capitali)*
  - è iscritto all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per le Cooperative Sociali)*
  - è iscritto al Registro Regionale delle Associazioni di Volontariato al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per le Associazioni di Volontariato)*
  - è iscritto all'Anagrafe Onlus n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per le altre Onlus)*
  - è iscritto al \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(altri pubblici registri o albi)*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_  
Firma per esteso

**Allegati obbligatori:**

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;
2. Autorizzazione alla realizzazione/esercizio;
3. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina;
4. Planimetria della sede organizzativa e della sede operativa (qualora non coincidenti) in scala 1:100 con le destinazioni d'uso e le superfici nette di ogni vano, datata e sottoscritta dal tecnico abilitato;
5. 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;
6. Autocertificazione attestante il possesso del certificato di agibilità o avvenuta segnalazione certificata di agibilità;
7. Copia versamento bollo digitale.

Marca da bollo

**FAC-SIMILE MOD. AUT 1C-CD**

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL TRASFERIMENTO PER ORGANIZZAZIONI CHE EROGANO CURE DOMICILIARI DI LIVELLO BASE, DI I, II E III LIVELLO, AI SENSI DELLA DGR \_\_\_\_/2022**

Il/la sottoscritto/a

Cognome .....

Nome .....

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

Residente a .....(.....) Via/piazza ..... n.....

Codice Fiscale:

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

Tell/Cell..... e-mail .....

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

Legale rappresentante di una STRUTTURA PRIVATA

Legale rappresentante di una STRUTTURA PUBBLICA

del soggetto giuridico di seguito individuato:

Ragione Sociale.....

Con Sede Legale in Via/Piazza ..... n. ....

Comune di .....(.....) CAP .....

Forma Giuridica .....

Partita IVA

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

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

PEC .....

E-Mail .....Recapito telefonico .....

## CHIEDE

Il rilascio dell'**autorizzazione al TRASFERIMENTO** ai sensi della DGR \_\_\_\_\_/2022 della/e struttura/e adibita/e a  sede organizzativa  sede operativa

Presso la nuova sede sita nel Comune di .....

Via/Piazza ..... n. .... Int .....

Distinta al Catasto Fabbricati al Foglio ..... mappale .....sub .....

Avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi stabiliti nel manuale regionale di autorizzazione di cui alla DGR \_\_\_\_\_/2022

Tipologia dell'organizzazione:  
.....

denominata .....

con sede *organizzativa* nel Comune di ..... (.....)

Via/Piazza ..... n. .... int .....

Distinta al catasto Fabbricati al Foglio ..... Mappale ..... Sub .....

con sede *operativa* (da compilare nel caso in cui sia distinta dalla sede organizzativa) nel Comune di

Via/Piazza ..... n. .... int .....

Distinta al catasto Fabbricati al Foglio ..... Mappale ..... Sub .....

**DESCRIVERE L'OGGETTO DEL TRASFERIMENTO**  
.....  
.....

## COMUNICA

- di essere in possesso, per la struttura in oggetto, di autorizzazione all'esercizio ai sensi della DGR \_\_\_\_2022 per la quale allega copia dell'autorizzazione n..... rilasciata il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ dalla Regione;
- codice ORPS : ..... ;
- che l'organizzazione è attualmente operativa ed eroga prestazioni di cure domiciliari;
- che la sede operativa coincide con la sede organizzativa;
- che la sede operativa NON coincide con la sede organizzativa

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

### DICHIARA

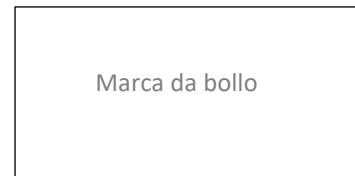
- che la sede organizzativa è ubicata a .....  
in via ..... n. .... distinta al Catasto Fabbricati al Foglio ..... particella .....sub ..... ed è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.1 AU e 1.2 AU;
- che la sede operativa è ubicata a ..... in via ..... n. .... distinta al Catasto Fabbricati al Foglio ..... particella .....sub ..... ed è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159;
- di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione va resa;
- che il soggetto privato richiedente l'autorizzazione in oggetto:
  - è iscritto al Registro delle Persone Giuridiche c/o la Cancelleria del Tribunale di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per Persone Giuridiche tenute all'iscrizione)*
  - è iscritto al Registro delle Imprese c/o la Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per le cooperative, le Società di Persone e le Società di Capitali)*
  - è iscritto all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per le Cooperative Sociali)*
  - è iscritto al Registro Regionale delle Associazioni di Volontariato al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per le Associazioni di Volontariato)*
  - è iscritto all'Anagrafe Onlus n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(solo per le altre Onlus)*
  - è iscritto al \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;  
*(altri pubblici registri o albi)*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

Firma per esteso

**Allegati obbligatori:**

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;
2. Autorizzazione all'esercizio;
3. Copia versamento bollo digitale;
4. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina;
5. Planimetria della sede organizzativa e della sede operativa (qualora non coincidenti) in scala 1:100 con le destinazioni d'uso e le superfici nette di ogni vano, datata e sottoscritta dal tecnico abilitato;
6. 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.
7. Autocertificazione attestante il possesso del certificato di agibilità o avvenuta segnalazione certificata di agibilità.



**FAC-SIMILE MOD. AUT 2-CD**

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI DI LIVELLO BASE, DI I, II E III LIVELLO, AI SENSI DELLA DGR \_\_\_ 2022.**

Il/la sottoscritto/a

Cognome.....

Nome .....

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

Residente a .....(.....) Via/piazza ..... n. ....

Codice Fiscale: 

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

Tell/Cell..... e-mail .....

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

Legale rappresentante di una STRUTTURA PRIVATA

Legale rappresentante di una STRUTTURA PUBBLICA

del soggetto giuridico di seguito individuato:

Ragione Sociale.....

Con Sede Legale in Via/Piazza ..... n. ....

Comune di .....(.....) CAP .....

Forma Giuridica .....

Partita IVA 

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

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

PEC .....

E-Mail .....Recapito telefonico .....



## C H I E D E

Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio ai sensi della DGR \_\_\_\_ 2022 per l'erogazione di cure domiciliari

di livello base,  di I livello,  di II livello,  di III livello.

Tipologia dell'organizzazione: .....

denominata .....

con sede *organizzativa* nel Comune di .....

Via/Piazza ..... n. .... int .....

Distinta al catasto Fabbricati al Foglio ..... Mappale ..... Sub .....

con sede *operativa* (da compilare nel caso in cui sia distinta dalla sede organizzativa) nel Comune di

..... Via/Piazza .....

n. .... int ..... Distinta al catasto Fabbricati al Foglio ..... Mappale ... Sub .....

## C O M U N I C A

di essere in possesso, di autorizzazione alla realizzazione di cui al Decreto n° ..... del ...../...../..... rilasciato dalla Regione;

che l'organizzazione, antecedentemente alla data di pubblicazione del manuale di autorizzazione relativo alla presente richiesta, ha erogato servizi di cure domiciliari

di livello base,  di I livello,  di II livello,  di III livello

di essere in possesso del codice ORPS: .....

di NON essere in possesso del codice ORPS;

che la sede operativa coincide con la sede organizzativa;

che la sede operativa NON coincide con la sede organizzativa.

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

## D I C H I A R A

- che la sede organizzativa, è ubicata a

..... in via .....

..... n. .... distinta al Catasto Fabbricati al Foglio

..... particella .....sub ..... ed è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari ai punti 1.1 AU e 1.2 AU;

- che la sede operativa dell'organizzazione, è ubicata a ..... in via ..... n. .... distinta al Catasto Fabbricati al Foglio ..... particella ..... sub ..... ed è in possesso dei requisiti minimi strutturali indicati nel manuale di autorizzazione regionale per l'erogazione di cure domiciliari 1.1 AU e 1.2 AU;
- che non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all' art. 67 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159;
- di essere informato/a, ai sensi del d.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione va resa.
- che il soggetto privato richiedente l'autorizzazione in oggetto:
  - è iscritto al Registro delle Persone Giuridiche c/o la Cancelleria del Tribunale di ..... al n. .... in data .....;  
*(solo per Persone Giuridiche tenute all'iscrizione)*
  - è iscritto al Registro delle Imprese c/o la Camera di Commercio di ..... al n. .... in data .....;  
*(solo per le cooperative, le Società di Persone e le Società di Capitali)*
  - è iscritto all'Albo Regionale delle Cooperative Sociali al n. .... in data .....;  
*(solo per le Cooperative Sociali)*
  - è iscritto al Registro Regionale delle Associazioni di Volontariato al n. .... in data .....;  
*(solo per le Associazioni di Volontariato)*
  - è iscritto all'Anagrafe Onlus n. .... in data .....;  
*(solo per le altre Onlus)*
  - è iscritto al ..... al n. .... in data .....;  
*(altri pubblici registri o albi)*
- Che la direzione sanitaria / la responsabilità sanitaria dell'organizzazione (requisito 3.1.1AU) è affidata al

Dott. ....

Nato a ..... il.....

Laureato in .....

Presso l'Università di ..... il .....

Specialista in .....

Iscritto presso l'Ordine dei ..... N. ....

Provincia di .....

il quale DICHIARA che:

- a. i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti;
- b. non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione;
- c. l'assenza di situazioni di incompatibilità del Direttore sanitario/Responsabile di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 10 della L.R. n. 21/2016.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_  
Firma per esteso

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Direttore Sanitario/  
Responsabile Sanitario \_\_\_\_\_  
Firma per esteso

**Allegati obbligatori:**

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, di tutti i dichiaranti;
2. Autorizzazione all' esercizio;
3. Schede del Manuale regionale compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina;
4. Planimetria della sede organizzativa e della sede operativa (qualora non coincidenti) in scala 1:100 con le destinazioni d'uso e le superfici nette di ogni vano, datata e sottoscritta dal tecnico abilitato;
5. Autorizzazione alla realizzazione e/o autorizzazione all'esercizio rilasciata dalla Regione;
6. Copia versamento bollo digitale
7. 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.
8. Autocertificazione attestante il possesso del certificato di agibilità o avvenuta segnalazione certificata di agibilità.

**ALLEGATO 1A.1:**

**REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE PER LE ATTIVITÀ DI TELEMEDICINA**

**TELEMEDICINA**

**PRESTAZIONI E SERVIZI EROGABILI**

La Telemedicina consente di garantire la fruizione di servizi sanitari senza che il paziente o l'assistito debba recarsi presso le strutture sanitarie, rendendo accessibili le cure attraverso videochiamate e lo scambio sicuro di dati, immagini, documenti tra i professionisti sanitari e i pazienti, garantendo in alcune situazioni clinico-assistenziali lo svolgimento delle prestazioni professionali equivalenti agli accessi tradizionali.

Riguardo alle attività di tipo ambulatoriale, le interazioni a distanza possono avvenire tra medico e paziente, tra medici, o tra medici e altri operatori sanitari, e precisamente:

1. **Televisita:** non può essere mai considerata il mezzo per condurre la relazione medico-paziente esclusivamente a distanza, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Sono erogabili in televisita le prestazioni ambulatoriali che non richiedono la completezza dell'esame obiettivo del paziente ed in presenza di almeno una delle seguenti condizioni:
  - il paziente necessita della prestazione nell'ambito di un PAI/PDTA;
  - il paziente inserito in un percorso di followup da patologia nota;
  - il paziente affetto da patologia nota necessita di controllo (Telecontrollo) o monitoraggio (Telemonitoraggio), conferma, aggiustamento o cambiamento della terapia in corso (es.: rinnovo o modifica del piano terapeutico);
  - il paziente necessita di valutazione anamnestica per la prescrizione di esami di diagnosi o di stadiazione di patologia nota, o sospetta;
  - il paziente che necessita della verifica da parte del medico degli esiti di esami effettuati, ai quali può seguire la prescrizione di eventuali approfondimenti o di una terapia;
2. **Teleconsulto medico:** è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audiovideo, riguardanti il caso specifico. Lo scopo del teleconsulto è quello di condividere le scelte mediche rispetto ad un paziente da parte dei professionisti coinvolti e rappresenta anche la modalità di fornire la second opinion specialistica ove richiesto;
3. **Teleconsulenza medico-sanitaria:** è un'attività sanitaria, non necessariamente medica, ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico;
4. **Teleassistenza da professioni sanitarie (infermiere/fisioterapista/logopedista/etc.):** è un atto professionale di pertinenza delle professioni sanitarie e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata;

5. **Telerefertazione:** è una relazione rilasciata dal medico che ha sottoposto un paziente a un esame clinico o strumentale il cui contenuto è quello tipico delle refertazioni eseguite in presenza e che viene scritta e trasmessa per mezzo di sistemi digitali e di telecomunicazione;
6. **Teleriabilitazione:** consiste nell'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare, o comunque mantenere, il funzionamento psicofisico di persona in tutte le fasce di età, con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli. È un'attività sanitaria di pertinenza di professionisti sanitari, può avere carattere multidisciplinare e, quanto ciò costituisca un vantaggio per il paziente, può richiedere la collaborazione di caregiver, familiari e non, e/o di insegnanti. Nelle attività di teleriabilitazione vanno comprese anche quelle volte alla valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi durante le normali attività di vita condotte all'interno dell'ambiente domestico o lavorativo. La teleriabilitazione comprende la teleriabilitazione motoria e cognitiva, neuropsicologica, occupazionale, della comunicazione, della deglutizione, del comportamento, cardiologica e polmonare. La teleriabilitazione è:
  - rivolta a persone di ogni età;
  - utilizzata in continuità o ad integrazione o in alternativa alle metodiche e prassi tradizionali;
  - finalizzata a contribuire alla prevenzione o riduzione dell'espressività del disturbo, allo sviluppo delle funzioni adattive, alla realizzazione dell'autosufficienza nel soddisfacimento dei bisogni, al miglioramento della qualità della vita e delle attitudini ai rapporti interpersonali, allo svolgimento o al recupero parziale o totale delle capacità scolastiche, sociali e lavorative, verso il massimo livello di autonomia possibile, ed a favorire l'integrazione nei contesti di vita, oltre che ad abilitare o riabilitare, per i casi di disturbo di neurosviluppo, la predisposizione, personalizzazione e condivisione di materiali da utilizzare per i percorsi abilitativi e riabilitativi.

## 1 - TELEVISITA

### REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

N.P. REQUISITO		RISPOSTA
1	Presenza di tecnologie idonee a garantire il collegamento in tempo reale con audio e video e la possibilità di scambiare in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini, audiovideo, relativi al paziente (es.: computer, tablet, smartphone, etc.)	
2	Stampante e scanner	
3	Presenza di rete di collegamento sempre disponibile tra medici e pazienti	
4	Portale web per accesso da parte dei medici/sanitari per gestire i pazienti assegnati	
5	Login dei pazienti semplice, per accesso al servizio con relativo account con verifica dell'identità	
6	Compatibilità con GDPR per il trattamento dei dati personali	
7	Certificazione dell'hardware e/o del software come dispositivo medico idoneo alla prestazione che si intende effettuare in telemedicina	
8	Presenza di sistemi differenziati per la comunicazione con il paziente (SMS, email con testi criptati, videocomunicazione) e un centro di coordinamento tecnico di riferimento per la gestione dell'attività di telemedicina	

### REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P. REQUISITO		RISPOSTA
9	Deve essere garantita la presenza di un caregiver durante l'atto di visita	
10	Deve essere garantito il collegamento in tempo reale con audio e video e la possibilità di scambiare in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini, audiovideo, relativi al paziente	
11	<p>Refertazione su sistema informatico, sottoscritto digitalmente dal medico specialista oppure annotazione sottoscritta digitalmente dal MMG/PLS, MCA, o medico di Distretto appartenente all'equipe di CD.</p> <p>Sia il referto che l'annotazione devono essere resi disponibili all'assistito nella modalità telematica preferita, devono essere inseriti nella cartella domiciliare dell'assistito e deve sempre essere possibile, su richiesta dello stesso, condividerli con altri sanitari in formato digitale, anche attraverso il fascicolo sanitario elettronico (FSE).</p> <p>Nel referto/annotazione, oltre alle consuete informazioni, devono essere registrati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indicazione di eventuali collaboratori partecipanti alla televisita (es.: caregiver o medico);</li> </ul>	

	- qualità del collegamento e conferma dell'idoneità dello stesso all'esecuzione della prestazione	
12	Deve essere garantita la possibilità di effettuare l'anamnesi per mezzo di videochiamata	
13	Il centro di coordinamento deve essere gestito con un presidio continuo e svolge funzioni anche di helpdesk	
14	Presenza di un atto formale di disponibilità di un contatto telefonico da parte del paziente o di un familiare autorizzato. Qualora il paziente fosse in difficoltà a reperire presso il proprio domicilio gli strumenti informatici per la televisita, garanzia della possibilità di accedere a strutture territoriali dell'ASL (mediante opportuni accordi con, ad esempio, farmacie, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta)	
15	Rispetto della normativa vigente in materia di privacy e sicurezza. In particolare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi;</li> <li>- come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente;</li> <li>- quali strutture e professionisti saranno coinvolti;</li> <li>- quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità;</li> <li>- quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili;</li> <li>- quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile;</li> <li>- quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati.</li> </ul>	
16	Presenza della Carta dei Servizi	
17	Piano della formazione su gestione e utilizzo dei servizi di telemedicina rivolto ai professionisti e ai pazienti/caregiver	
18	Presenza di procedure per l'eventuale recupero, pulizia e sanificazione di tecnologie provenienti dal domicilio nei casi previsti di loro possibile successivo riutilizzo con altri utenti	
19	Tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli sicurezza previsti dalla normativa vigente	
20	Presenza di procedure organizzative per l'espletamento dell'attività di telemedicina	
21	Adozione di sistemi per la gestione della cybersecurity	
22	Presenza di un piano di valutazione dei rischi	

## 2 - TELECONSULTO MEDICO

### REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

N.P. REQUISITO

RISPO-  
STA

1	Presenza di tecnologie idonee con audio e video che garantiscano la possibilità di condividere file digitali e la possibilità di scambiare anche in modalità asincrona dati clinici, referti medici, immagini, audiovideo, relativi al paziente (es.: computer, tablet, smartphone, etc.)	
2	Stampante e scanner	

### REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P. REQUISITO

RISPO-  
STA

3	Deve essere garantito il collegamento in tempo reale con audio e video e la possibilità di scambiare in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini, audiovideo, relativi al paziente, se il paziente è presente al teleconsulto	
4	Presenza di un atto formale di disponibilità di un contatto telefonico da parte del paziente o di un familiare autorizzato	
5	Rispetto della normativa vigente in materia di privacy e sicurezza. In particolare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi;</li> <li>- come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente;</li> <li>- quali strutture e professionisti saranno coinvolti;</li> <li>- quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità;</li> <li>- quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili;</li> <li>- quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile;</li> <li>- quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati.</li> </ul>	
6	Presenza della Carta dei Servizi	
7	Piano della formazione su gestione e utilizzo dei servizi di telemedicina rivolto ai professionisti e ai pazienti/caregiver	
8	Presenza di procedure per l'eventuale recupero, pulizia e sanificazione di tecnologie provenienti dal domicilio nei casi previsti di loro possibile successivo riutilizzo con altri utenti	
9	Tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli sicurezza previsti dalla normativa vigente	



10	Presenza di procedure organizzative per l'espletamento dell'attività di telemedicina	
11	Adozione di sistemi per la gestione della cybersecurity	
12	Presenza di un piano di valutazione dei rischi	

### 3 - TELECONSULENZA MEDICO-SANITARIA

#### REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

N.P. REQUISITO		RISPOSTA
1	Presenza di tecnologie idonee con audio e video che garantiscano la possibilità di condividere file digitali e la possibilità di scambiare anche in modalità asincrona dati clinici, referti medici, immagini, audiovideo, relativi al paziente (es.: computer, tablet, smartphone, etc.)	
2	Stampante e scanner	

#### REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P. REQUISITO		RISPOSTA
3	Deve essere garantito il collegamento in tempo reale con audio e video e la possibilità di scambiare in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini, audiovideo, relativi al paziente, se il paziente è presente al teleconsulto	
4	Presenza di un atto formale di disponibilità di un contatto telefonico da parte del paziente o di un familiare autorizzato	
5	Rispetto della normativa vigente in materia di privacy e sicurezza. In particolare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi;</li> <li>- come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente;</li> <li>- quali strutture e professionisti saranno coinvolti;</li> <li>- quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità;</li> <li>- quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili;</li> <li>- quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile;</li> <li>- quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati.</li> </ul>	
6	Presenza della Carta dei Servizi	
7	Piano della formazione su gestione e utilizzo dei servizi di telemedicina rivolto ai professionisti e ai pazienti/caregiver	

8	Presenza di procedure per l'eventuale recupero, pulizia e sanificazione di tecnologie provenienti dal domicilio nei casi previsti di loro possibile successivo riutilizzo con altri utenti	
9	Tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli sicurezza previsti dalla normativa vigente	
10	Presenza di procedure organizzative per l'espletamento dell'attività di telemedicina	
11	Adozione di sistemi per la gestione della cybersecurity	
12	Presenza di un piano di valutazione dei rischi	

#### 4 - TELEASSISTENZA DA PROFESSIONI SANITARIE

##### REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

N.P. REQUISITO

RISPOSTA

1	Presenza di tecnologie idonee con audio e video che garantiscano la possibilità di condividere file digitali e la possibilità di scambiare anche in modalità asincrona dati clinici, referti medici, immagini, audiovideo, relativi al paziente (es.: computer, tablet, smartphone, etc.)	
2	Stampante e scanner	

##### REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P. REQUISITO

RISPOSTA

3	Può essere garantita la presenza di un caregiver durante l'atto di visita	
4	Deve essere garantito il collegamento in tempo reale con audio e video e la possibilità di scambiare in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini, audiovideo, relativi al paziente, se il paziente è presente al teleconsulto	
5	Presenza di un atto formale di disponibilità di un contatto telefonico da parte del paziente o di un familiare autorizzato	
6	<p>Rispetto della normativa vigente in materia di privacy e sicurezza.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi;</li> <li>- come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente;</li> <li>- quali strutture e professionisti saranno coinvolti;</li> <li>- quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità;</li> <li>- quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili;</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile;</li> <li>- quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati.</li> </ul>	
7	Presenza della Carta dei Servizi	
8	Piano della formazione su gestione e utilizzo dei servizi di telemedicina rivolto ai professionisti e ai pazienti/caregiver	
9	Presenza di procedure per l'eventuale recupero, pulizia e sanificazione di tecnologie provenienti dal domicilio nei casi previsti di loro possibile successivo riutilizzo con altri utenti	
10	Tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli sicurezza previsti dalla normativa vigente	
11	Presenza di procedure organizzative per l'espletamento dell'attività di telemedicina	
12	Adozione di sistemi per la gestione della cybersecurity	
13	Presenza di un piano di valutazione dei rischi	

## 5 - TELEREFERTAZIONE

### REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

N.P. REQUISITO

RISPOSTA

1	Presenza di tecnologie idonee che garantiscano la possibilità di condividere file digitali relativi al paziente (es.: computer, tablet, smartphone, etc.)	
2	Stampante e scanner	

### REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P. REQUISITO

RISPOSTA

3	Deve essere garantita la corretta archiviazione all'interno di un sistema di interoperabilità del materiale prodotto dall'esame e dal referto correlato	
4	Presenza di un atto formale di disponibilità di un contatto telefonico da parte del paziente o di un familiare autorizzato	
5	<p>Rispetto della normativa vigente in materia di privacy e sicurezza.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi;</li> <li>- come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente;</li> <li>- quali strutture e professionisti saranno coinvolti;</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità;</li> <li>- quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili;</li> <li>- quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile;</li> <li>- quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati.</li> </ul>	
6	Presenza della Carta dei Servizi	
7	Piano della formazione su gestione e utilizzo dei servizi di telemedicina rivolto ai professionisti e ai pazienti/caregiver	
8	Presenza di procedure per l'eventuale recupero, pulizia e sanificazione di tecnologie provenienti dal domicilio nei casi previsti di loro possibile successivo riutilizzo con altri utenti	
9	Tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli sicurezza previsti dalla normativa vigente	
10	Presenza di procedure organizzative per l'espletamento dell'attività di telemedicina	
11	Adozione di sistemi per la gestione della cybersecurity	
12	Presenza di un piano di valutazione dei rischi	

## 6 - TELERIABILITAZIONE

### REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

N.P. REQUISITO		RISPOSTA
1	Presenza di tecnologie idonee che garantiscano la possibilità di condividere file digitali relativi al paziente (es.: computer, tablet, smartphone, etc.)	
2	Stampante e scanner	
3	Utilizzo di hardware e software come dispositivi medici, con supporto dell'ingegneria clinica per la verifica della piena compatibilità fra le tecnologie individuate e il contesto dove vengono inserite, oltre alla corretta rispondenza alle normative vigenti	
4	Possibilità di intervenire da remoto per manutenzioni programmate o la risoluzione tempestiva dei malfunzionamenti	

### REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

N.P. REQUISITO		RISPOSTA
5	Deve essere garantita la corretta archiviazione all'interno di un sistema di interoperabilità del materiale prodotto dall'esame e dal referto correlato	
6	Presenza di un atto formale di disponibilità di un contatto telefonico da parte del paziente o di un familiare autorizzato	
7	<p>Rispetto della normativa vigente in materia di privacy e sicurezza.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi;</li> <li>- come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente;</li> <li>- quali strutture e professionisti saranno coinvolti;</li> <li>- quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità;</li> <li>- quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili;</li> <li>- quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile;</li> <li>- quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati.</li> </ul>	
8	Presenza del Progetto Riabilitativo individuale (PRI) predisposto in presenza	
9	Presenza del Piano di Trattamento Individuale (PTI) predisposto in presenza	
10	Presenza del Piano di Assistenza Individuale (PAI) predisposto in presenza	

11	Presentazione di documentazione per le attività erogate a distanza per mezzo di sistemi digitali relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- prescrizione;</li> <li>- controllo;</li> <li>- monitoraggio;</li> <li>- supervisione</li> </ul>	
12	Valutazione della necessità della presenza di caregiver opportunamente istruito e addestrato, a supporto del paziente prima, durante e dopo le attività di teleriabilitazione	
13	Presenza del mediatore linguistico-culturale, se necessario	
14	Evidenze scientifiche e linee guida di buona pratica per la programmazione e l'erogazione delle attività di teleriabilitazione	
15	Evidenza della valutazione dell'idoneità del paziente a poter fruire di prestazioni e servizi di teleriabilitazione	
16	Evidenza della valutazione in merito alla tipologia di trattamento più idonea (sincrona, asincrona o mista)	
17	Prevedere una fase di verifica degli outcome funzionali e assistenziali, valutati anche dalla prospettiva del paziente con strumenti idonei (ad esempio: Patient Reported Outcome Measure), del livello di soddisfazione degli utenti e della loro percezione del trattamento effettuato	
18	Presenza della Carta dei Servizi	
19	Piano della formazione su gestione e utilizzo dei servizi di telemedicina rivolto ai professionisti e ai pazienti/caregiver	
20	Presenza di procedure per l'eventuale recupero, pulizia e sanificazione di tecnologie provenienti dal domicilio nei casi previsti di loro possibile successivo riutilizzo con altri utenti	
21	Tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli sicurezza previsti dalla normativa vigente	
22	Presenza di procedure organizzative per l'espletamento dell'attività di telemedicina	
23	Adozione di sistemi per la gestione della cybersecurity	
24	Presenza di un piano di valutazione dei rischi	
25	I professionisti sanitari devono utilizzare contenuti e materiali educativi o di intervento, tecniche, attrezzature e/o ambiente fisico adeguati	
26	Evidenza dell'utilizzo delle tecnologie in sicurezza coerente con la destinazione d'uso delle applicazioni software e dei dispositivi medici impiegati nel rispetto delle norme vigenti	

**MANUALE DI ACCREDITAMENTO  
ISTITUZIONALE PER LE  
ORGANIZZAZIONI CHE EROGANO  
CURE DOMICILIARI DI LIVELLO  
BASE, DI I, II E III LIVELLO.**

## INTRODUZIONE

### DEFINIZIONI

- **Accreditamento istituzionale**

ai sensi dell'art. 2 della Legge Regionale n. 21/2016 si definisce Accreditamento istituzionale *"il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private già autorizzate l'idoneità a essere potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio sanitario nazionale (SSN) e del sistema integrato di interventi e servizi sociali."*

- **Criteri**

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

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

- **Cure domiciliari**

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

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

- **Organizzazione**

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

- **OTA**

Organismo Tecnicamente Accreditante, previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 e dalla Conferenza Stato-Regioni n. 32 del 19 febbraio 2015, e disciplinato dalla DGR 522/2018 e s.m.i, al quale spetta il compito, nell'ambito del processo di accREDITAMENTO, di effettuare la valutazione tecnica necessaria ai fini dell'accREDITAMENTO.

- **Requisiti**

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



- **Evidenze (items)**

rappresentano la declinazione dei requisiti in elementi di base, oggettivabili e misurabili. Esse sono in totale 128 e vengono distinte in tre Tipi.

- **Livello di accreditamento**

connotazione qualitativa dell'accREDITamento

- *di base*: quando vengono possedute le evidenze di tipo I
- *avanzato*: quando vengono possedute le evidenze di tipo I, II
- *di eccellenza*: quando vengono possedute le evidenze di tipo I, II, III

- **Progetto (o Piano) Individuale**

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

## **AMBITO DI APPLICAZIONE**

La L.R. n. 21/2016 disciplina l'autorizzazione e l'accREDITamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati. In particolare, all'art. 1, stabilisce: *"... Questa legge, nel rispetto e in attuazione dei principi individuati dalla normativa statale vigente in materia, disciplina, con riferimento alle strutture e ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, compresi quelli domiciliari e di segreteria sociale:*

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

Ciò che rileva, in relazione al presente manuale, è che la norma sopracitata ha come oggetto, non solo la disciplina delle strutture, ma anche i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, compresi quelli domiciliari.

La medesima Legge regionale n. 21/2016, all'art. 3, comma I, dispone che la Giunta regionale *"stabilisce e aggiorna periodicamente i requisiti per il rilascio delle autorizzazioni e per l'accREDITamento istituzionale e disciplina i relativi procedimenti"* e specifica che tali disposizioni sono adottate dalla Giunta regionale sentita la competente Commissione consiliare. Inoltre all'art.2, comma 1, lettera f) viene definito l'accREDITamento istituzionale come *"il provvedimento con il quale si riconosce alle strutture pubbliche e private già autorizzate l'idoneità a essere potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio sanitario nazionale (SSN) e del sistema integrato di interventi e servizi sociali."*

## **OBIETTIVI**

La necessità di redigere il presente manuale deriva, in particolare, dalla L. n. 178/2020 (legge di bilancio 2021), che all'articolo 1, comma 406, introduce alcune modifiche al D.lgs. n. 502/1992 e precisamente agli artt. 8-ter (Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie), 8-quarter (AccREDITamento istituzionale), 8-quinquies (Accordi contrattuali). Tali modifiche estendono l'applicazione del sistema di

autorizzazione all'esercizio, di accreditamento istituzionale e degli accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie alle organizzazioni pubbliche e private che erogano CD. A tal proposito è l'Intesa Stato-Regioni 151/CSR del 4 agosto 2021 a sancire che le Regioni provvedano ad attivare il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di CD.

L'introduzione del sistema di accreditamento anche per l'erogazione di CD consente di disporre, a livello regionale, non solo di uno strumento regolatorio, ma anche di uno strumento a garanzia dell'omogeneità dei livelli di qualità delle CD. A tal fine è stato sviluppato un sistema uniforme di requisiti per l'accredimento delle organizzazioni pubbliche e private autorizzate all'esercizio delle CD, per recepire l'intesa Stato-Regioni, armonizzandolo ai principi ispiratori ed al modello marchigiano dell'accredimento delle strutture (DGR 1572/2019).

### **IL PERCORSO AMMINISTRATIVO**

Lo svolgimento del percorso di accreditamento si sviluppa nel rispetto delle norme di cui al Capo III della Legge Regionale 21/2016 e si attiva dalla presentazione di istanza di Accreditamento (modello ACCR-CD) da parte delle organizzazioni pubbliche e private autorizzate all'esercizio delle CD.

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

L'accredimento istituzionale può essere rilasciato anche con prescrizioni, ai sensi della L.R. 21/2016, art.17, comma 6.

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

L'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) effettua le verifiche:

- al Tempo 0 per le evidenze (items) di tipo I e II;
- al Tempo 1 per le evidenze (items) di tipo III;
- e al Tempo 2 per le evidenze (items) di tipo IV,

garantendo autonomia, assenza di conflitti di interesse e trasparenza nell'espletamento delle proprie funzioni.

### **DURATA, RINNOVO, TRASMISSIBILITA'**

Ai sensi dell'art. 17, comma 6, della LR 21/2016, *"l'accredimento ha validità triennale e può essere rilasciato anche con prescrizioni, se le difformità riscontrate non riguardano requisiti che incidono sulla sicurezza di utenti e operatori. In tale caso il provvedimento stabilisce il termine entro il quale si provvede alla verifica"*.

Ai sensi dell'art. 17, comma 7, della LR 21 /2016, non è previsto il rinnovo tacito. La domanda di rinnovo deve essere presentata, pena l'irricevibilità, non oltre il 90° (novantesimo) giorno antecedente la data di scadenza del precedente accreditamento.

L'accredimento non è trasmissibile.

Nei casi di mutamento della titolarità della struttura accreditata, va presentata richiesta di nuovo accreditamento, che viene rilasciato previa verifica del possesso dei requisiti richiesti. In caso di variazione del/i legale rappresentante e/o della compagine sociale, deve esser-ne data opportuna comunicazione alla Regione. Nelle more del rilascio e in ogni caso fino alla scadenza degli eventuali contratti stipulati con gli enti del SSR, conserva validità l'originario accreditamento. La scadenza dell'accREDITAMENTO viene calcolata a partire dal Decreto di AccredITAMENTO di Livello Eccellente.

A seguito dell'istanza di rinnovo presentata dall'organizzazione, l'OTA effettua il sopralluogo per la verifica del mantenimento dei Requisiti (evidenze tipo I, II, III).

## STRUTTURA DEL MANUALE

Il presente manuale prevede tre livelli di accreditamento ed è organizzato in 29 requisiti, distribuiti secondo gli 8 criteri individuati nel Disciplinare tecnico dell'accREDITAMENTO di cui all'Intesa S-R del 20 dicembre 2012, di seguito sinteticamente riportati:

1. Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie
2. Prestazioni e servizi
3. Aspetti strutturali
4. Competenze del personale
5. Comunicazione
6. Appropriatelyzza clinica e sicurezza
7. Processi di miglioramento e innovazione
8. Umanizzazione

Allo stesso modo, le 128 evidenze contenute nel presente manuale, sono state distribuite all'interno di 29 requisiti e classificate in 3 tipi:

TIPO EVIDENZE	LIVELLO DELL'ACCREDITAMENTO E TEMPO
I	sono requisiti essenziali per il rilascio e il mantenimento dell'accREDITAMENTO di <b>livello base</b> al T.0
II	sono requisiti essenziali per il mantenimento e il rilascio dell'accREDITAMENTO di <b>livello avanzato</b> al T.1
III	sono requisiti essenziali per il mantenimento e il rilascio dell'accREDITAMENTO di <b>livello di eccellenza</b> al T.2

I criteri, i requisiti e le evidenze (items) rappresentano le caratteristiche che le strutture devono possedere e a cui corrispondono relativi livelli di accREDITAMENTO e tempi di verifica.

## LIVELLI DI ACCREDITAMENTO

Per le organizzazioni pubbliche e private che devono essere accreditate sono stabiliti i seguenti livelli di accreditamento:

- BASE
- AVANZATO
- ECCELLENZA

Tutto il percorso di accreditamento si realizza attraverso un approccio di tipo *problem solving*, il quale permette di testare varie soluzioni ad un problema per identificare la più efficace, prima dell'implementazione definitiva. A tal fine si segue la logica del "ciclo di Deming", volto all'ottimizzazione dei processi ed al miglioramento della qualità e dell'efficienza. Le 4 fasi che lo costituiscono sono le seguenti:

1. Plan (pianificare) - Identificare e analizzare l'eventuale problema o "la nuova opportunità", sviluppo di ipotesi su quali possano essere i possibili problemi e scelta di quello da testare;
2. Do (Fare) - Testare la soluzione potenziale, idealmente su corta scala, e misurarne i risultati;
3. Check (Verificare) - Studiare i risultati, misurarne l'efficacia e decidere se è possibile supportare l'ipotesi analizzata;
4. Act (Agire) - Se la soluzione funziona, implementarla.

Il livello di accreditamento deriva dal possesso dei requisiti, così come declinati nelle evidenze (items), con valore crescente.

Requisiti	Tipologia Evidenze	Raggiungimento Necessario	Livello di Accredimento	Tempi
Essenziali	Tipo I	100% dei requisiti	DI BASE	Necessari a T0
Essenziali	Tipo II	100% dei requisiti	AVANZATO	Necessari a T1
Essenziali	Tipo III	100% dei requisiti	ECCELLENTE	Necessari a T2

Il possesso dell'accreditamento di livello DI BASE e/o di livello AVANZATO e/o di ECCELLENZA consente all'organizzazioni private di essere contrattualizzata con il Servizio Sanitario Nazionale. La qualità di soggetto accreditato non costituisce obbligo di contrattualizzazione per gli enti del SSR, né obbligo a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli appositi accordi contrattuali.

## **MODALITÀ DI ACCREDITAMENTO**

### **PROCEDIMENTO DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

1. I tempi del procedimento di accreditamento ammontano a 120 giorni; nel caso in cui la domanda di accreditamento viene presentata contestualmente alla domanda di autorizzazione all'esercizio, i termini per il procedimento per l'accredito decorrono dal rilascio dell'autorizzazione all'esercizio.
2. Il titolare dell'organizzazione autorizzata all'esercizio presenta domanda di accreditamento alla struttura Regionale competente con apposito modulo ACCR-CD corredato degli allegati obbligatori indicati nello stesso;
3. La struttura Regionale competente procede all'istruttoria amministrativa della domanda verificandone la completezza formale, la rispondenza dei requisiti soggettivi, il possesso dell'autorizzazione all'esercizio. Procede infine alla verifica della funzionalità di cui all' art. 17, comma 4, della L.R. 21/2016 rispetto al fabbisogno di assistenza e agli indirizzi di programmazione regionale. Per le strutture già attive e già convenzionate alla data di pubblicazione del presente manuale si ritiene che, nel rispetto dei requisiti previsti dal manuale di accreditamento, la valutazione della funzionalità sia da intendersi favorevole. La struttura Regionale predispone l'attivazione delle verifiche e trasmette all'OTA i documenti per l'effettuazione del sopralluogo;
4. La verifica dei requisiti di accreditamento dichiarati per il rilascio dell'accredito istituzionale viene effettuata dal GAAR Gruppo di Autorizzazione e Accreditamento Regionale (ricompreso nell'OTA) in relazione alle evidenze (di tipo I e cronoprogrammi per le evidenze di tipo II e III, oppure evidenze di tipo I, II e cronoprogramma delle evidenze di tipo III, oppure evidenze di tipo I, II, III);
5. In caso di prescrizioni, l'OTA comunica i termini di assolvimento delle stesse alla struttura Regionale competente, che provvede al rilascio dell'accredito con prescrizioni riportando i relativi tempi di assolvimento;
6. L'accertamento del mancato possesso anche di una sola evidenza di tipo I autodichiarata o il mancato assolvimento delle prescrizioni nei tempi stabiliti comporterà il diniego dell'accredito;
7. per la verifica della presenza delle evidenze (items) di tipo II e di tipo III, di cui al cronoprogramma fornito dall'organizzazione, l'OTA non esegue un ulteriore sopralluogo ma esamina la documentazione prodotta dalla struttura;
8. l'accertamento del mancato possesso anche di una sola evidenza del tipo II o del tipo III autodichiarata, o il mancato assolvimento delle prescrizioni nei tempi stabiliti comporta, previa diffida, la sospensione o la revoca dell'accredito come stabilito all'art. 19 della L.R. 21/2016, nonché:
  - a. per le strutture private, la comunicazione al committente pubblico per gli effetti relativi all'elenco dei soggetti contrattualizzabili con il SSR;

- b. per le strutture pubbliche, la sospensione delle attività e la comunicazione alla struttura Regionale competente per la procedura di cui all'art. 3-bis del d.lgs. 502/1992, ai fini della decadenza del ruolo del responsabile.

## I TEMPI DELL'ACCREDITAMENTO

Al Tempo 0 (T0), cioè al momento della richiesta di Accredimento di livello di base, è necessario che ciascuna organizzazione possieda, per ciascun requisito, tutte le evidenze classificate di tipo I. Il procedimento deve concludersi entro 120 giorni, anche nel caso in cui l'organizzazione richieda l'accredimento al tempo T0 per tutte le evidenze (I, II, III), come di seguito riepilogato:

LIVELLI di Accredimento richiesti al tempo T0	Tempi del procedimento di Accredimento		
	120 GG	Cronoprogramma per evidenze di tipo II	Cronoprogramma per evidenze di tipo III
Livello base (evidenze tipo I)	X	X	X
Livello Avanzato (evidenze tipo II)	X		X
Livello eccellenza (evidenze tipo III)	X		

*NOTA: per le evidenze di tipo II e III si procede d'ufficio sulla base dei tempi dei rispettivi cronoprogrammi a seguito della verifica documentale da parte del GAAR.*

Nella presentazione dell'istanza di accredimento di livello BASE, l'organizzazione fornisce autodichiarazione delle evidenze possedute per il tipo I ed elabora un cronoprogramma nel quale definisce i tempi per il raggiungimento delle evidenze del tipo II e del tipo III. La sussistenza delle evidenze di tipo I da verificare al tempo zero (T0), comporta il rilascio dell'accredimento di livello di base.

L'organizzazione in possesso del livello DI BASE è tenuta, pena la revoca, alla trasmissione dell'apposito modello (Allegato 1b.4), corredato dalla documentazione attestante il possesso delle evidenze del Tipo II nei tempi stabiliti nel cronoprogramma al tempo 1 (T1), e comunque non oltre i 12 mesi dal decreto di accredimento di base: ciò comporta il rilascio dell'accredimento di livello avanzato.

L'organizzazione in possesso del livello di accredimento AVANZATO è tenuta, pena la revoca, alla trasmissione dell'apposito modello (Allegato 1b.4), corredato dalla documentazione attestante il possesso delle evidenze del Tipo III nei tempi stabiliti nel cronoprogramma al tempo 2 (T2), e comunque non oltre i 12 mesi dal decreto di accredimento avanzato: ciò comporta il rilascio dell'accredimento di livello di eccellenza.

## **RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO**

I soggetti che intendono chiedere il rinnovo dell'Accreditamento inviano alla struttura Regionale competente la relativa domanda utilizzando la modulistica di cui al punto successivo non oltre il 90° (novantesimo) giorno antecedente la data di scadenza del precedente accreditamento. Il procedimento per il rinnovo dell'accREDITAMENTO si conclude entro 120 giorni.

## **MODULISTICA PER L'ACCREDITAMENTO E PER IL RINNOVO**

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

- a. Domanda di Accreditamento (Modello ACCR-CD)
- b. dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti soggettivi generali, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00 v. Allegato 1b.1 e Allegato 1b.2;
- c. cronoprogramma per le Evidenze di II tipo;
- d. cronoprogramma per le Evidenze di III tipo;
- e. dichiarazione dei servizi/prestazioni alla persona esternalizzati v. Allegato 1b.3;
- f. copia dell'autorizzazione all'esercizio rilasciata dal Comune;
- g. documento di identità in corso di validità del legale rappresentante e dei soggetti di cui all'Allegato 1b.1;
- h. copia versamento bollo digitale;
- i. per i soggetti esenti da imposta di bollo, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 46 e 47 del DPR 445/2000) attestante il diritto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede;
- j. schede requisiti di cui al Manuale vigente sottoscritte e autodichiarate (art. 46 e 47 del DPR 445/2000).

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

- a. dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti soggettivi generali, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00 v. Allegato 1b.1 e Allegato 1b.2;
- b. schede requisiti di cui al Manuale vigente sottoscritte e autodichiarate (art. 46 e 47 del DPR 445/2000)
- c. dichiarazione dei servizi/prestazioni alla persona esternalizzati v. Allegato 1b.3;
- d. copia dell'autorizzazione all'esercizio rilasciata dal Comune;
- e. copia decreto accREDITAMENTO;
- f. documento di identità in corso di validità del legale rappresentante e dei soggetti di cui all'allegato 1b.1;
- g. copia versamento bollo digitale;
- h. per i soggetti esenti da imposta di bollo dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 46 e 47 del DPR 445/2000) attestante il diritto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede.

## REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE 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 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”*

<b>Requisito 1.1 AC: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
1.1.1 - 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, delle dimissioni protette, infermiere di famiglia e di comunità, la centrale operativa territoriale;	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.1.2 - Documento di definizione del livello assistenziale garantito. Sistema di monitoraggio e report raggiungimento obiettivi. Report sull'attività di cure domiciliari relativamente alla pianificazione e programmazione;	<b>II</b>	<b>T1</b>
1.1.3 - Implementazione di azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 1.2 AC: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
1.2.1 - Svolge le proprie attività coordinandosi con le reti assistenziali previste dalla normativa regionale e, ove necessario, con i servizi sociali, 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;	<b>I</b>	<b>T0</b>



1.2.2 - Documento di riferimento e report sulle attività svolte in coordinamento con le reti di cui sopra;	<b>II</b>	<b>T1</b>
1.2.3 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 1.3 AC: Definizione delle responsabilità</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
1.3.1 - Definisce il proprio organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni;	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.3.2 - Dispone di un documento 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;	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.3.3 - Elabora e adotta un regolamento del personale;	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.3.4 - Definisce le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale;	<b>II</b>	<b>T1</b>
1.3.5 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 1.4 AC: Presa in carico</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
1.4.1 - Adotta strumenti validati e standardizzati di valutazione multi-dimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti;	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.4.2 - Garantisce che la presa in carico sia congrua con il piano individuale redatto dall'apposita unità di valutazione multidimensionale ai sensi dell'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017;	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.4.3 - Garantisce che il piano individuale sia puntualmente aggiornato in relazione alla modifica dei bisogni;	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.4.4 - Garantisce che il piano individuale contenga: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la valutazione multidimensionale 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> </ul>	<b>I</b>	<b>T0</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>le figure professionali coinvolte e il referente del caso;</li> <li>il caregiver della persona assistita;</li> <li>gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica dei bisogni;</li> </ul>		
1.4.5 - Verifica che le attività previste vengano effettuate, analizza le criticità rilevate;	<b>II</b>	<b>T1</b>
1.4.6 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 1.5 AC: Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
1.5.1 - Adotta, coerentemente con quanto previsto dall'articolo 22 del DPCM 12 gennaio 2017 in merito ai livelli di intensità assistenziale, il <i>fascicolo sanitario domiciliare</i> informatizzato, integrato secondo standard di interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico e periodicamente aggiornato, che comprenda, oltre a quanto previsto dal requisito autorizzativo 3.2.6 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 colloquio di presa in carico;</li> <li>elementi di rischio specifici dell'assistito;</li> <li>le attività e le prestazioni erogate;</li> <li>le rivalutazioni periodiche e i relativi esiti;</li> <li>la data e le motivazioni della chiusura del PAI;</li> <li>il documento di dimissione;</li> </ul>	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.5.2 - Garantisce la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del <i>diario assistenziale</i> 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 dimissione, la tracciabilità degli operatori che hanno effettuato valutazioni e prestazioni;	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.5.3 - 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;	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.5.4 - Assicura la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività e prestazioni erogate;	<b>I</b>	<b>T0</b>

1.5.5 - Attua le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIAD-NSIS), laddove previsto;	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.5.6 - Garantisce la consegna della copia della documentazione sanitaria alla persona assistita o a chi ne ha diritto nei tempi definiti dalle indicazioni nazionali e regionali;	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.5.7 - Monitoraggio e reportistica delle attività di cui sopra;	<b>II</b>	<b>T1</b>
1.5.8 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 1.6 AC: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
1.6.1 - 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;	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.6.2 - Definizione degli obiettivi di miglioramento e relativi indicatori;	<b>I</b>	<b>T0</b>
1.6.3 - Monitoraggio dei relativi indicatori e report sul raggiungimento degli obiettivi di miglioramento;	<b>II</b>	<b>T1</b>
1.6.4 - Il piano per il miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi;	<b>II</b>	<b>T1</b>
1.6.5 - Relazona annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.	<b>II</b>	<b>T1</b>
1.6.6 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

**Criterio 2.** Prestazioni e servizi, indicando l'offerta di prestazioni nell'ottica della presa in carico, garantendo, ove necessario, la continuità nell'ambito di PDTA strutturati ed espliciti, in quanto *“È buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con gli assistiti e con i cittadini”*.

<b>Requisito 2.1 AC: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		

2.1.1 - Eroga le prestazioni comprese nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza indicando le tipologie (cure domiciliari di base, di I, di II, di III livello);	<b>I</b>	<b>T0</b>
2.1.2 - Definisce, sulla base delle indicazioni regionali e aziendali, una Carta dei servizi (in conformità al requisito autorizzativo 3.2.1) che assicuri la piena informazione circa l'assetto organizzativo, i servizi erogati in rapporto ai livelli assistenziali, il target/tipologia degli assistiti, 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;	<b>I</b>	<b>T0</b>
2.1.3 - Aggiorna la Carta dei Servizi periodicamente e ogni qualvolta intervengano modifiche sostanziali nell'erogazione dei servizi;	<b>II</b>	<b>T1</b>
2.1.4 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 2.2 AC: Eleggibilità e presa in carico degli assistiti</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
2.2.1 - Assicura la presa in carico degli assistiti nelle cure domiciliari integrate sulla base del PAI e della valutazione multidimensionale dei bisogni. La responsabilità clinica è attribuita al medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, in coerenza con quanto stabilito dall'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017; va assicurato il coinvolgimento degli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel PAI;	<b>I</b>	<b>T0</b>
2.2.2 - 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;		
2.2.3 - Adotta, a tal fine, procedure per la gestione dei percorsi e la definizione delle responsabilità;	<b>I</b>	<b>T0</b>
2.2.4 - Adotta un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria;	<b>I</b>	<b>T0</b>
2.2.5 - Implementa un sistema di monitoraggio delle attività sopra riportate	<b>II</b>	<b>T1</b>
2.2.6 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 2.3 AC: Continuità assistenziale</b>		
<b>EVIDENZE:</b> <b>L'organizzazione:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
2.3.1 - Assicura la continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nei PAI;	<b>I</b>	<b>T0</b>
2.3.2 - Garantisce la copertura delle cure con la loro distribuzione su 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per le cure domiciliari di base e di primo livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di secondo e terzo livello in coerenza con quanto previsto al punto 3.2.2 AU dei requisiti autorizzativi;	<b>I</b>	<b>T0</b>
2.3.3 - Individua un Referente del caso per la persona assistita, i familiari/caregiver e per gli altri operatori dell'equipe assistenziale, riportato nel fascicolo sanitario domiciliare e nel diario assistenziale;	<b>I</b>	<b>T0</b>
2.3.4 - Garantisce, in particolare, anche con riferimento a dimissioni protette, che: a) vi sia continuità dell'informazione, continuità gestionale e continuità relazionale, anche in caso di trasferimento e/o dimissione, attraverso la definizione di modalità strutturate e l'identificazione di appositi strumenti, da inserire nel fascicolo sanitario domiciliare o nel diario assistenziale; b) la documentazione sanitaria della persona assistita sia a disposizione degli operatori coinvolti nel PAI;	<b>I</b>	<b>T0</b>
2.3.5 - Monitoraggio sulla continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nei PAI	<b>II</b>	<b>T1</b>
2.3.6 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 2.4 AC: Monitoraggio e valutazione</b>		
<b>EVIDENZE:</b> <b>L'organizzazione:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
2.4.1 - Mette in atto un sistema di monitoraggio per la registrazione degli eventi avversi, incidenti, near misses accaduti durante la cura;	<b>I</b>	<b>T0</b>
2.4.2 - Programma attività di audit, e adotta modalità per dare evidenza dei risultati agli operatori;	<b>I</b>	<b>T0</b>

2.4.3 - Si attiene alle modalità previste dall'Azienda sanitaria per il coinvolgimento e l'informazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, degli specialisti e di eventuali servizi distrettuali/aziendali coinvolti nel processo di cura;	<b>I</b>	<b>T0</b>
2.4.4 - Mette in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate;	<b>II</b>	<b>T1</b>
2.4.5 - Adotta un sistema di monitoraggio e di valutazione quali-quantitativa delle attività erogate, in particolare in merito ai criteri di eleggibilità dell'assistito, di presa in carico e di continuità assistenziale, in aderenza alle indicazioni e agli indicatori previsti dalle Regioni;	<b>II</b>	<b>T1</b>
2.4.6 - Adotta modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività;	<b>II</b>	<b>T1</b>
2.4.7 - Effettua la valutazione degli eventi avversi, incidenti, near misses accaduti durante la cura.	<b>II</b>	<b>T1</b>
2.4.8 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 2.5 AC: Modalità di gestione della documentazione sanitaria</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
2.5.1 - Adotta procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo;	<b>I</b>	<b>T0</b>
2.5.2 - Formalizza e attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.	<b>I</b>	<b>T0</b>
2.5.3 - Analizza i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive;	<b>II</b>	<b>T1</b>
2.5.4 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

**Criterio 3.** Aspetti strutturali, ad integrazione dei requisiti minimi, con verifica dei processi che consentono di mantenere nel tempo l'adeguatezza e la sicurezza di strutture, impianti, attrezzature, in quanto *“L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse”*.

<b>Requisito 3.1 AC: Idoneità all'uso delle strutture (sede operativa e relative caratteristiche)</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
3.1.1 - Dispone di una sede operativa sita nel territorio della Azienda sanitaria nella quale si esercita l'attività domiciliare;	<b>I</b>	<b>T0</b>
3.1.2 - È dotata di una segreteria operativa che garantisca la continuità del servizio, in coerenza con quanto previsto al punto 3.2.2 AU dei requisiti organizzativi;	<b>I</b>	<b>T0</b>
3.1.3 - Garantisce che la sede operativa sia dotata dei locali e degli spazi idonei in rapporto alla tipologia dell'attività svolta (oltre ai requisiti previsti in sede di autorizzazione, deve essere presente un locale per il colloquio con le persone assistite e i familiari anche coincidente con quello previsto per le riunioni di equipe);	<b>I</b>	<b>T0</b>
3.1.4 - Assicura la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro;	<b>I</b>	<b>T0</b>

<b>Requisito 3.2 AC: Contattabilità telefonica</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
3.2.1 - Garantisce: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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>• la dotazione di un telefono mobile per ogni operatore, che possa fungere anche da strumento informatico per la trasmissione dei dati;</li> </ul>	<b>I</b>	<b>T0</b>

<b>Requisito 3.3 AC: Dotazioni Informatiche</b>		
<b>EVIDENZE:</b> <b>L'organizzazione:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
3.3.1 - 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, dispositivi digitali per l'erogazione di servizi a distanza specifiche per le tipologie di prestazioni che si effettuano in tali modalità (televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza da professioni sanitarie, teleriferazione, teleriabilitazione, telemonitoraggio, telecontrollo medico), ai sensi del D.M. del 29/04/2022;</li> </ul>	<b>I</b>	<b>T0</b>

<b>Requisito 3.4 AC: Dotazione di materiali sanitari</b>		
<b>EVIDENZE:</b> <b>L'organizzazione:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
3.4.1 - Garantisce la presenza di una dotazione di materiali sanitari in relazione al livello di cure domiciliari da svolgere, come da indicazioni dell'Azienda sanitaria;	<b>I</b>	<b>T0</b>
3.4.2 - Si attiene alle modalità aziendali della erogazione per i farmaci, le apparecchiature elettromedicali e i presidi necessari all'attività domiciliare;	<b>I</b>	<b>T0</b>
3.4.3 - Presenza di un registro scadenze materiali sanitari, manutenzione apparecchiature regolarmente compilato (rispetto della procedura);	<b>II</b>	<b>T1</b>
3.4.4 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

**Criterio 4.** Competenze del personale, per assicurare il possesso, l'acquisizione e il mantenimento da parte del personale delle conoscenze e abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività, in quanto *"L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività"*



<b>Requisito 4.1 AC: Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica</b>		
<b>EVIDENZE:</b> <b>L'organizzazione:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
4.1.1 - Garantisce l'individuazione di un responsabile della formazione;	<b>I</b>	<b>T0</b>
4.1.2 - Garantisce la definizione di un piano annuale di formazione che preveda la rilevazione dei fabbisogni formativi, la programmazione delle attività formative, monitoraggio dell'efficacia e della soddisfazione da parte del personale;	<b>I</b>	<b>T0</b>
4.1.3 - Cura la formazione negli ambiti specifici richiamati ai punti 4.2 (nuovo personale), 6.2 (procedure), 8.1 (umanizzazione);	<b>I</b>	<b>T0</b>
4.1.4 - Garantisce la presenza di un report sulle attività di formazione di cui sopra;	<b>II</b>	<b>T1</b>
4.1.5 - Esegue la valutazione delle ricadute organizzative delle attività formative e della soddisfazione del personale;	<b>II</b>	<b>T1</b>
4.1.6 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 4.2 AC: Inserimento e addestramento di nuovo personale</b>		
<b>EVIDENZE:</b> <b>L'organizzazione:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
4.2.1 - Mette in atto un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il nuovo personale;	<b>I</b>	<b>T0</b>
4.2.2 - Formalizza e mette in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti;	<b>I</b>	<b>T0</b>
4.2.3 - Adotta e mette in atto un piano di formazione strutturato sul rischio clinico ed occupazionale per il nuovo personale entro il 1° anno;	<b>I</b>	<b>T0</b>
4.2.4 - Prevede una valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento;	<b>II</b>	<b>T1</b>
4.2.5 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 4.3 AC: Valutazione del personale</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
4.3.1 - 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.	<b>I</b>	<b>T0</b>
4.3.2 - Garantisce la presenza di evidenze delle attività di valutazione	<b>II</b>	<b>T1</b>
4.3.3 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

**Criterio 5.** Comunicazione, nella consapevolezza che una buona comunicazione e relazione tra professionisti e con gli assistiti costituisce garanzia di allineamento ai comportamenti professionali attesi e di partecipazione degli assistiti alle scelte di trattamento, in quanto *“Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con gli assistiti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nell'erogazione delle cure, partecipazione degli assistiti nelle scelte di trattamento”*

<b>Requisito 5.1 AC: Modalità di comunicazione interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
5.1.1 - Mette in atto meccanismi operativi che favoriscano la comunicazione tra gli operatori del servizio;	<b>I</b>	<b>T0</b>
5.1.2 - Svolge la valutazione della comunicazione interna anche con la programmazione e l'effettuazione di regolari riunioni di equipe;	<b>II</b>	<b>T1</b>
5.1.3 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 5.2 AC: Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
5.2.1 - Effettua indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori;	<b>I</b>	<b>T0</b>

5.2.2 - Facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità e garantisce la presenza di relativi verbali;	<b>II</b>	<b>T1</b>
5.2.3 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 5.3 AC: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
5.3.1 - Attua una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con assistiti e familiari/caregiver anche mediante strumenti di comunicazione specifica in caso di disabilità intellettiva;	<b>I</b>	<b>T0</b>
5.3.2 - Definisce, attua e documenta procedure di informazione alla persona assistita e ai suoi familiari/caregiver sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle complicanze e dei rischi correlati all'assistenza (infezioni, cadute, ecc.), sulla somministrazione della terapia e sulla gestione di dispositivi, protesi e ausili;	<b>I</b>	<b>T0</b>
5.3.3 - Mette in atto attività di monitoraggio per le attività di cui sopra	<b>II</b>	<b>T1</b>
5.3.4 - Programma momenti di incontro dell'equipe per la valutazione dei risultati dei sistemi di monitoraggio ( verbali )	<b>II</b>	<b>T1</b>
5.3.5 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 5.4 AC: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
5.4.1 - Adotta modalità operative finalizzate a preservare e favorire i rapporti fiduciosi tra le persone assistite e gli operatori anche contenendo il turn over del personale;	<b>I</b>	<b>T0</b>
5.4.2 - Garantisce che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale;	<b>I</b>	<b>T0</b>
5.4.3 - Garantisce che venga prevista una rivalutazione periodica del Piano individuale, condivisa con le persone assistite, i familiari/caregiver e il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta;	<b>I</b>	<b>T0</b>

5.4.4 - Mette in atto un sistema per la valutazione dell'efficacia delle modalità di coinvolgimento e partecipazione degli assistiti e familiari/caregiver anche mediante l'utilizzo dei dati derivanti dalla gestione dei reclami e dall'elaborazione degli esiti della rilevazione su soddisfazione ed esperienza degli utenti;	<b>I</b>	<b>T0</b>
5.4.5 - Svolge attività di monitoraggio e reportistica delle attività di cui sopra;	<b>II</b>	<b>T1</b>
5.4.6 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

**Requisito 5.5 AC: Modalità di ascolto delle persone assistite**

<b>EVIDENZE:</b> <b>L'organizzazione:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
5.5.1 - Prevede un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/caregiver, le cui conclusioni sono riportate nel fascicolo sanitario domiciliare;	<b>I</b>	<b>T0</b>
5.5.2 – Si informa sul fatto che l'assistito sia a conoscenza della legge 219/2017 e che abbia o meno depositato le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), o che abbia una sua idea a proposito.	<b>I</b>	<b>T0</b>
5.5.3 - Prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (Customer satisfaction) anche in funzione delle disposizioni regionali.	<b>I</b>	<b>T0</b>
5.5.4 - Svolge monitoraggio e reportistica delle attività di cui sopra;	<b>II</b>	<b>T1</b>
5.5.5 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

**Criterio 6.** Appropriatelyzza 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"*.

**Requisito 6.1 AC: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche**

<b>EVIDENZE:</b> <b>L'organizzazione:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
6.1.1 - Applica tutti i protocolli, le procedure di buona pratica professionale e le istruzioni operative presenti nell'Azienda sanitaria di	<b>I</b>	<b>T0</b>

riferimento, formulati secondo i principi della Evidence based Practice (EBP), corredati di indicatori di esito;		
6.1.2 - Garantisce l'accessibilità del personale alla raccolta aggiornata di regolamenti interni, linee guida e documenti di riferimento nazionali e internazionali;	<b>I</b>	<b>T0</b>
6.1.3 - Monitoraggio degli indicatori di cui sopra report e momenti di incontro dell'equipe verbalizzati	<b>II</b>	<b>T1</b>
6.1.4 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 6.2 AC: Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
6.2.1 - Applica procedure operative uniformi sulla base delle attività svolte, elabora almeno i seguenti protocolli: <ul style="list-style-type: none"> <li>• prevenzione e gestione delle lesioni da pressione,</li> <li>• prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione,</li> <li>• prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio),</li> <li>• somministrazione delle terapie farmacologiche,</li> <li>• somministrazione della terapia trasfusionale,</li> <li>• valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale,</li> <li>• gestione di cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici e cateteri venosi,</li> <li>• valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario;</li> </ul>	<b>I</b>	<b>T0</b>
6.2.2 - Adotta una metodologia di analisi in base ai dati disponibili in letteratura e mette in atto azioni sistematiche di verifica della qualità e sicurezza, nonché alle indicazioni regionali e aziendali, almeno per l'esecuzione delle principali manovre strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso, quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• prevenzione e gestione delle lesioni da pressione,</li> <li>• prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione,</li> <li>• prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio),</li> <li>• somministrazione delle terapie farmacologiche,</li> <li>• somministrazione della terapia trasfusionale,</li> <li>• valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale,</li> <li>• gestione di cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici e cateteri venosi,</li> <li>• valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario;</li> </ul>	<b>II</b>	<b>T1</b>

6.2.3 - Garantisce il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale), e ogni qualvolta lo si renda necessario in base alle evidenze scientifiche;	<b>II</b>	<b>T1</b>
6.2.4 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 6.3 AC: Programma per la gestione del rischio clinico</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
6.3.1 - Elabora sulla base della valutazione del rischio, già prevista nei requisiti per l'autorizzazione (punto 3.2.4), il piano per la gestione del rischio clinico;	<b>I</b>	<b>T0</b>
6.3.2 - Definisce le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico;	<b>I</b>	<b>T0</b>
6.3.3 - Rivalutazione del documento del rischio clinico, report sul raggiungimento degli obiettivi e monitoraggio degli indicatori;	<b>II</b>	<b>T1</b>
6.3.4 - Elabora un report sulla partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico.	<b>II</b>	<b>T1</b>
6.3.5 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

**Criterio 7.** Processi di miglioramento ed innovazione, con governo delle azioni di miglioramento, adozione di innovazioni tecnologiche e organizzativo-professionali e facilitazione della ricerca clinica e organizzativa per adattarsi a contesti nuovi, assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili, in quanto *"Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità dell'organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili"*.

<b>Requisito 7.1 AC: Progetti di miglioramento</b>		
<b>EVIDENZE:</b> <b>L'organizzazione:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
7.1.1 - Definisce, formalizza e diffonde a tutto il personale il programma annuale per il miglioramento della qualità dei servizi e della sicurezza, comprensivo dei relativi indicatori: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicatore n. 1: Formazione del personale sulla sicurezza delle cure. Valore atteso: 100% del personale formato</li> <li>- Indicatore n. 2: Formazione del personale sulla sicurezza sui luoghi di lavoro. Valore atteso: 100% del personale formato</li> <li>- Indicatore n. 3: Formazione del personale su specifici argomenti. Valore atteso: 80% di formazione del target del personale individuato.</li> </ul>	<b>I</b>	<b>T0</b>
7.1.2 - Verbali relativi alle attività di cui sopra (con particolare riferimento al sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi)	<b>II</b>	<b>T1</b>
7.1.3 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

<b>Requisito 7.2 AC: Adozione di iniziative di innovazione</b>		
<b>EVIDENZE:</b> <b>L'organizzazione:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
7.2.1 - Predisporre strumenti adeguati, che consentono di acquisire e, quindi, utilizzare le innovazioni tecnologiche e organizzative previste dall'Azienda sanitaria di riferimento, compresa la Telemedicina, nell'ottica di un costante miglioramento qualitativo dei servizi erogati e tenendo conto anche dei fabbisogni emergenti nell'ambito dell'equipe curante.	<b>I</b>	<b>T0</b>

7.2.2 - Presenza di un report sulle attività di innovazione tecnologica ed organizzativa con particolare riferimento alla telemedicina.	<b>II</b>	<b>T1</b>
7.2.3 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>

**Criterio 8.** Umanizzazione, al fine di rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, in quanto *"L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture"*.

<b>Requisito 8.1 AC: Programmi per l'umanizzazione delle cure</b>		
<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>
<b>L'organizzazione:</b>		
8.1.1 - Garantisce la presenza di una costante formazione del personale centrata sulla qualità della relazione tra professionisti sanitari, assistiti e loro familiari/caregiver nonché sulle abilità procedurali di <i>counseling</i> (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie");	<b>I</b>	<b>T0</b>
8.1.2 - Attua modalità concordate con l'Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili;	<b>I</b>	<b>T0</b>
8.1.3 - Vigila affinché il personale operi nel rispetto della dignità delle persone assistite tenendo conto delle differenti esigenze correlate ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, e anche delle specificità religiose e culturali.	<b>I</b>	<b>T0</b>
8.1.4 - Evidenza delle attività di cui sopra monitoraggio e reportistica	<b>II</b>	<b>T1</b>
8.1.5 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.	<b>III</b>	<b>T2</b>



## MODULISTICA

FAC-SIMILE **MOD. ACCR-CD**

Marca da bollo

### DOMANDA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMI- CILIARI DI LIVELLO BASE, DI I, II E III LIVELLO, AI SENSI DELLA DGR \_\_\_\_/2022.

Il/la sottoscritto/a

Cognome .....

Nome .....

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

Residente a .....(.....)

Via/Piazza  
.....n.....

Codice Fiscale: 

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

Tell/Cell ..... e-mail .....

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

Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PRIVATA

Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PUBBLICA

del soggetto giuridico di seguito individuato:

Ragione Sociale.....

Con Sede Legale in Via/Piazza ..... n. ....

Comune di .....(.....) CAP .....

Forma Giuridica .....

Partita IVA 

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

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

PEC .....

E-Mail .....

Recapito telefonico .....

## CHIEDE

L'accreditamento istituzionale di livello:

BASE

EVIDENZE DI TIPO I

Con impegno entro \_\_\_\_\_ mesi (max 12) al raggiungimento EVIDENZE TIPO II

Con impegno entro \_\_\_\_\_ mesi (max 12) al raggiungimento EVIDENZE TIPO III

AVANZATO

EVIDENZE DI TIPO II

Con impegno entro \_\_\_\_\_ mesi (max 12) al raggiungimento EVIDENZE TIPO III

ECCELLENTE

EVIDENZE DI TIPO I, II, III

ai sensi della DGR \_\_\_\_/2022 per l'organizzazione denominata

.....

con sede nel Comune di .....

Via/Piazza ..... n. .... int .....

Distinta al catasto Fabbricati al Foglio ..... Mappale ..... Sub .....

che eroga cure domiciliari

di livello base,  di I livello,  di II livello,  di III livello.

## COMUNICA

- di essere in possesso di autorizzazione all'esercizio, con provvedimento n..... del ...../...../.....
- di essere in possesso, per le prestazioni oggetto della presente domanda, del codice ORPS .....

## A TAL FINE

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

## DICHIARA

- che la struttura possiede i requisiti di accreditamento, in conformità a quanto previsto nel vigente Manuale di Accreditamento, relativi al:
  - livello BASE: evidenze di tipo I, con allegato cronoprogramma per le evidenze di tipo II e III;
  - livello AVANZATO: evidenze di tipo II con allegato cronoprogramma per le evidenze del tipo III;
  - livello ECCELLENTE: evidenze del tipo I, II e III.

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

Firma del Legale Rappresentante

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso

**Allegati obbligatori:**

1. Copia del documento di identità, in corso di validità, del legale rappresentante della struttura;
2. Dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti soggettivi generali, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00 v. Allegato 1b.1 e Allegato 1b.2
3. Dichiarazione dei servizi/prestazioni alla persona esternalizzati v. Allegato 1b.3;
4. Schede del Manuale regionale di accreditamento compilate, datate e sottoscritte dal legale rappresentante in ogni pagina;
5. Copia autorizzazione all'esercizio rilasciata dalla Regione;
6. Copia versamento bollo digitale;
7. 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.
8. Cronoprogramma delle evidenze di tipo II;
9. Cronoprogramma per le evidenze di tipo III.
10. Per le strutture già convenzionate, Accordo contrattuale/Convenzionamento

FAC-SIMILE MOD. RIN-ACCR-CD

**DOMANDA DI RINNOVO ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER L'EROGAZIONE DI  
CURE DOMICILIARI DI LIVELLO BASE, DI I, II E III LIVELLO, AI SENSI DELLA DGR  
\_\_\_2022.**

Il/la sottoscritto/a Cognome .....

Nome .....

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

Residente a .....(.....)

Via/Piazza .....n.....

Codice Fiscale

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

Tell/Cell ..... e-mail .....

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

Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PRIVATA

Legale rappresentante di una ORGANIZZAZIONE PUBBLICA

del soggetto giuridico di seguito individuato:

Ragione Sociale.....

Con Sede Legale in Via/Piazza ..... n. ....

Comune di .....(.....) CAP .....

Forma Giuridica .....

Partita IVA

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

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

PEC .....

E-Mail .....

Recapito telefonico .....

## CHIEDE

Il **RINNOVO dell'accreditamento istituzionale** rilasciato ai sensi della DGR \_\_\_\_\_, con decreto n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

per l'organizzazione denominata .....

con sede nel Comune di .....

Via/Piazza ..... n. .... int .....

che eroga cure domiciliari integrate

di livello base,  di I livello,  di II livello,  di III livello.

## COMUNICA

- di essere già in possesso di autorizzazione all'esercizio, con provvedimento n. .... del ...../...../..... rilasciata dalla Regione;
- di essere accreditata con Decreto n. .... del ...../...../.....
- di essere in possesso del codice ORPS: .....

## A TAL FINE

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

## DICHIARA

- che la struttura possiede i requisiti di accreditamento, in conformità a quanto previsto nel vigente Manuale di Accreditamento, relativi al livello ECCELLENTE: evidenze I, II, III;

## inoltre, DICHIARA

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_  
Firma per esteso

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_  
Firma per esteso

### **Allegati obbligatori**

1. Dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti soggettivi generali, resa ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR 445/00 v. Allegato 1b.1 e 1b.2;
2. SCHEDE REQUISITI di cui al manuale vigente sottoscritte e autodichiarate (articoli 46 e 47 DPR 445/00);
3. Dichiarazione dei servizi/prestazioni alla persona esternalizzati v. Allegato 1b.3;
4. Copia autorizzazione all'esercizio rilasciata dalla Regione Marche;
5. Documento di identità in corso di validità del legale rappresentante dell'organizzazione;
6. Copia versamento bollo digitale;
7. 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;
8. Copia decreto accreditamento.

## REQUISITI DI ORDINE GENERALE

MODELLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000

*(La presente dichiarazione deve essere resa e sottoscritta, dai titolari, legali rappresentanti di strutture che chiedono l'accreditamento regionale.*

*La presente dichiarazione deve infine indicare gli estremi dell'atto comprovante la titolarità alla sua sottoscrizione)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

titolato a sottoscrivere legalmente la presente dichiarazione nella sua qualità di \_\_\_\_\_

della  Società  Ente  Azienda  Consorzio  Associazione/Fondazione

con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

come si rileva dal seguente atto \_\_\_\_\_

## DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47, nonché dell'articolo 76 del DPR 28/ 12/2000 n. 445 e consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o formazione od uso di atti falsi, e in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, nonché consapevole che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione decadrà dai benefici eventualmente conseguiti,

## I SEZIONE: REQUISITI PROFESSIONALI PERSONA GIURIDICA

(N.B. La presente sezione deve essere compilata apponendo apposito segno grafico in corrispondenza della specifica voce dichiarata rispetto ad eventuali ipotesi alternative previste. I soggetti dichiaranti non iscritti alla C.C.I.A.A. devono allegare copia dell'atto costitutivo e dello statuto)

### CHE

risulta iscritto nel registro delle imprese della Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ R.E.A. in data \_\_\_\_\_

non risulta iscritto nel registro delle imprese della Camera di Commercio in quanto non ne sussiste l'obbligo

risulta iscritto nel registro prefettizio o nello schedario generale di \_\_\_\_\_ per la seguente attività \_\_\_\_\_

risulta iscritto nell'apposito albo nazionale delle cooperative istituito presso il Ministero dello Sviluppo Economico



risulta iscritto nel seguente albo professionale \_\_\_\_\_ e, al riguardo, attesta i seguenti dati:

Oggetto Sociale \_\_\_\_\_

Numero di Iscrizione \_\_\_\_\_ Data di Iscrizione \_\_\_\_\_ Durata della Ditta /Data termine \_\_\_\_\_

Natura Giuridica \_\_\_\_\_

Codice Attività \_\_\_\_\_

**CHE**

non ha sede in Italia, la sua sede è la seguente \_\_\_\_\_

ed è iscritto al seguente registro del proprio Stato di appartenenza \_\_\_\_\_

dal quale risultano i seguenti dati o dati ad essi equivalenti:

Oggetto Sociale \_\_\_\_\_

Numero di Iscrizione \_\_\_\_\_ Data di Iscrizione \_\_\_\_\_ Durata della Ditta /Data termine \_\_\_\_\_

Natura Giuridica \_\_\_\_\_

Codice Attività \_\_\_\_\_

**CHE**

i seguenti soggetti hanno attualmente la funzione di titolare nel caso di impresa individuale, di socio nel caso di s.n.c., di socio accomandatario nel caso di s.a.s., di amministratore munito di potere di rappresentanza, socio unico persona fisica, socio di maggioranza (per società con meno di quattro soci) nel caso di altre società o consorzi

Nome e Cognome	Codice Fiscale	Luogo e Data di Nascita	Residenza	Funzione rivestita	Periodo di durata della Funzione

**CHE**

i seguenti soggetti hanno rivestito e cessato, nell'anno antecedente la data di presentazione della domanda di accreditamento, la funzione di titolare nel caso di impresa individuale, di socio di s.n.c., di socio accomandatario nel caso di s.a.s., di amministratore munito di potere di rappresentanza, socio unico persona fisica, socio di maggioranza (per società con meno di quattro soci) nel caso di altre società o consorzi

Nome e Cognome	Codice Fiscale	Luogo e Data di Nascita	Residenza	Funzione rivestita	Periodo di durata della Funzione

## **II SEZIONE: REQUISITI DI ORDINE GENERALE - PERSONA GIURIDICA**

(N.B. La presente sezione deve essere compilata apponendo apposito segno grafico in corrispondenza della specifica voce dichiarata rispetto ad eventuali ipotesi alternative previste)

### **CHE**

- nei propri confronti non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 6 del Decreto Legislativo del 3 settembre 2011 n. 159;
- non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 Decreto Legislativo del 3 settembre 2011 n. 159;
- non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, o di altra situazione equivalente secondo la legislazione vigente e non ha in corso procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni (art. 80, D.lgs. n. 50/2016);
- è stata ammessa al concordato preventivo con continuità aziendale, di cui all'articolo 186-bis del R.D. 16 marzo 1942, n. 267, con decreto n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ del Tribunale di \_\_\_\_\_ e, a tal fine, allega la documentazione prevista dal citato articolo 186-bis per la partecipazione a procedure di assegnazione di contratti pubblici;
- ha presentato, in data \_\_\_\_\_, domanda di concordato preventivo con continuità aziendale, di cui all'articolo 186-bis del R.D. 16 marzo 1942, n. 267, presso il Tribunale di \_\_\_\_\_ ed è consapevole della specifica disciplina che prevede l'inammissibilità alla procedura qualora alla predetta domanda non sopraggiunga la formale ammissione al concordato entro la data di aggiudicazione definitiva. Allega, comunque, alla presente, la documentazione prevista dal citato articolo 186-bis per la partecipazione a procedure di assegnazione di contratti pubblici;
- non ha violato il divieto di intestazione fiduciaria posto all'articolo 17 della legge 19 marzo 1990 n. 5 (art. 80, D.lgs. n. 50/2016);
- non ha commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di sicurezza e ad ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro, risultanti dai dati in possesso dell'Osservatorio (art. 80, D.lgs. n. 50/2016) ;
- non ha commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse prevenzione (art. 80, D.lgs. n. 50/2016);
- non ha commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali (art. 80, D.lgs. n. 50/2016) come verificabile presso il seguente ufficio

\_\_\_\_\_ con i dati che seguono: matricola INPS \_\_\_\_\_,  
numero di P.A.T. dell'INAIL \_\_\_\_\_ e CCNL applicato \_\_\_\_\_

risulta in regola rispetto alle norme che disciplinano in generale il diritto al lavoro dei disabili (art. 80, D.lgs. n. 5012016)

non si è incorsi in alcuna sanzione che comporti il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'articolo 36 bis, comma I, del D.L. n. 223/2006, convertito con modificazioni dalla L. n. 248/2006 (art. 80, D.lgs. n. 50/2016).

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Timbro e firma per esteso e leggibile*

### **CHE**

è informato, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 della legge n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Timbro e firma per esteso e leggibile*

## REQUISITI SOGGETTIVI DI ORDINE GENERALE

### MODELLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000

*(N.B. La presente dichiarazione si riferisce ai requisiti di cui all'articolo 80 del D.lgs. n. 50/2016, il cui possesso è richiesto alle persone fisiche nell'ambito delle persone giuridiche che chiedono l'accreditamento regionale. La presente sezione deve essere compilata apponendo apposito segno grafico in corrispondenza della specifica voce dichiarata rispetto ad eventuali ipotesi alternative previste)*

Il/la sottoscritto/a Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ titolato a

sottoscrivere legalmente la presente dichiarazione nella sua qualità di \_\_\_\_\_

della:  Società  Fondazione  Associazione  Ditta individuale

Consorzio  RTI  Ente/Azienda

con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

come si rileva dal seguente atto \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47, nonché dell'articolo 76 del DPR 28112/2000 n. 445 e consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o formazione od uso di atti falsi, e in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, nonché consapevole che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione decadrà dai benefici eventualmente conseguiti,

### CHE

nei propri confronti non è pendente alcun procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 6 del Decreto Legislativo del 3 settembre 2011 n. 159;

non sussistono nei propri confronti le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 Decreto Legislativo del 3 settembre 2011 n. 159;

non è stata pronunciata sentenza definitiva o decreto penale di condanna irrevocabile per i delitti, consumati o tentati, di cui agli artt. 416 - 416/bis del Codice Penale ovvero, delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dal predetto art. 416/bis, ovvero al fine di agevolare l'attività di associazioni previste dallo stesso articolo;

non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, o emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 cpp, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale; e che non è stata pronunciata sentenza passata in giudicato per uno o più reati di partecipazione ad una organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio, quali definiti dagli atti comunitari citati all'articolo 45, paragrafo I, direttiva CE 2004/18;

sono state pronunciate le seguenti sentenze di condanna passata in giudicato, o emessi i seguenti decreti penali di condanna divenuti irrevocabili, oppure le seguenti sentenze di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 cpp, per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità

Autorità che ha emesso il provvedimento	Tipologia ed estremi del provvedimento emesso	Soggetto condannato	Tipo di reato, riferimenti normativi e pena comminata	Eventuali benefici

**CHE**

- non è stato vittima dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del decreto legge 13 maggio 1991, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203;
- è stato vittima dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del decreto legge 13 maggio 1991 n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203, ma ne ha denunciato i fatti all'autorità giudiziaria;
- è stato vittima dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del decreto legge 13 maggio 1991 n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203, ma non ne ha denunciato i fatti all'autorità giudiziaria in quanto ricorrono i casi previsti dall'articolo 4, comma I, della legge 24 novembre 1981 n. 689.

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Timbro e firma per esteso e leggibile*

**CHE**

- non è stato vittima dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale aggravati ai sensi dell'articolo 7 del decreto legge 13 maggio 1991, n. 152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203;

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Timbro e firma per esteso e leggibile*

**DICHIARAZIONE DI SERVIZI ESTERNALIZZATI**

<i>IL SOTTOSCRITTO</i>	
<i>IN QUALITÀ DI</i>	
<i>DELLA SOCIETÀ / DITTA INDIVIDUALE / ENTE / AZIENDA / ASSOCIAZIONE / FONDAZIONE</i> <i>(indicare denominazione e sede legale)</i>	
<i>PER LA STRUTTURA DENOMINATA</i> <i>(indicare denominazione e sede operativa)</i>	

**DICHIARA**

(ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000)

in riferimento alle prestazioni oggetto dell'istanza di accreditamento presentata:

- L'ASSENZA DI SERVIZI ESTERNALIZZATI (ovvero di servizi affidati all'esterno a terzi soggetti)
- DI USUFRUIRE DELLE SEGUENTI SERVIZI ESTERNALIZZATI (ovvero di servizi affidati all'esterno a terzi soggetti)

<b>TIPOLOGIA</b> <i>servizi esternalizzati</i>	<b>DENOMINAZIONE STRUTTURA</b> <i>che effettua i servizi esternalizzati</i>

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del legale rappresentante

## CRONOPROGRAMMA Evidenze Tipo II

IL SOTTOSCRITTO	
IN QUALITÀ DI	
DELLA SOCIETÀ/ ENTE/ AZIENDA/ DITTA INDIVIDUALE/ ASSOCIAZIONE/ FONDAZIONE (indicare denominazione e sede legale)	

### DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000)

Di realizzare il seguente cronoprogramma relativo alle evidenze di tipo II entro 12 mesi dal Decreto di Accreditamento di livello Base:

<b>TEMPI</b> <b>EVIDENZE</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
1.1.2 - Documento di definizione del livello assistenziale garantito. Sistema di monitoraggio e report raggiungimento obiettivi. Report sull'attività di cure domiciliari relativamente alla pianificazione e programmazione;												

<b>TEMPI</b> <b>EVIDENZE</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
1.2.2 - Documento di riferimento e report sulle attività svolte in coordinamento con le reti di cui sopra;												

<b>TEMPI</b> <b>EVIDENZE</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
1.3.4 - Definisce le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo secondo												

quanto stabilito a livello regionale;													
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
1.4.5 - Verifica che le attività previste vengano effettuate, analizza le criticità rilevate;												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
1.5.7 - Monitoraggio e reportistica delle attività di cui sopra;												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
1.6.3 - Monitoraggio dei relativi indicatori e report sul raggiungimento degli obiettivi di miglioramento;												
1.6.4 - Il piano per il miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi;												
1.6.5 - Relaziona annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
2.1.3 - Aggiorna la Carta dei Servizi periodicamente e ogni qualvolta intervengano modifiche sostanziali nell'erogazione dei servizi;												



<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
2.2.5 - Implementa un sistema di monitoraggio delle attività sopra riportate												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
2.3.5 - Monitoraggio sulla continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nei PAI												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
2.4.4 - Mette in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate;												
2.4.5 - Adotta un sistema di monitoraggio e di valutazione quali-quantitativa delle attività erogate, in particolare in merito ai criteri di eleggibilità dell'assistito, di presa in carico e di continuità assistenziale, in aderenza alle indicazioni e agli indicatori previsti dalle Regioni;												
2.4.6 - Adotta modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività;												
2.4.7 - Effettua la valutazione degli eventi avversi, incidenti,												

near misses accaduti durante la cura.													
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
2.5.3 - Analizza i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive;												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
3.4.3 - Presenza di un registro scadenze materiali sanitari, manutenzione apparecchiature regolarmente compilato (rispetto della procedura);												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
4.1.4 - Garantisce la presenza di un report sulle attività di formazione di cui sopra;												
4.1.5 - Esegue la valutazione delle ricadute organizzative delle attività formative e della soddisfazione del personale;												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
4.2.4 - Prevede una valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento;												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
5.1.2 - Svolge la valutazione della comunicazione interna anche con la programmazione e l'effettuazione di regolari riunioni di equipe;												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
5.2.2 - Facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità e garantisce la presenza di relativi verbali;												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
5.3.3 - Mette in atto attività di monitoraggio per le attività di cui sopra												
5.3.4 - Programma momenti di incontro dell'equipe per la valutazione dei risultati dei sistemi di monitoraggio (verbali)												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
5.4.5 - Svolge attività di monitoraggio e reportistica delle attività di cui sopra;												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
5.5.4 - Svolge monitoraggio e reportistica delle attività di cui sopra;												

EVIDENZE	TEMPI											
	1° mese	2° .....	3° .....	4° .....	5° .....	6° .....	7° .....	8° .....	9° .....	10° .....	11° .....	12° mese
6.1.3 - Monitoraggio degli indicatori di cui sopra report e momenti di incontro dell'equipe verbalizzati												

EVIDENZE	TEMPI											
	1° mese	2° .....	3° .....	4° .....	5° .....	6° .....	7° .....	8° .....	9° .....	10° .....	11° .....	12° mese
<p>6.2.2 - Adotta una metodologia di analisi in base ai dati disponibili in letteratura e mette in atto azioni sistematiche di verifica della qualità e sicurezza, nonché alle indicazioni regionali e aziendali, almeno per l'esecuzione delle principali manovre strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prevenzione e gestione delle lesioni da pressione,</li> <li>• prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione,</li> <li>• prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio),</li> <li>• somministrazione delle terapie farmacologiche,</li> <li>• somministrazione della terapia trasfusionale,</li> <li>• valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale,</li> <li>• gestione di cateteri vescicali, stomie, sondini nasogastrici e cateteri venosi,</li> </ul> <p>valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario;</p>												

6.2.3 - Garantisce il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale), e ogni qualvolta lo si renda necessario in base alle evidenze scientifiche;													
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>TEMPI</b> <b>EVIDENZE</b>	1° mese	2° .....	3° .....	4° .....	5° .....	6° .....	7° .....	8° .....	9° .....	10° .....	11° .....	12° mese
6.3.3 - Rivalutazione del documento del rischio clinico, report sul raggiungimento degli obiettivi e monitoraggio degli indicatori;												

<b>TEMPI</b> <b>EVIDENZE</b>	1° mese	2° .....	3° .....	4° .....	5° .....	6° .....	7° .....	8° .....	9° .....	10° .....	11° .....	12° mese
7.1.2 - Verbali relativi alle attività di cui sopra (con particolare riferimento al sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi)												

<b>TEMPI</b> <b>EVIDENZE</b>	1° mese	2° .....	3° .....	4° .....	5° .....	6° .....	7° .....	8° .....	9° .....	10° .....	11° .....	12° mese
8.1.4 - Evidenza delle attività di cui sopra monitoraggio e reportistica												

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del legale rappresentante

## CRONOPROGRAMMA

### Evidenze Tipo III

IL SOTTOSCRITTO	
IN QUALITÀ DI	
DELLA SOCIETÀ/ ENTE/ AZIENDA/ DITTA INDIVIDUALE/ ASSOCIAZIONE/ FONDAZIONE (indicare denominazione e sede legale)	

### DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000)

Di realizzare il seguente cronoprogramma relativo alle evidenze di tipo II entro 12 mesi dal Decreto di Accreditamento di livello Avanzato:

TEMPI EVIDENZE	1° mese	2° .....	3° .....	4° .....	5° .....	6° .....	7° .....	8° .....	9° .....	10° .....	11° .....	12° mese
1.1.3 - Implementazione di azioni di miglioramento individuate.												

TEMPI EVIDENZE	1° mese	2° .....	3° .....	4° .....	5° .....	6° .....	7° .....	8° .....	9° .....	10° .....	11° .....	12° mese
1.2.3 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

TEMPI EVIDENZE	1° mese	2° .....	3° .....	4° .....	5° .....	6° .....	7° .....	8° .....	9° .....	10° .....	11° .....	12° mese
1.3.5 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

TEMPI EVIDENZE	1° mese	2° .....	3° .....	4° .....	5° .....	6° .....	7° .....	8° .....	9° .....	10° .....	11° .....	12° mese

1.4.6 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
1.5.8 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
1.6.6 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
2.1.4 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
2.2.6 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
2.3.6 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
2.4.8 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
2.5.4 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
3.4.4 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
4.1.6 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
4.2.5 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
4.3.3 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												



<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
5.1.3 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
5.2.3 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
5.3.5 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
5.4.6 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
5.5.5 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
6.1.4 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
6.2.4 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
6.3.5 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
7.1.3 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
7.2.3 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

<b>TEMPI</b>	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°
<b>EVIDENZE</b>	mese	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	mese
8.1.5 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.												

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del legale rappresentante

**TRASMISSIONE DOCUMENTALE PER L'AVANZAMENTO DEL LIVELLO DI ACCREDITAMENTO**

Il/la sottoscritto/a Cognome .....

Nome .....

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

Residente a .....(.....)

Via/Piazza.....n.....

Codice Fiscale: 

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

Tell/Cell ..... e-mail .....

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

Legale rappresentante di una **ORGANIZZAZIONE PRIVATA**

Legale rappresentante di una **ORGANIZZAZIONE PUBBLICA**

Ragione Sociale.....

Con Sede Legale in Via/Piazza ..... n. ....

Comune di .....(.....) CAP .....

Forma Giuridica .....

Partita IVA 

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

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

PEC .....

E-Mail .....

Recapito telefonico .....

**TRASMETTE LE EVIDENZE DEL TIPO II  TIPO III  RELATIVE ALL'ORGANIZZAZIONE:**

Denominazione.....

con sede nel Comune di .....

Via/Piazza ..... n. .... int .....

che eroga cure domiciliari

di livello base,  di I livello,  di II livello,  di III livello.

In possesso di accreditamento istituzionale di livello  BASE  AVANZATO

Rilasciato con DECRETO N° \_\_\_\_/\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Già autorizzata all'esercizio, così come previsto dall'art. 9 della L.R. 21/2016, con Decreto

Prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ rilasciato dalla Regione

Codice ORPS: \_\_\_\_\_

### **A TAL FINE**

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

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

Firma del Legale Rappresentante

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso

**Allegati obbligatori:**

1. Copia del documento di identità del legale rappresentante dell'organizzazione accreditata;
2. Documentazione comprovante l'ottemperanza alle evidenze di tipo II e/o tipo III
3. Decreto di Accreditamento