 <p>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</p>	<p style="text-align: center;">           Agenzia Regionale Sanitaria  <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i>  <b>Relazione di verifica dei requisiti previsti            nel Manuale di Accreditazione delle strutture            che erogano Cure Domiciliari</b> </p>	
--	--	--

**Al Coordinatore dell'Organismo Tecnicamente Accreditante - OTA**

Data della visita:

**1) DATI STRUTTURA**

denominazione	
indirizzo	
prestazioni	
Tipologia di attività ricompresa nel Manuale di Autorizzazione/ regime	<input type="checkbox"/> Assistenza specialistica in regime ambulatoriale

Responsabile/legale rappresentante:

Nome e Cognome	
Nata/o (data e luogo)	
Residenza	

Richiesta di rilascio di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (art. 9 L.R. n. 21/2016) presentata in Comune in data \_\_\_\_\_ ai sensi della DGR n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

## 2) PARTECIPANTI ALLA VISITA DI ACCREDITAMENTO

<b>Presenti per GAAR</b>	<b>Presenti per la struttura</b>
TEAM LEADER	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
COMPONENTE	NOME: QUALIFICA:
OSSERVATORE	NOME: QUALIFICA:

### 3) ESTENSIONE DELLA VISITA

Viste le allegate copie del Manuale di Accreditazione datate e firmate, si è proceduto alla verifica dei requisiti compresi nei seguenti paragrafi:

<b>Nome Tipologia Requisito 1.1 AC: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto</b>			
<b>EVIDENZE:</b> L'organizzazione:	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</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> L'organizzazione:	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</b>
1.2.1 - Svolge le proprie attività coordinandosi con le reti assistenziali previste dalla normativa regionale e, ove necessario, con i servizi sociali,	<b>I</b>	<b>T0</b>	



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditazione delle strutture  
 che erogano Cure Domiciliari**

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;			
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>	

**Requisito 1.3 AC: Definizione delle responsabilità**

<b>EVIDENZE:</b> L'organizzazione:	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</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>	

**Requisito 1.4 AC: Presa in carico**

<b>EVIDENZE:</b> L'organizzazione:	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</b>



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditazione delle strutture  
 che erogano Cure Domiciliari**

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> <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>	<b>I</b>	<b>T0</b>	
1.4.5 - Verifica che le attività previste vengano effettuate, analizza le criticità rilevate;	<b>II</b>	<b>T2</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>Evidenze</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	<b>I</b>	<b>T0</b>	



Agenzia Regionale Sanitaria  
Organismo Tecnicamente Accreditante

## Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditazione delle strutture che erogano Cure Domiciliari

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>			
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>	

**Requisito 1.6 AC: Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</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 - Relaziona 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>	

**Requisito 2.1 AC: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</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	<b>I</b>	<b>T0</b>	

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			
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>Evidenze</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>	





Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditazione delle strutture  
 che erogano Cure Domiciliari**

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>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</b>
<b>L'Organizzazione:</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>	



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditazione delle strutture  
 che erogano Cure Domiciliari**

**Requisito 2.4 AC: Monitoraggio e valutazione**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</b>
<b>L'Organizzazione:</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>	

**Requisito 2.5 AC: Modalità di gestione della documentazione sanitaria**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</b>
<b>L'Organizzazione:</b>			



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditazione delle strutture  
 che erogano Cure Domiciliari**

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>	

**Requisito 3.1 AC: Idoneità all'uso delle strutture (sede operativa e relative caratteristiche)**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</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>	



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditazione delle strutture  
 che erogano Cure Domiciliari**

**Requisito 3.2 AC: Contattabilità telefonica**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</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>	

**Requisito 3.3 AC: Dotazioni Informatiche**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</b>
<b>L'Organizzazione</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, telerefertazione, teleriabilitazione, telemonitoraggio, telecontrollo medico), ai sensi del D.M. del 29/04/2022;</li> </ul>	<b>I</b>	<b>T0</b>	

**Requisito 3.4 AC: Dotazione di materiali sanitari**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</b>
<b>L'Organizzazione</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>	

**Requisito 4.1 AC: Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</b>
<b>L'Organizzazione</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	<b>II</b>	<b>T1</b>	



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento delle strutture  
 che erogano Cure Domiciliari**

formative e della soddisfazione del personale			
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>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</b>
<b>L'Organizzazione</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>Evidenze</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>	



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accredimento delle strutture  
 che erogano Cure Domiciliari**

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>	

**Requisito 5.1 AC: Modalità di comunicazione interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</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>	

**Requisito 5.2 AC: Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</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>	

**Requisito 5.3 AC: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</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>	
Mette in atto attività di monitoraggio per le attività di cui sopra	<b>I</b>	<b>T0</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>Evidenze</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	<b>I</b>	<b>T0</b>	





Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accredimento delle strutture  
 che erogano Cure Domiciliari**

e il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta			
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>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</b>
<b>L'Organizzazione</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>	



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento delle strutture  
 che erogano Cure Domiciliari**

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

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</b>
<b>L'Organizzazione</b>			
6.1.1 - Applica tutti i protocolli, le procedure di buona pratica professionale e le istruzioni operative presenti nell'Azienda sanitaria di riferimento, formulati secondo i principi della Evidence based Practice( EBP), corredati di indicatori di esito;	<b>I</b>	<b>T0</b>	
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>	

**Requisito 6.2 AC: Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</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> </ul>	<b>I</b>	<b>T0</b>	



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditazione delle strutture  
 che erogano Cure Domiciliari**

<ul style="list-style-type: none"> <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>			
<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 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>	
<p>6.2.3 - Garantisce il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale), e ogni qualvolta lo si renda necessario in base alle evidenze scientifiche;</p>	<b>II</b>	<b>T1</b>	
<p>6.2.4 - Implementazione delle azioni di miglioramento individuate.</p>	<b>III</b>	<b>T2</b>	
<p><b>Requisito 6.3 AC: Programma per la gestione del rischio clinico</b></p>			



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditamento delle strutture  
 che erogano Cure Domiciliari**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</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>	

**Requisito 7.1 AC: Progetti di miglioramento**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</b>
<b>L'Organizzazione</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: - Indicatore n. 1: Formazione del personale sulla sicurezza delle cure. Valore atteso: 100% del personale formato - Indicatore n. 2: Formazione del personale sulla sicurezza sui luoghi di lavoro. Valore atteso: 100% del personale formato - Indicatore n. 3: Formazione del personale su specifici argomenti. Valore atteso: 80% di formazione del target del personale individuato.	<b>I</b>	<b>T0</b>	



Agenzia Regionale Sanitaria  
 Organismo Tecnicamente Accreditante  
**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
 nel Manuale di Accreditazione delle strutture  
 che erogano Cure Domiciliari**

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>	

**Requisito 7.2 AC: Adozione di iniziative di innovazione**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</b>
<b>L'Organizzazione</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>	

**Requisito 8.1 AC: Programmi per l'umanizzazione delle cure**

<b>EVIDENZE:</b>	<b>TIPO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>Evidenze</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>	


**Nota: se presente cronoprogramma si riportano nella tabella prescrizioni le date previste per gli adeguamenti**

Tipologia Requisito	N° Requisito	Adeguamento	Data

## 5) RELAZIONE DI SINTESI

In data odierna, i sottoscritti componenti GAAR Marche hanno avuto accesso alla struttura denominata.....  
sita .....  
per la verifica del possesso dei requisiti minimi di accreditamento ai sensi della L.R. 21/2016.  
Visitata la struttura, esaminata la documentazione e sentito il personale presente, si rileva quanto segue:

- la totale conformità di tutti i requisiti applicabili previsti dal manuale di accreditamento;

	<p>Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p><b>Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Accreditazione delle strutture che erogano Cure Domiciliari</b></p>	
---	--	--

la parziale conformità dei requisiti applicabili previsti dal manuale di accreditamento,

l'assenza dei seguenti requisiti.....

Per quanto sopra esposto:

si propone il rilascio dell'accREDITamento .....

si propone il rilascio dell'accREDITamento con prescrizioni.....

si propone il diniego all'accREDITamento

Firma del team leader: \_\_\_\_\_

## 6) SCHEDA TECNICA PER L'EMISSIONE DELLA FATTURA/NOTA DI ADDEBITO

### Visita di Autorizzazione - Generalità struttura

Data della visita

Legale Rappresentante																
DENOMINAZIONE della Società/ Ente / Azienda / Studio																
Sede																
P. IVA																
Codice Fiscale																
codice destinatario per fatturazione elettronica																
recapiti	Telefono					Fax										
	e-mail															
Denominazione della Struttura oggetto della verifica																
Sede																



**Relazione di verifica dei requisiti previsti  
nel Manuale di Accreditazione delle strutture  
che erogano Cure Domiciliari**

TIPOLOGIA STRUTTURA	POSTI LETTO	TARIFFA forfettaria per singolo valutatore	NUMERO VALUTATORI PER VISITA	
Ambulatoriale	//	€ 540,00	2	<input type="checkbox"/>
Residenziale e semiresidenziale	< 20	€ 810,00	2	<input type="checkbox"/>
	20-100	€ 1.080,00	3	<input type="checkbox"/>
Ospedaliera	< 100	€ 1.620,00	3	<input type="checkbox"/>
	100-150	€ 2.160,00	5	<input type="checkbox"/>
	>150	€ 4.320,00	6	<input type="checkbox"/>

Firma del team leader: \_\_\_\_\_

La presente relazione è composta da pagine n° \_\_\_\_\_ e da allegati n° \_\_\_\_\_

Una copia è stata consegnata al legale rappresentante della struttura.


....., li .....

(luogo)

(data)

	Nome, Cognome	firma leggibile
Team leader		
Valutatori		



 <p>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</p>	<p style="text-align: center;">         Agenzia Regionale Sanitaria  <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i>  <b>Relazione di verifica dei requisiti previsti          nel Manuale di Accredimento delle strutture          che erogano Cure Domiciliari</b> </p>	
--	--	--

Osservatore		
Osservatore		