 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari	
---	--	--

Al Coordinatore dell'Organismo Tecnicamente Accreditante - OTA


Data della visita:

1) DATI STRUTTURA

denominazione	
indirizzo	<input type="checkbox"/> Sede organizzativa coincidente con sede operativa <hr/> <input type="checkbox"/> Sede organizzativa _____ <input type="checkbox"/> Sede operativa _____
prestazioni	<input type="checkbox"/> CURE DOMICILIARI Capacità di presa in carico pari a n. _____ assistiti
Tipologia di attività ricompresa nel Manuale di Autorizzazione/ regime	Cure domiciliari: <input type="checkbox"/> livello base <input type="checkbox"/> integrate (ADI) di I livello <input type="checkbox"/> integrate (ADI) di II livello <input type="checkbox"/> integrate (ADI) di III livello Telemedicina: <input type="checkbox"/> televisita <input type="checkbox"/> teleconsulto medico <input type="checkbox"/> teleconsulenza medico-sanitaria <input type="checkbox"/> teleassistenza da professioni sanitarie (infermiere/fisioterapista/logopedista/etc) <input type="checkbox"/> telerefertazione <input type="checkbox"/> teleriabilitazione

Responsabile/legale rappresentante:

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

 <p>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</p>	<p>Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p>Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari</p>	
--	---	--


Richiesta di rilascio di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria presentata alla struttura Regionale competente in data _____ ai sensi della DGR n. 6 del 16 gennaio 2023.

2) PARTECIPANTI ALLA VISITA DI AUTORIZZAZIONE

Presenti per GAAR	Presenti per la struttura
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 Autorizzazione autocompilate e firmate, si è proceduto alla verifica dei requisiti compresi nei seguenti paragrafi:

 <p>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</p>	<p>Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p>Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari</p>	
--	---	--

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

N. P.	1.AU - REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI REQUISITO	RISPOSTA	C: Conforme P: Prescrizione
	L'Organizzazione che eroga cure domiciliari:		
<p>1.1 AU – Sede organizzativa e operativa</p>	<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 (call center), 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>		
<p>1.2 AU – Locali e spazi della sede organizzativa e operativa</p>	<p>dispone di locali e spazi quali: <u>per la sede organizzativa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • un locale per l'organizzazione dei servizi, le attività amministrative e di segreteria (<i>call center</i>) aperto secondo il requisito 3.2.2. • 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; • uno spazio (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio; • uno spazio per la conservazione sicura della documentazione sanitaria; • servizi igienici per il personale; • servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico; <p><u>per la sede operativa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • un locale/spazio (es. armadi) ad uso deposito del materiale pulito. • un locale/spazio (es. armadi) ad uso deposito per presidi sanitari. • un locale/spazio (es. armadi) ad uso deposito di farmaci 		



Relazione di verifica dei requisiti previsti
nel Manuale di Autorizzazione delle strutture
che erogano prestazioni di Cure Domiciliari

	<ul style="list-style-type: none"> • un locale/spazio per deposito del materiale sporco; • un locale/spazio delimitato adibito al lavaggio di materiale pluriuso contaminato; • un locale attrezzato per la sterilizzazione dei materiali, nel caso in cui l'organizzazione non si avvalga di dispositivi 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; • uno spogliatoio per il personale; • 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; • uno spazio (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio; • uno spazio per la conservazione sicura della documentazione sanitaria; • servizi igienici per il personale; • servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico. <p>Tutti i locali devono essere in possesso dei requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente.</p>		
	2. AU - REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI TECNOLOGICI		
N. P.	REQUISITO	RISPOSTA	C: Conforme P: Prescrizione
	In funzione dei livelli di attività erogata, l'Organizzazione garantisce:		
2.1 AU – Automezzi	<ul style="list-style-type: none"> - la disponibilità di mezzi di trasporto aziendali o privati per garantire la mobilità degli operatori, e lo svolgimento delle attività organizzative di supporto; - la conformità dei mezzi di trasporto alla normativa vigente (copertura assicurativa, evidenza delle revisioni effettuate ecc...); - un programma di controllo e manutenzione periodica dei mezzi; - nel caso di trasporto di materiale biologico si applica la normativa specifica 		
2.2 AU – Apparecchiature	- tutte le attrezzature, i dispositivi medici e le apparecchiature elettromedicali, conformi alla normativa vigente, necessari		

Relazione di verifica dei requisiti previsti
nel Manuale di Autorizzazione delle strutture
che erogano prestazioni di Cure Domiciliari

	<p>a garantire l'erogazione delle rispettive prestazioni domiciliari erogate;</p> <ul style="list-style-type: none"> - la dotazione minima delle apparecchiature deve essere sottoposta a verifiche periodiche, - 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; 		
<p>2.3 AU – Dotazioni telefoniche ed informatiche</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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; - i supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e un sistema integrato di telecomunicazione e tecnologie audiovideo 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; 		
<p>2.4 AU - Dispositivi di protezione individuale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la valutazione dei rischi ai sensi della vigente normativa e l'assegnazione dei dispositivi di protezione individuale agli operatori; 		
<p>2.5 AU- Dotazioni per smaltimento rifiuti speciali</p>	<ul style="list-style-type: none"> - le dotazioni necessarie per lo smaltimento dei rifiuti speciali come previsto dalla normativa vigente; 		
<p>2.6 AU - Contenitori per campioni biologici</p>	<ul style="list-style-type: none"> - i contenitori per il trasporto dei campioni biologici a norma di legge; 		



Relazione di verifica dei requisiti previsti
nel Manuale di Autorizzazione delle strutture
che erogano prestazioni di Cure Domiciliari

<p>2.7 AU - Borse attrezzate</p>	<p>- le borse per il personale sanitario, dotate del materiale necessario per l'attività da svolgere verificato attraverso una check list predefinita - lo zaino per la gestione delle emergenze dotato di check list predefinita;</p>		
<p>2.8 AU – Gestione e manutenzione di attrezzature/ apparecchiature</p>	<p>- la verifica periodica dello stato di funzionamento e manutenzione delle apparecchiature in dotazione, mediante: • un inventario aggiornato delle attrezzature/apparecchiature utilizzate; • la presenza e la disponibilità di tutta la documentazione relativa ai collaudi, ispezioni e interventi di manutenzione e monitoraggio del funzionamento; • 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; • l'addestramento, qualora necessario, del personale coinvolto nell'utilizzo delle attrezzature e dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, opportunamente documentato.</p>		
	<p>3.1 AU – REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI (Responsabilità e Personale)</p>		
<p>N.P.</p>	<p>REQUISITO</p>	<p>RISPOSTA</p>	<p>C: Conforme P: Prescrizione</p>
	<p>L'Organizzazione garantisce:</p>		
<p>3.1.1 AU – Responsabilità à dell'Organizzazione</p>	<p>- 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/</p>		



Relazione di verifica dei requisiti previsti
nel Manuale di Autorizzazione delle strutture
che erogano prestazioni di Cure Domiciliari

	<p>apparecchiature, della sorveglianza sulla valutazione del personale e sulla documentazione sanitaria da essi redatta è in capo al coordinatore.</p> <ul style="list-style-type: none">- che per i servizi di cure domiciliari integrate (ADI) vengano garantite le funzioni di coordinamento e responsabilità clinica, infermieristica e amministrativa;- che per ogni persona in carico per cure domiciliari sia garantita la continuità della presa in carico per tutta la durata dell'assistenza, coerentemente con il Piano Assistenziale;		
<p>3.1.2 AU – Dotazione di personale</p>	<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> <p>CD di livello base - prestazionale CIA < 0,14 Infermiere (15') Professionisti della Riabilitazione (30') Medico di Medicina Generale (30') 5 giorni su 7</p> <p>CD integrate (ADI) di I° livello 0,14 ≤ CIA ≤ 0,30 Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico di Medicina Generale (30') Operatore Sociosanitario (60') 5 giorni su 7</p> <p>CD integrate (ADI) di II° livello 0,31 ≤ CIA ≤ 0,50 Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Dietista (30') Medico di Medicina Generale (45') Operatore Sociosanitario (60') 7 giorni su 7</p> <p>CD integrate (ADI) di III° livello CIA > 0,50 Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60')</p>		



Relazione di verifica dei requisiti previsti
nel Manuale di Autorizzazione delle strutture
che erogano prestazioni di Cure Domiciliari

	<p>Medico di Medicina Generale (60') 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>3.1.3 AU – Requisiti per il personale (titoli e formazione)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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); - che sia effettuata la verifica dei titoli (curriculum) in possesso degli operatori; - che siano rispettati gli obblighi normativi di formazione continua per tutti i professionisti sanitari; - che vi sia formazione anche in merito a: <ul style="list-style-type: none"> • procedure interne organizzative, • procedure operative adottate (in funzione del profilo), • umanizzazione delle cure e qualità delle relazioni, • certificazione BLS (primo soccorso con l'impiego di defibrillatore semiautomatico) aggiornata, • sicurezza sul lavoro, • gestione del rischio clinico; - che esista evidenza della formazione; - l'effettuazione di programmi di formazione per il nuovo personale; 		
<p>3.1.4 AU – Elenco degli operatori e fascicolo personale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - che sia presente, conservato e regolarmente aggiornato un elenco del personale impiegato, che riporti: <ul style="list-style-type: none"> • la tipologia e il numero delle figure professionali, il possesso dei relativi requisiti professionali, • la tipologia del rapporto di lavoro; - che sia data evidenza della turnazione (turni di servizio datati e firmati) del personale; - che sia conservato, per il periodo previsto dalla normativa vigente, un archivio storico dei turni effettuati e della documentazione 		



Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari

	<p>relativa ai servizi svolti, contenente i dati degli accessi a domicilio;</p> <ul style="list-style-type: none"> - che sia costituito un fascicolo, anche in formato elettronico, relativo a ciascun operatore che presta attività, composto da: <ul style="list-style-type: none"> • curriculum formativo aggiornato e la relativa documentazione, • attestazioni della formazione continua obbligatoria, • attestato di idoneità psico-fisica al lavoro, valutazione di idoneità effettuata dal Medico competente, • attestazione della formazione obbligatoria in materia di sicurezza sul lavoro, • attestazione dell'aggiornamento continuo del BLSD, • attestazione della formazione sulle procedure interne all'Organizzazione, • possesso della patente di guida adeguata all'eventuale veicolo utilizzato ai fini dell'attività erogata; • che il fascicolo personale degli operatori sia conservato nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali; 		
<p>3.1.5 AU – Regolarità del rapporto di lavoro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nei confronti del proprio personale: • l'attuazione di condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro applicabili alla categoria di riferimento; • l'osservanza e l'applicazione di tutte le norme relative alle assicurazioni obbligatorie ed antinfortunistiche, previdenziali ed assistenziali; • l'applicazione della normativa in merito alla responsabilità civile in ambito sanitario. 		
<p>3.1.6 AU – Identificabilità degli operatori</p>	<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			
<p>N.P.</p>	<p>REQUISITO</p>	<p>RISPOSTA</p>	<p>C: Conforme P: Prescrizione</p>
	<p>L'Organizzazione garantisce:</p>		
<p>3.2.1 AU – Tipologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - che siano definiti: 		

Relazione di verifica dei requisiti previsti
nel Manuale di Autorizzazione delle strutture
che erogano prestazioni di Cure Domiciliari

<p>di prestazioni e servizi erogati</p>	<ul style="list-style-type: none"> • il catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati, con specifica indicazione di quali siano erogabili avvalendosi della telemedicina, • le modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari, con valutazione multidimensionale (DGR 791/2014 e DGR 111/2015), • le modalità di erogazione di prestazioni/servizi attraverso documenti formali dove siano definite chiaramente le responsabilità, • le modalità di gestione delle eventuali urgenze; - che sia garantita la presenza delle risorse umane e strumentali necessarie per l'esecuzione dei seguenti esami diagnostici: <ul style="list-style-type: none"> • ECG, • Holter pressorio e holter cardiaco, • Holter color doppler, • Spirometria, • Polisonnografia, • Ecografia, • Prelievo di materiale biologico, • Emo Gas Analisi • Audiometria; - L'esecuzione di RX a domicilio è consentita qualora: <ul style="list-style-type: none"> ➤ venga eseguita da un tecnico radiologo, ➤ l'elaborazione e la refertazione dell'esame avvenga presso una struttura di diagnostica per immagini autorizzata ai sensi della DGR 1571 del 2019 - 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; - che sia redatta la Carta dei Servizi (si veda punto 3.2.13); - che siano indicate le modalità di erogazione dei servizi sanitari erogati a distanza; 		
--	---	--	--



Relazione di verifica dei requisiti previsti
nel Manuale di Autorizzazione delle strutture
che erogano prestazioni di Cure Domiciliari

<p>3.2.2 AU – Garanzie attività</p>	<p>- 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;</p>		
<p>3.2.3 AU – Regolamento interno</p>	<p>- che venga predisposto un Regolamento interno in cui siano definite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le funzioni e le responsabilità di tutte le figure professionali in relazione alla tipologia di attività svolta, • le modalità di espletamento del servizio, • l'equipaggiamento del personale di assistenza, compreso l'abito professionale, • i sistemi di comunicazione; <p>- che venga definito un organigramma/funzionigramma;</p>		
<p>3.2.4 AU – Gestione del Rischio Clinico (RC)</p>	<p>- 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;</p>		
<p>3.2.5 AU – Procedure scritte sul percorso di cura</p>	<p>- che, in funzione delle tipologie di cure domiciliari, siano definite procedure scritte in base alla normativa regionale vigente in merito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • modalità e strumenti di gestione della valutazione del bisogno attraverso strumenti validati, • definizione del piano individuale (semplificato per le cure domiciliari di base), • criteri e modalità di erogazione delle prestazioni e di comunicazione interna, • modalità e strumenti del passaggio di consegne, • criteri di chiusura della presa in carico e di valutazione della persona assistita al momento della dimissione; 		
<p>3.2.6 AU – Documentazio ne sanitaria</p>	<p>- che, in conformità con la normativa regionale, per ogni persona assistita sia utilizzato un fascicolo sanitario domiciliare,</p>		

Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari

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:

- i dati anagrafici,
 - il caregiver,
 - la data di inizio delle cure domiciliari,
 - gli altri operatori di riferimento,
 - la diagnosi,
 - gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es. allergia, caduta),
 - la procedura per l'eventuale presa in carico secondo i principi dell'Assistenza Medica Avanzata per Disabili (AMAD)
 - il consenso informato e la conoscenza della L. 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento),
 - gli strumenti di valutazione utilizzati,
 - il piano di trattamento (in relazione all'attività svolta) completo di eventuali aggiornamenti,
 - le prestazioni erogate,
 - l'eventuale coinvolgimento dei servizi sociali,
 - l'eventuale necessità di ausili e/o presidi,
 - le verifiche,
 - i risultati raggiunti,
 - la data e la motivazione della chiusura del piano assistenziale;
- che, per tutte le tipologie assistenziali, presso il domicilio della persona assistita, sia disponibile il diario assistenziale contenente, per ogni accesso:
- data e ora,
 - operatore/i
 - prestazioni svolte,
 - firma dell'operatore.

Il PAI deve essere firmato dall'assistito e/o dal caregiver e/o amministratore di sostegno;



Relazione di verifica dei requisiti previsti
nel Manuale di Autorizzazione delle strutture
che erogano prestazioni di Cure Domiciliari

<p>3.2.7 AU – Modalità di trattamento dei dati e privacy</p>	<p>- che tutti i documenti e/o i dati relativi alle persone assistite siano custoditi nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili, prevedendo modalità di accesso solo al personale abilitato e protezione da accessi non autorizzati; - che il sistema di archiviazione della documentazione sanitaria consenta un rapido accesso ai dati da parte degli operatori coinvolti nel processo di cura;</p>		
<p>3.2.8 AU – Gestione di farmaci/presidi i medico – chirurgici e prodotti nutrizionali</p>	<p>- 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; - che la documentazione relativa alle verifiche sia disponibile e correttamente conservata; - 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;</p>		
<p>3.2.9AU – Procedure specifiche</p>	<p>- che siano disposte procedure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per garantire la sicurezza, la conservazione e il trasporto dei materiali biologici, • 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), • per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, • per la somministrazione a domicilio di farmaci, • per l'eventuale applicazione dell'Assistenza Medica Avanzata per Disabili (AMAD) • per il coinvolgimento e l'accordo con i servizi sociali ove necessario • per la somministrazione della terapia trasfusionale secondo quanto previsto dalla normativa specifica vigente e in cui sia fatto riferimento alla tracciabilità del prodotto, • per la gestione delle emergenze-urgenze, • per la gestione degli accessi vascolari, 		

Relazione di verifica dei requisiti previsti
nel Manuale di Autorizzazione delle strutture
che erogano prestazioni di Cure Domiciliari

	<ul style="list-style-type: none"> • per il corretto smaltimento dei rifiuti, ivi compresi quelli speciali, in conformità alla normativa vigente, • 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.); - che le procedure siano aggiornate con una periodicità almeno triennale e ogniqualvolta lo si renda necessario in base alle evidenze scientifiche; - che le procedure siano diffuse agli operatori 		
3.2.10 AU – Integrazione professionale	<ul style="list-style-type: none"> - 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; - che siano definiti ed applicati strumenti per il passaggio delle consegne; 		
3.2.11 AU – Valorizzazione e sostegno alla famiglia	<ul style="list-style-type: none"> - 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); 		
3.2.12 AU- Valorizzazione della partecipazione della persona assistita	<ul style="list-style-type: none"> - 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; 		
3.2.13 AU – Materiate informativo	<ul style="list-style-type: none"> - 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"> • prestazioni erogate, 		



Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari


	<ul style="list-style-type: none"> • modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari, • target di popolazione assistita, • orari, • tariffe praticate, • contatti, • modalità di presentare eventuali reclami; <p>- che la Carta dei Servizi sia facilmente accessibile per l'utenza;</p> <p>- che la Carta dei Servizi venga aggiornata con cadenza biennale;</p>		
3.2.14 AU – Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi	che vengano definiti strumenti per la raccolta dei reclami, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento;		
3.2.15 AU – Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	<p>- che venga definito un documento con criteri, indicatori e modalità per la valutazione della qualità dei servizi erogati e che garantisca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • che vengano adottate modalità di valutazione della soddisfazione da parte dell'utente; • che venga favorita la partecipazione del personale allo svolgimento di attività di valutazione clinica (audit); <p>- Le organizzazioni pubbliche adottano gli indicatori relativi agli obiettivi declinati a livello regionale nel periodo di esercizio.</p>		

TELEMEDICINA

1 - TELEVISITA

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

N.P.	REQUISTO	RISPOSTA	C: Conforme P: Prescrizione
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		

 <p>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</p>	<p>Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p>Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari</p>	
--	---	--

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.	REQUISTO	RISPOSTA	C: Conforme P: Prescrizione
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"> - indicazione di eventuali collaboratori partecipanti alla televisita (es.: caregiver o medico); - 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		



Relazione di verifica dei requisiti previsti
nel Manuale di Autorizzazione delle strutture
che erogano prestazioni di Cure Domiciliari

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: - in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi; - come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente; - quali strutture e professionisti saranno coinvolti; - quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità; - 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; - quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile; - quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati.		
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		

 <p>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</p>	<p>Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p>Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari</p>	
--	---	--

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	RISPOSTA	C: Conforme P: Prescrizione
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	C: Conforme P: Prescrizione
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	<p>Rispetto della normativa vigente in materia di privacy e sicurezza.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi; - come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente; - quali strutture e professionisti saranno coinvolti; - quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità; - 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; - quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile; 		

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari	
---	---	--

	- quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati.		
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.	REQUISTO	RISPOSTA	C: Conforme P: Prescrizione
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.	REQUISTO	RISPOSTA	C: Conforme P: Prescrizione
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		




Relazione di verifica dei requisiti previsti
nel Manuale di Autorizzazione delle strutture
che erogano prestazioni di Cure Domiciliari

5	<p>Rispetto della normativa vigente in materia di privacy e sicurezza.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi; - come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente; - quali strutture e professionisti saranno coinvolti; - quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità; - 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; - quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile; - quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati. 		
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.	REQUISTO	RISPOSTA	C: Conforme P: Prescrizione

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari	
---	---	--

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.	REQUISTO	RISPOSTA	C: Conforme P: Prescrizione
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"> - in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi; - come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente; - quali strutture e professionisti saranno coinvolti; - quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità; - 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; - quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile; - quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati. 		
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		

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari	
---	---	--

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.	REQUISTO	RISPOSTA	C: Conforme P: Prescrizione
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.	REQUISTO	RISPOSTA	C: Conforme P: Prescrizione
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	Rispetto della normativa vigente in materia di privacy e sicurezza. In particolare: - in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi; - come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente; - quali strutture e professionisti saranno coinvolti; - quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità; - quali sono gli estremi identificativi del/dei titolare/i del trattamento dei dati personali		

 <p>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</p>	<p>Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p>Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari</p>	
--	---	--

	e di almeno un responsabile se individuato, indicando le modalità per conoscere l'elenco aggiornato dei responsabili; - quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile; - quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati.		
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.	REQUISTO	RISPOSTA	C: Conforme P: Prescrizione
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.	REQUISTO	RISPOSTA	C: Conforme P: Prescrizione
------	----------	----------	--------------------------------

 <p>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</p>	<p>Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p>Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari</p>	
--	---	--

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. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in cosa consiste la prestazione, qual è il suo obiettivo, quali vantaggi si ritiene possa avere il paziente e quali gli eventuali rischi; - come verrà gestita e mantenuta l'informazione e chi avrà accesso ai dati personali e clinici del paziente; - quali strutture e professionisti saranno coinvolti; - quali saranno i compiti di ciascuna struttura e le relative responsabilità; - 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; - quali sono le modalità con cui rivolgersi al titolare o al responsabile; - quali sono i diritti dell'assistito ai propri dati. 		
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	<p>Presentazione di documentazione per le attività erogate a distanza per mezzo di sistemi digitali relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrizione; - controllo; - monitoraggio; - supervisione 		
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		

 <p>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</p>	<p>Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p>Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari</p>	
--	---	--

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		

 <p>AGENZIA REGIONALE SANITARIA</p>	<p>Agenzia Regionale Sanitaria Organismo Tecnicamente Accreditante</p> <p>Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari</p>	
--	---	--

4) GRIGLIA EVENTUALI PRESCRIZIONI

Tipologia Requisito	N° Requisito	Prescrizioni	Scadenza

Nota: l'evidenza dell'assolvimento delle prescrizioni nei tempi stabiliti dal verbale dovrà essere inviata al Coordinatore OTA.

CRONOPROGRAMMA SI No

Nota: se presente cronoprogramma (previsto solo per le strutture già in esercizio si riportano nella tabella prescrizioni le date previste per gli adeguamenti

Tipologia Requisito	N° Requisito	Adeguamento	Data

5) PRESCRIZIONI TELEMEDICINA

PRESTAZIONE	Data
<input type="checkbox"/> Televisita	
<input type="checkbox"/> Teleconsulto medico	
<input type="checkbox"/> Teleconsulenza medico-sanitaria	
<input type="checkbox"/> Teleassistenza da professioni sanitarie (infermiere/fisioterapista/logopedista/etc)	
<input type="checkbox"/> Telerefertazione	
<input type="checkbox"/> Teleriabilitazione	

NOTA:

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

6) 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 autorizzazione 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 autorizzazione;
- la parziale conformità dei requisiti applicabili previsti dal manuale di autorizzazione,
- l'assenza dei seguenti requisiti.....

Per quanto sopra esposto:

- si propone il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio
- si propone il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, con prescrizioni
- si propone il diniego all'autorizzazione all'esercizio

Firma del team leader: _____

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA	Agenzia Regionale Sanitaria <i>Organismo Tecnicamente Accreditante</i> Relazione di verifica dei requisiti previsti nel Manuale di Autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni di Cure Domiciliari	
---	---	--

7) 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											

TIPOLOGIA STRUTTURA	TARIFFA forfettaria per singolo valutatore	NUMERO VALUTATORI PER VISITA	
CURE DOMICILIARI	€ 540,00	2	<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.

