

ATTO DD 991/A1400A/2023

DEL 08/05/2023

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400A - SANITA' E WELFARE

OGGETTO: Deliberazione della Giunta Regionale del 12 settembre 2022, n. 22-5599. Cure domiciliari: approvazione dei requisiti integrativi, del procedimento per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale, dell'avviso pubblico e della modulistica per la presentazione delle istanze.

Premesso che:

- con l'art. 22 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”* vengono definite le cure domiciliari come l'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico, erogati a domicilio dei destinatari, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita;

- con Deliberazione della Giunta Regionale del 12 settembre 2022, n. 22-5599, avente ad oggetto *“Recepimento Intesa, art. 8, c. 6 della L. 131/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante “Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'art. 1, c. 406, della L. 178/2020” (151/CSR del 4 agosto 2021) – Primi indirizzi per l'attuazione”*, la Regione Piemonte, oltre al recepimento dell'Intesa, ha demandato alla Direzione Sanità e Welfare l'adozione ed eventuali aggiornamenti dei requisiti tecnici ed organizzativi contenuti negli allegati 1 e 2 all'Intesa sopra citata, ed ha affidato a successivo atto la definizione del tariffario regionale;

In particolare, la citata Deliberazione ha demandato alla Direzione Sanità e Welfare l'adozione dei provvedimenti necessari per attivare le procedure di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale degli operatori pubblici e privati che svolgono l'Assistenza Domiciliare Integrata, e l'eventuale aggiornamento dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale.

Successivamente il Decreto del Ministero della Salute 19 dicembre 2022 (*“Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie”*) ha definito, in attuazione delle disposizioni di cui agli articoli 8-*quater*, comma 7, e 8-*quinquies*, comma 1-*bis*, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i, così come modificati dall'art. 15, comma 1, lettere a) e b) della legge 5 agosto 2022, n. 118, nell'Allegato A, le verifiche per il rilascio dei nuovi accreditamenti, prevedendo ulteriori elementi rispetto ai requisiti di accreditamento definiti in coerenza con l'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, recepita con D.G.R. 28 giugno 2013, n. 9-6021, nell'allegato B), gli elementi di valutazione per la selezione di soggetti privati ai fini della stipula dei contratti, per quanto compatibili in

relazione alla tipologia di struttura considerata.

Ritenuto pertanto di:

1) approvare i requisiti integrativi per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture eroganti cure domiciliari, in aggiornamento a quelli già previsti con DGR del 12 settembre 2022, n. 22-5599 che, per completezza espositiva e facilità di consultazione, vengono riportati complessivamente nell'allegato **A**) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

2) richiamare, per le attività di prelievo svolte nell'ambito delle cure domiciliari, i requisiti previsti dalla D.D. n. 542 del 23 agosto 2018, nella quale sono definiti le linee di indirizzo sui requisiti tecnici per contenitori, mezzi di trasporto e tracciabilità dei campioni biologici;

3) approvare il procedimento e la relativa disciplina per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale degli operatori eroganti cure domiciliari, definiti nell'avviso pubblico di cui all'allegato **B**) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

4) approvare i modelli per la presentazione delle istanze di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale degli operatori eroganti cure domiciliari, ai sensi degli artt. 8 ter e 8 quater del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i, di cui agli allegati **C1** e **C2** al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

5) richiamare, per quanto concerne la sede operativa/organizzativa della struttura che fornisce servizi domiciliari qualora all'interno della stessa si intenda svolgere attività ambulatoriale/infermieristica aperta al pubblico in regime privatistico, i requisiti autorizzativi previsti dalla DCR del 22 febbraio 2000 n. 616-3149 e s.m.i. per le attività specialistiche ambulatoriali e riportati nell'allegato **D**) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, nonché i relativi procedimenti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e la conseguente applicazione di tutte le disposizioni normative in materia;

6) richiamare i requisiti, riportati nell'allegato **E**) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, previsti dalla DGR del 25 giugno 1990 n. 70-38747 per l'autorizzazione all'esercizio dei punti prelievo privati, nonché il relativo procedimento di autorizzazione all'esercizio di cui alla LR 5 novembre 1987 n. 55 e s.m.i., e la conseguente applicazione di tutte le disposizioni normative in materia di punti prelievo, ivi comprese le disposizioni contenute nella D.D. n. 542 del 23 agosto 2018, qualora nella sede operativa/organizzativa della struttura che fornisce servizi domiciliari sia esercitata l'attività aperta al pubblico ad essi riconducibile;

7) demandare alle Aziende Sanitarie Locali la definizione dei propri fabbisogni di cure domiciliari e, sulla base degli stessi, la sottoscrizione dei relativi contratti con le strutture autorizzate ed accreditate, ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., in conformità ai principi ordinamentali di trasparenza e concorrenza e agli elementi di cui all'allegato **B**) del Decreto Ministero della Salute del 19 dicembre 2022;

8) stabilire che la qualità di soggetto accreditato per l'erogazione di prestazioni domiciliari non costituisca alcun vincolo per il SSR a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi/contratti di cui all'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e smi;

9) di dare atto che, stante l'obiettivo di incremento dell'assistenza domiciliare fissato dal PNRR – Missione 6 – componente 1.2.1, l'elenco degli operatori accreditati è aperto e soggetto a continuo aggiornamento.

Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto, ai sensi della D.G.R. n.1-4046 del 17/10/2016, come modificata dalla D.G.R. n.1-3361 del 14 giugno 2021.

IL VICARIO DELLA DIREZIONE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- R.D. n. 1965 del 27 luglio 1934;
- D. Lgs. 502/1992 e smi;
- D.C.R. 616-3147 del 22 febbraio 2000 e smi;
- Decreto Ministero della Salute 19 dicembre 2022;

DETERMINA

1. di approvare i requisiti integrativi per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture eroganti cure domiciliari, in aggiornamento a quelli già previsti con DGR del 12 settembre 2022, n. 22-5599 che, per completezza espositiva e facilità di consultazione, vengono riportati complessivamente nell'allegato **A)** al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

2. di richiamare, per le attività di prelievo svolte nell'ambito delle cure domiciliari, i requisiti previsti dalla D.D. n. 542 del 23 agosto 2018, nella quale sono definiti le linee di indirizzo sui requisiti tecnici per contenitori, mezzi di trasporto e tracciabilità dei campioni biologici;

3. di approvare il procedimento e la relativa disciplina per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale degli operatori eroganti cure domiciliari, definiti nell'avviso pubblico di cui all'allegato **B)** al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

4. di approvare i modelli per la presentazione delle istanze di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale degli operatori eroganti cure domiciliari, ai sensi degli artt. 8 ter e 8 quater del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., di cui agli allegati **C1** e **C2** al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

5. di richiamare, per quanto concerne la sede operativa/organizzativa della struttura che fornisce servizi domiciliari, qualora all'interno della stessa si intenda svolgere attività ambulatoriale/infermieristica aperta al pubblico in regime privatistico, i requisiti autorizzativi previsti dalla DCR del 22 febbraio 2000 n. 616-3149 e s.m.i. per le attività specialistiche ambulatoriali e riportati nell'allegato **D)** al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, nonché i relativi procedimenti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e la conseguente applicazione di tutte le disposizioni normative in materia;

6. di richiamare i requisiti, riportati nell'allegato **E)** al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, previsti dalla DGR del 25 giugno 1990 n. 70-38747 per l'autorizzazione all'esercizio dei punti prelievo privati, nonché il relativo procedimento di autorizzazione all'esercizio di cui alla LR 5 novembre 1987 n. 55 e s.m.i., e la conseguente applicazione di tutte le disposizioni normative in materia di punti prelievo, ivi comprese le disposizioni contenute nella DD n. 542 del 23 agosto 2018, qualora nella sede operativa/organizzativa della struttura che fornisce servizi domiciliari sia esercitata l'attività aperta al pubblico ad essi riconducibile;

7. di demandare alle Aziende Sanitarie Locali la definizione dei propri fabbisogni di prestazioni domiciliari e, sulla base degli stessi, la sottoscrizione dei relativi contratti con le strutture autorizzate ed accreditate, ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., in conformità ai principi ordinamentali di trasparenza e concorrenza e agli elementi di cui all'allegato **B)** del Decreto Ministero della Salute del 19 dicembre 2022;

8. di stabilire che la qualità di soggetto accreditato per l'erogazione di cure domiciliari non costituisca alcun vincolo per il SSR a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi/contratti di cui all'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e smi;

9. di dare atto che, stante l'obiettivo di incremento dell'assistenza domiciliare fissato dal PNRR – Missione 6 – componente 1.2.1, l'elenco degli operatori accreditati è aperto e soggetto a continuo aggiornamento;

10. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

IL VICARIO DELLA DIREZIONE
Firmato digitalmente da Franco Ripa

Allegato A)

da Deliberazione della Giunta Regionale del 12 settembre 2022, n. 22-5599

ALLEGATO 1 “ REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI, GENERALI E SPECIFICI, PER L’AUTORIZZAZIONE ALL’ESERCIZIO DEGLI OPERATORI PUBBLICI E PRIVATI EROGATORI DI CURE DOMICILIARI ”

Ai sensi del D.lgs. 502/92 e s.m.i., i requisiti di autorizzazione sono minimi, in quanto considera essenziali ed obbligatori per ogni organizzazione pubblica o privata che intenda erogare un’attività sanitaria, a garanzia della sicurezza delle cure per la persona assistita e la sua famiglia, con un sistema di organizzazione e di erogazione delle attività che va rapportato alle caratteristiche e alla complessità dell’assistenza svolta.

REQUISITI SOGGETTI DEGLI OPERATORI

NB: NON SI APPLICA AI SINGOLI PROFESSIONISTI

1. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI

L’EROGATORE DELLE CURE DOMICILIARI:

1.1 AU - Sede organizzativa e operativa

- 1.1.1. dispone almeno di una sede organizzativa, che può coincidere con una sede operativa, nell’ambito del territorio regionale;
- 1.1.2. la sede organizzativa svolge funzioni di centro organizzativo del servizio di cure domiciliari, di segreteria per informazioni e comunicazioni (call center), di raccolta di suggerimenti e reclami;
- 1.1.3. nel caso di più sedi operative dislocate sul territorio nel rispetto dei criteri di prossimità, le sedi sono collegate tra loro in relazione alla distribuzione degli interventi territoriali.

1.2 AU - Locali e spazi della sede organizzativa e operativa

- 1.2.1. dispone di locali e spazi quali:
 - per la sede organizzativa
 - un locale per l’organizzazione dei servizi, le attività amministrative e di segreteria (*call center*) 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.
 - per la sede operativa
 - un locale/spazio (es. armadi) ad uso deposito del materiale pulito/magazzino sanitario da gestire in conformità alle norme in materia di tenuta dei farmaci e dei presidi sanitari;
 - un locale/spazio (es. armadi) per deposito del materiale sporco, con uno spazio delimitato adibito al lavaggio, nonché alla sterilizzazione dei materiali laddove non venga utilizzato solo materiale monouso o non ci si 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 della documentazione sanitaria;
 - servizi igienici per il personale;
 - servizi igienici per gli utenti, attrezzata per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico.

Tutti i locali devono essere in possesso dei requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente, nonché di licenza di abitabilità ed uso ai sensi del D.P.R. 380/2001 e s.m.i.

2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI TECNOLOGICI

In funzione dei livelli di attività erogata, l'EROGATORE garantisce:

2.1 AU - Automezzi

- 2.1.1. disponibilità di mezzi di trasporto idonei a garantire la mobilità degli operatori e delle attività organizzative di supporto;
- 2.1.2. conformità dei mezzi di trasporto alla normativa vigente (copertura assicurativa e altro);
- 2.1.3. presenza di un programma di controllo e manutenzione periodica dei mezzi;

2.2 AU - Apparecchiature

- 2.2.1. presenza di tutte le attrezzature, i dispositivi medici e le apparecchiature elettromedicali, conformi alla normativa vigente, necessari a garantire l'erogazione delle rispettive prestazioni domiciliari erogate;
- 2.2.2. la dotazione minima delle apparecchiature, che deve essere sottoposta a verifiche periodiche, comprende: stetoscopi, sfigmomanometri, glucometri, saturimetri, aspiratori.

2.3 AU – Dotazioni telefoniche ed informatiche

- 2.3.1. adozione presso la sede organizzativa e/o operativa di un sistema informatico utile all'organizzazione dell'assistenza, specifico per l'attività nei diversi livelli assistenziali e che consenta l'immediata individuazione del fascicolo delle persone assistite e il controllo aggiornato del profilo di assistenza;
- 2.3.2. presenza dei supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e di un sistema integrato di telecomunicazione e tecnologie audio-video con i relativi software, per creare, elaborare, archiviare, proteggere e scambiare dati elettronici comprese le prestazioni di telemedicina;

2.4 AU - Dispositivi di protezione individuale

- 2.4.1. presenza del Documento di Valutazione dei rischi ai sensi della vigente normativa e assegnazione dei dispositivi di protezione individuale agli operatori;

2.5 AU - Dotazioni per smaltimento rifiuti speciali

- 2.5.1. presenza delle dotazioni necessarie per lo smaltimento dei rifiuti speciali come previsto dalla normativa vigente;

2.6 AU - Contenitori per campioni biologici

- 2.6.1. presenza dei contenitori per il trasporto dei campioni biologici a norma di legge;

2.7 AU - Borse attrezzate

- 2.7.1. presenza delle borse per il personale sanitario, dotate del materiale necessario per l'attività da svolgere;
- 2.7.2. presenza dello zaino per la gestione delle emergenze;

2.8 AU - Gestione e manutenzione di attrezzature/apparecchiature

- 2.8.1. dimostrazione della 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;
- 2.8.2. 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;
- 2.8.3. dimostrazione del aver assolto all'obbligo di addestramento, del personale coinvolto nell'utilizzo delle attrezzature e dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, opportunamente documentato.

3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI

3.1 AU - Responsabilità e personale

L'EROGATORE garantisce:

3.1.1.1. la responsabilità complessiva dell'Organizzazione stessa è affidata a un direttore sanitario. Tale figura è responsabile del mantenimento dei requisiti sanitari previsti e della verifica di qualità degli interventi svolti, della corretta gestione (acquisizione, stoccaggio, distribuzione, utilizzo e di manutenzione) di tutto il materiale sanitario/presidi/attrezzature/apparecchiature, della sorveglianza sulla valutazione del personale e sulla documentazione sanitaria da questi redatta, della gestione del rischio clinico, della definizione delle modalità di comunicazione e raccordo con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera Scelta, nonché con gli Specialisti di riferimento;

3.1.1 AU – Responsabilità dell'Organizzazione

3.1.1.2. sono garantite le funzioni di coordinamento e responsabilità clinica, infermieristica e amministrativa;

3.1.1.3. presenza del registro di presa in carico per cure domiciliari che provi che sia garantita la continuità della presa in carico per tutta la durata dell'assistenza, coerentemente con il Piano Assistenziale.

3.1.2 AU – Dotazione di personale

3.1.2.1. dotazione di personale, in termini numerici e di figure professionali coinvolte, proporzionata alla tipologia di attività che intende erogare integrando fra di loro le diverse figure professionali, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione, OSS e le altre figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI;

3.1.3 AU - Requisiti per il personale (titoli e formazione)

3.1.3.1 tutte le figure professionali sono in possesso dei requisiti necessari per svolgere la professione corrispondente, secondo la normativa vigente (titoli, eventuali abilitazioni, iscrizioni ad Albi ed Ordini professionali);

3.1.3.2. è effettuata la verifica dei titoli in possesso degli operatori con la verifica che siano rispettati gli obblighi normativi di formazione continua per tutti i professionisti sanitari;

3.1.3.3. sia verificata la formazione in merito a:

- procedure interne organizzative,
- procedure operative adottate (in funzione del profilo),
- umanizzazione delle cure e qualità delle relazioni,
- certificazione BLS (primo soccorso con l'impiego di defibrillatore semiautomatico) aggiornata,
- sicurezza sul lavoro,
- gestione del rischio clinico;

3.1.3.4 che esista evidenza della formazione;

3.1.3.5 che documenti l'effettuazione di programmi di formazione per il nuovo personale.

3.1.3.6 che le figure professionali siano iscritte agli ordini, collegi ed albi professionali, con evidenza del mantenimento di tale iscrizione nel tempo

INTEGRATIVO

3.1.4 AU - Elenco degli operatori e fascicolo personale

- 3.1.4.1. che sia presente, conservato e regolarmente aggiornato un elenco del personale impiegato, che riporti:
- la tipologia e il numero delle figure professionali, il possesso dei relativi requisiti professionali,
 - la tipologia del rapporto di lavoro;
- 3.1.4.2. che sia data evidenza della turnazione del personale;
- 3.1.4.3. 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;
- 3.1.4.4. che sia costituito un fascicolo, anche in formato elettronico, relativo a ciascun operatore che presta attività, composto da:
- curriculum formativo aggiornato e la relativa documentazione,
 - attestazioni della formazione continua obbligatoria,
 - attestato di idoneità 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 BLS, D, A,
 - attestazione della formazione sulle procedure interne all'Organizzazione,
 - possesso della patente di guida adeguata all'eventuale veicolo utilizzato ai fini dell'attività erogata;
- 3.1.4.5. che il fascicolo personale degli operatori sia conservato nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali.

3.1.5 AU - Regolarità del rapporto di lavoro

INTEGRATIVO

- 3.1.5.1. nei confronti del proprio personale:
o il personale dipendente dalla struttura assunto alle condizioni previste dai vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del comparto di riferimento
- 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 antinfortuniste, previdenziali ed assistenziali;
 - l'applicazione della normativa in merito alla responsabilità civile in ambito sanitario;

3.1.6 AU - Identificabilità degli operatori

- 3.1.6.1. l'utilizzo di strumenti per l'identificazione degli operatori nel rispetto della normativa sulla privacy (cartellino di riconoscimento riportante almeno: nome e cognome dell'operatore, ruolo, logo e nome dell'Organizzazione stessa).

3.2 AU - Procedure e gestione dell'attività Procedure e gestione dell'attività

L'Erogatore assicura:

3.2.1 AU Tipologia di prestazioni e di servizi erogati

- 3.2.1.1. che siano definiti:
- il catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati,
 - le modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari,
 - la gestione delle eventuali urgenze;
- 3.2.1.2. che sia redatta la Carta dei Servizi (*si veda punto 3.2.13*);
- 3.2.1.3. che siano indicate le modalità di utilizzo di eventuali servizi sanitari erogati a distanza (telemedicina);

3.2.2 AU - Garanzia attività

3.2.2.1. che l'attività amministrativa sia garantita per almeno 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) e quella sanitaria su 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per le cure domiciliari di base e di 1° livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di 2° e 3° livello

3.2.3 AU – Regolamento interno

3.2.3.1. che venga predisposto un Regolamento interno in cui siano definite:

- le funzioni e le responsabilità di tutte le figure professionali in relazione alla tipologia di attività svolta,
- le modalità di espletamento del servizio,
- l'equipaggiamento del personale di assistenza, compreso l'abito professionale,
- i sistemi di comunicazione;

3.2.3.2. che venga definito un organigramma/funzionigramma;

3.2.4 AU – Gestione del Rischio Clinico (RC)

3.2.4.1. che venga effettuata la valutazione del rischio clinico, in relazione alla tipologia e al livello dell'attività svolta e, in base alla valutazione, vengano stabilite le azioni di migrazione del rischio, le relative procedure e il monitoraggio;

3.2.4.2. che la valutazione dei rischi includa le Infezioni Correlate all'Assistenza;

3.2.4.3. che tutto il personale venga formato sul rischio clinico;

3.2.4.4. che sia elaborato un piano per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza degli operatori e delle persone assistite, che comprenda anche la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e definisca ruoli, responsabilità, monitoraggio, verifiche e formazione dedicata;

3.2.5 AU - Procedure scritte sul percorso di cura

3.2.5.1. che, in funzione delle tipologie di cure domiciliari, siano definite procedure scritte in merito a:

- modalità e strumenti di gestione della valutazione del bisogno attraverso strumenti validati,
- definizione del Piano di assistenza 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;

3.2.6 AU – Documentazione sanitaria

3.2.6.1. che per ogni persona assistita sia utilizzato un fascicolo sanitario domiciliare, possibilmente informatizzato (semplificato per le cure domiciliari di base) e periodicamente aggiornato, contenente i dati relativi alla persona assistita e all'attività, tra cui almeno:

- i dati anagrafici,
- il caregiver,
- la data di inizio delle cure domiciliari,
- gli operatori di riferimento,
- la diagnosi,
- gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es. allergia, caduta),
- il consenso informato,
- gli strumenti di valutazione utilizzati,
- il piano di trattamento (in relazione all'attività svolta) completo di eventuali aggiornamenti,
- le prestazioni erogate,
- l'eventuale necessità di ausili e/o presidi,
- le verifiche,
- i risultati raggiunti,
- la data e la motivazione della chiusura del piano assistenziale;

- 3.2.6.2. che, per tutte le tipologie assistenziali, presso il domicilio della persona assistita, sia disponibile il diario assistenziale contenente, per ogni accesso:
- o data e ora,
 - o operatore/i,
 - o prestazioni svolte,
 - o firma dell'operatore.
- 3.2.6.3. che il diario assistenziale sia sottoscritto dal paziente o dal caregiver per presa atto degli interventi

3.2.7 AU - Modalità di trattamento dei dati e privacy

- 3.2.7.1. 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;
- 3.2.7.2. che il sistema di archiviazione della documentazione sanitaria consenta un rapido accesso ai dati da parte degli operatori coinvolti nel processo di cura;

3.2.8 AU - Gestione di farmaci/presidi medico – chirurgici/prodotti nutrizionali

- 3.2.8.1. 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;
- 3.2.8.2. che la documentazione relativa alle verifiche sia disponibile e correttamente conservata;
- 3.2.8.3. che i presidi e i dispositivi soddisfino le caratteristiche di corretta conservazione, sanificazione e manutenzione, facile trasportabilità e sicurezza nel trasporto e che siano contrassegnati con marchio CE qualora previsto;

3.2.9 AU – Procedure specifiche

- 3.2.9.1. che siano disposte procedure:
- 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 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,
 - per il corretto smaltimento dei rifiuti, ivi compresi quelli speciali, in conformità alla normativa vigente,
 - altre procedure specifiche relative all'attività svolta (ad e. 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.);
- 3.2.9.2. che le procedure siano aggiornate con una periodicità almeno triennale;
- 3.2.9.3. che le procedure siano diffuse agli operatori;

3.2.10 AU – Integrazione professionale

- 3.2.10.1. che gli operatori integrino i propri interventi ed effettuino il trasferimento reciproco delle informazioni, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi del Piano di assistenza individuale, alimentando il fascicolo di cui al punto 3.2.6;
- 3.2.10.2. che siano definiti ed applicati strumenti per il passaggio delle consegne;

3.2.11 AU - Valorizzazione e sostegno alla famiglia

- 3.2.11.1. 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

- 3.2.12.1. che venga garantita la partecipazione della persona assistita nel processo di cura (*Empowerment*) attraverso momenti formalizzati nel piano assistenziale individuale e registrati nel diario assistenziale;

3.2.13 AU – Materiale informativo

3.2.13.1. che venga redatta e periodicamente aggiornata una Carta dei Servizi, conforme alla normativa vigente, contenente informazioni relative almeno a:

- prestazioni erogate,
- modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari,
- target di popolazione assistita,
- orari,
- tariffe praticate che non possono superare i massimali regionali,
- contatti,
- modalità di presentare eventuali reclami;

3.2.13.2. che la Carta dei Servizi sia facilmente accessibile per l'utenza;

3.2.14 AU - Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi

3.2.14.1. 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

3.2.15.1. che venga definito un documento con criteri e modalità per la valutazione della qualità dei servizi erogati;

3.2.15.2. che venga favorita la partecipazione del personale allo svolgimento di attività di valutazione (audit);

3.2.15.3. che vengano adottate modalità di valutazione della soddisfazione da parte dell'utente.

ALLEGATO 2 “ REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI ”

Critero 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”*

Requisito disciplinare AC

1.1 AC: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

1.2 AC: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali

L'Erogatore:

1.1.1. approva 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;

1.2.1. svolge le proprie attività coordinandosi con le reti assistenziali previste dalla normativa regionale, secondo le modalità previste dall'Azienda sanitaria locale di riferimento, tra cui la rete delle cure palliative, la rete della terapia del dolore, la rete delle cure palliative e della terapia del dolore pediatrica;

1.3 AC: Definizione delle responsabilità

- 1.3.1. definisce il proprio organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni,
- 1.3.2. dispone di una pianta organica in cui sono riportati i nominativi del personale in servizio, la tipologia di rapporto di lavoro, la qualifica e le competenze specifiche secondo quanto previsto dal modello regionale;
- 1.3.4. definisce le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale;
- 1.3.5. elabora e adotta un regolamento del personale;

1.4 AC: Presa in carico

- 1.4.1. adotta strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti;
- 1.4.2. garantisce che il Piano di Assistenza Individuale sia redatto dall'apposita unità di valutazione multidimensionale ai sensi dell'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017;
- 1.4.3. garantisce che il Piano di Assistenza Individuale sia puntualmente aggiornato dall'*équipe* di cura in relazione alla modifica dei bisogni;
- 1.4.5. garantisce che il Piano di Assistenza Individuale contenga:
 - la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali;
 - l'identificazione degli obiettivi di salute;
 - la pianificazione delle attività;
 - la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare;
 - le figure professionali coinvolte e il referente del caso;
 - il caregiver della persona assistita
 - gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica dei bisogni;
- 1.4.6. verifica che le attività previste vengano effettuate;

1.5 AC: Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)

- 1.5.1. adotta, coerentemente con quanto previsto dall'articolo 22 del DPCM 12 gennaio 2017 in merito ai livelli di intensità assistenziale, il *fascicolo sanitario domiciliare* informatizzato, integrato secondo standard di interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico e periodicamente aggiornato, che comprenda, oltre a quanto previsto dal requisito autorizzativo 3.2.6 A.U.:
 - il PAI con tutti gli elementi descritti al punto 1.4;
 - le conclusioni del colloquio di presa in carico;
 - elementi di rischio specifici del paziente;
 - le attività e le prestazioni erogate;
 - le rivalutazioni periodiche e i relativi esiti;
 - la data e le motivazioni della chiusura del PAI;
 - il documento di dimissione;
- 1.5.2. garantisce la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del *diario assistenziale* che deve contenere, in conformità con il requisito autorizzativo 3.2.6 A.U., la parte della valutazione, della pianificazione, i tempi di durata del PAI e le modalità di verifica, le modalità di dimissione, la tracciabilità degli operatori che hanno effettuato valutazioni e prestazioni;
- 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;
- 1.5.4. assicura la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività e prestazioni erogate;
- 1.5.5. fornisce i dati all'azienda sanitaria per le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIAD-NSIS), laddove previsto;
- 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;

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

- 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;
- 1.6.2. il piano per il miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi;
- 1.6.3. relaziona annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.

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

Requisito disciplinare AC

L'Erogatore:

2.1 AC: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati

- 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);
- 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 dei pazienti, le modalità erogative, le modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari e la gestione delle urgenze. La Carta dei servizi deve indicare, altresì, le modalità e la tempistica per l'accesso alla documentazione sanitaria nonché le modalità di verifica per il miglioramento continuo della qualità.
- 2.1.3. aggiorna la Carta dei Servizi periodicamente e ogni qualvolta intervengano modifiche sostanziali nell'erogazione dei servizi;

2.2 AC: Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

- 2.2.1. assicura la presa in carico dei pazienti 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;
- 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;
- 2.2.4. adotta un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria;

2.3 AC: Continuità assistenziale

- 2.3.1. assicura la continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nei PAI;
- 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;
- 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;
- 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;

2.4 AC: Monitoraggio e valutazione

- 2.4.1. effettua l'analisi di eventi avversi, incidenti, *near misses* accaduti durante la cura, anche tramite audit, e adotta modalità per dare evidenza dei risultati agli operatori;
- 2.4.2. 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;
- 2.4.3. mette in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate;
- 2.4.4. adotta un sistema di monitoraggio e di valutazione quali-quantitativa delle attività erogate, in particolare in merito ai criteri di eleggibilità del paziente, di presa in carico e di continuità assistenziale, in aderenza alle indicazioni e agli indicatori previsti dalle Regioni;
- 2.4.5. adotta modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività;

2.5 AC: Modalità di gestione della documentazione sanitaria

- 2.5.1. adotta procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo;
- 2.5.2. analizza i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive;
- 2.5.3. formalizza e attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.

Critério 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";

Requisito disciplinare AC

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

- 3.1.3. dispone di una sede operativa sita nel territorio della Azienda sanitaria nella quale si esercita l'attività domiciliare;
- 3.1.2. è dotato di una segreteria operativa che garantisca la continuità del servizio, in coerenza con quanto previsto al punto 3.2.2 AU dei requisiti organizzativi;
- 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);
- 3.1.4. assicura la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro.

3.2 AC: Contattabilità telefonica

- 3.2.1. garantisce:
 - 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),
 - la dotazione di un telefono mobile per ogni operatore, che possa fungere anche da strumento informatico per la trasmissione dei dati;

3.3 AC: Dotazioni Informatiche

- 3.3.1. garantisce la presenza nella sede operativa di una dotazione informatica con:
 - personal computer* dedicati all'attività,
 - almeno una stampante dedicata all'attività,
 - una connessione *internet*,
 - 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 (telemedicina), specifiche per le tipologie di prestazioni che si intendono effettuare in tali modalità (telemonitoraggio; telecontrollo medico; teleassistenza e altro), ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 e delle normative vigenti;

3.4 AC: Dotazione di materiali sanitari

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;

3.4.2. si attiene alle modalità aziendali della erogazione per i farmaci, le apparecchiature elettromedicali e i presidi necessari all'attività domiciliare.

ALLEGATO 2 “ REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI ”

Critero 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”

Requisito disciplinare AC

4.1 AC: Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica

4.1.1. garantisce l'individuazione di un responsabile della formazione;

4.1.2. garantisce la definizione di un piano annuale di formazione che preveda la rilevazione dei fabbisogni formativi, la programmazione delle attività formative, la valutazione dell'efficacia delle stesse e della soddisfazione da parte del personale;

4.1.3. cura la formazione negli ambiti specifici richiamati ai punti 4.2 (nuovo personale), 6.2 (procedure), 8.1 (umanizzazione);

4.2 AC: Inserimento e addestramento di nuovo personale

4.2.1. mette in atto un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il nuovo personale;

4.2.2. formalizza e mette in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti;

4.2.3. adotta e mette in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale per il nuovo personale entro il 1° anno;

4.2.4. prevede una valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento;

4.3 AC: Valutazione del personale

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.

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

L'Erogatore:

Requisito disciplinare AC

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

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

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

5.4 AC: Coinvolgimento delle persone assistite, dei suoi familiari e *caregiver* nelle scelte clinico-assistenziali

5.5 AC: Modalità di ascolto delle persone assistite

ALLEGATO 2 " REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI "

Critério 6 Appropriatazza 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 disciplinare AC

L'Erogatore:

5.1.1. mette in atto meccanismi operativi che favoriscano la comunicazione tra gli operatori del servizio e azioni per un eventuale miglioramento, anche con la programmazione e l'effettuazione di regolari riunioni di *equipe*;

5.2.1. effettua indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori;

5.2.2. facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità;

5.3.1. attua una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/*caregiver*;

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;

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;

5.4.2. garantisce che la persona assistita e i familiari/*caregiver* siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale;

5.4.3. garantisce che venga prevista una rivalutazione periodica del Piano di assistenza individuale (PAI), condivisa con le persone assistite, i familiari/*caregiver* e il Medico di medicina generale o il Pediatra di libera scelta;

5.4.4. mette in atto un sistema per la valutazione dell'efficacia delle modalità di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/*caregiver* anche mediante l'utilizzo dei dati derivanti dalla gestione dei reclami e dall'elaborazione degli esiti della rilevazione su soddisfazione ed esperienza degli utenti;

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;

5.5.2. acquisisce il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) del paziente in conformità alla normativa vigente e secondo le procedure approvate dall'Azienda sanitaria di riferimento;

5.5.3. prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (*Customer satisfaction*) anche in funzione delle disposizioni regionali.

L'Erogatore:

6.1 AC: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche

- 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 Pracce (EBP)*, corredata 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;

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

- 6.2.1. applica procedure operative uniformi sulla base delle attività svolte, formulate attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura e 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:
- prevenzione e gestione delle lesioni da pressione,
 - prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione,
 - prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio),
 - somministrazione delle terapie farmacologiche,
 - somministrazione della terapia trasfusionale,
 - valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale,
 - gestione di cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici e cateteri venosi,
 - valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario;
- 6.2.2. garantisce il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale);

6.3 AC: Programma per la gestione del rischio clinico

- 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*, che deve essere rivalutato in sede di rilascio e di rinnovo dell'accreditamento, in cui vengono definiti gli obiettivi, le attività per la riduzione dei rischi e gli indicatori per il monitoraggio,
- 6.3.2. definisce le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico.

Criterion 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”;

Requisito disciplinare AC

7.1 AC: Progetti di miglioramento

7.2 AC: Adozione di iniziative di innovazione

Criterion 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”.

Requisito disciplinare AC

8.1 AC: Programmi per l’umanizzazione delle cure

L’Erogatore:

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.

7.2.1. predispone 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.

L’Erogatore:

8.1.1. garantisce la presenza di una costante formazione del personale centrata sulla qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari/*caregiver* nonché sulle abilità procedurali di *counseling* (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di “cattive notizie”);

8.1.2. attua modalità concordate con l’Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili;

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.

- AVVISO PUBBLICO -

**PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E
L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DI STRUTTURE EROGANTI CURE
DOMICILIARI**

In esecuzione della Deliberazione della Giunta Regionale del 12 settembre 2022, n. 22-5599, e della Determinazione della Direzione Sanità n. del della quale il presente avviso costituisce parte integrante e sostanziale, per i fini di cui all'oggetto è emesso il presente avviso pubblico, rivolto ad aprire l'offerta di cure domiciliari, in attuazione delle vigenti norme.

1. AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

1.1 Presentazione istanza, verifica dei requisiti previsti, conclusione del procedimento

Le strutture interessate ad offrire cure domiciliari in esclusivo regime privatistico possono richiedere l'autorizzazione all'esercizio, compilando in ogni parte il modulo, allegato C1) alla sopra citata Determinazione regionale, seguendo le procedure definite dal presente avviso.

I requisiti per l'autorizzazione all'esercizio di cure domiciliari sono indicati nell'allegato A) del provvedimento che approva il presente avviso.

Le verifiche sul possesso e sul mantenimento dei requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio avvengono a cura della Commissione di Vigilanza dell'ASL territorialmente competente per il territorio nel quale l'erogatore intende farsi autorizzare. Nel caso in cui l'erogatore intenda farsi autorizzare su più ambiti territoriali le verifiche sono effettuate dalla Commissione di vigilanza dell'A.S.L. prevalente come dimensione territoriale.

In ogni caso, le AA.SS.LL. nell'ambito delle quali viene reso il servizio domiciliare possono effettuare in ogni tempo ispezioni e controlli sull'erogazione del medesimo.

Qualora le attività sanitarie che si intendono esercitare al domicilio del paziente vengano erogate anche presso la sede operativa/organizzativa della struttura, il loro svolgimento in regime ambulatoriale è soggetto ad autorizzazione specifica rilasciata dagli enti titolari della funzione autorizzativa, rispettivamente Regione e Comune, ciascuno per le branche specialistiche di propria competenza e le verifiche sulla sussistenza dei requisiti autorizzativi sono svolte dalla ASL di riferimento territoriale. Per i requisiti autorizzativi occorre fare riferimento ai seguenti atti regionali:

- per l'attività ambulatoriale/infermieristica, ai requisiti contenuti nella Deliberazione del Consiglio Regionale del 22 febbraio 2000, n. 616-3149 e smi relativi all'assistenza specialistica in regime ambulatoriale, requisiti riportati all'allegato D) dell'atto regionale di approvazione del presente avviso;
- per l'attività di punto prelievo, ai requisiti contenuti nella D.G.R. 25.06.1990, n. 70-38747 e riportati all'allegato E) dell'atto regionale di approvazione del presente avviso e, con riferimento alle modalità di conservazione e trasporto dei campioni, alle disposizioni di cui alla D.D. 23 agosto 2018, n. 542.

Il modulo dell'istanza di autorizzazione all'esercizio deve essere compilato in ogni punto e sottoscritto dal Legale Rappresentante della struttura, ed inviato all'indirizzo PEC del Settore "Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari":

regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

specificando in oggetto: "**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI CURE DOMICILIARI**" e inviato contestualmente, per conoscenza, alle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti.

Il procedimento di rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, a seguito dell'esito positivo della verifica sul possesso dei requisiti, ivi compresi i requisiti soggettivi (inesistenza di cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del D.lgs. n. 159 del 6 settembre 2011 e s.m.i. per i soggetti interessati e assenza di condanne penali in capo al rappresentante legale della struttura e agli amministratori), si conclude a cura del Settore regionale competente nei termini stabiliti dalla DGR 12 settembre 2022, n. 22-5599.

Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio consente all'operatore di erogare cure domiciliari in regime esclusivamente privatistico, senza oneri a carico del Sistema Sanitario Regionale.

Il provvedimento di autorizzazione della struttura per lo svolgimento di cure domiciliari verrà trasmesso alle Aziende Sanitarie territorialmente competenti per sede operativa/organizzativa e di erogazione delle prestazioni.

2. ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

2.1 Presentazione istanza, verifica dei requisiti previsti, conclusione del procedimento

Le strutture interessate allo svolgimento di cure domiciliari in accreditamento istituzionale devono compilare in ogni sua parte il modello di istanza di cui all'allegato C2) all'atto di approvazione del presente avviso, che comprende la richiesta contestuale di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale, specificando altresì i territori delle Aziende Sanitarie Locali nei quali si intende erogare il servizio.

Il modulo dell'istanza di accreditamento istituzionale deve essere compilato in ogni punto e sottoscritto dal Legale Rappresentante della struttura, ed inviato **entro il trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte**, all'indirizzo PEC del Settore "Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari":

regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

specificando in oggetto: "**RICHIESTA ACCREDITAMENTO CURE DOMICILIARI**" e inviato contestualmente, per conoscenza, alle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti.

Si fa presente che l'elenco delle strutture accreditate potrà essere in ogni tempo aggiornato in esito alla presentazione, anche successivamente alla scadenza del termine sopra indicato, di nuove istanze di accreditamento in conformità alla modulistica allegata.

La verifica dei requisiti previsti dalle vigenti disposizioni per l'accreditamento dell'attività domiciliare, di cui all'allegato A) dell'atto regionale di approvazione del presente avviso, avviene a cura dell'Organismo Tecnicamente Accreditante, anche con verifiche congiunte della Commissione di vigilanza dell'ASL che ne valuta i requisiti autorizzativi.

Il procedimento di accreditamento istituzionale, a seguito dell'esito positivo della verifica sul possesso dei requisiti, ivi compresi i requisiti soggettivi (inesistenza di cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del D.lgs. n. 159 del 6 settembre 2011 per i soggetti interessati e assenza di condanne penali in capo al rappresentante legale della struttura e agli amministratori), si conclude a cura del Settore regionale competente nei termini stabiliti dalla DGR 12 settembre 2022, n. 22-5599.

2.2 Stipulazione di contratti e remunerazione delle prestazioni

Le Aziende Sanitarie possono stipulare accordi/contratti con le strutture accreditate per l'acquisizione di prestazioni domiciliari ai sensi dell'articolo 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. in base alle loro necessità e disponibilità finanziarie, in conformità ai principi ordinamentali di trasparenza e concorrenza e agli elementi di cui all'allegato B) del Decreto Ministero della Salute del 19 dicembre 2022.

Le tariffe applicate per la remunerazione delle cure domiciliari sono approvate con specifico provvedimento regionale.

La partecipazione al presente avviso per il conseguimento dell'accreditamento istituzionale e la qualità di soggetto accreditato, non costituiscono vincolo nei confronti delle Aziende Sanitarie

Locali a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi/contratti di cui all'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e smi.

3. STATUS DI SOGGETTO ACCREDITATO

Lo status di soggetto accreditato comporta il rispetto delle norme vigenti nell'ordinamento nazionale (in particolare Legge n. 662/1996, art. 1 comma 5; Legge 30 dicembre 1991, n. 412, art. 4 comma 7; Legge 448/1998, art. 72 comma 7) e regionale, e delle fonti contrattuali, anche relative all'incompatibilità del personale sanitario utilizzato; più precisamente, l'attività libero-professionale da parte del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale non può essere svolta presso strutture sanitarie private accreditate, anche parzialmente.

Il provvedimento di accreditamento istituzionale della struttura per lo svolgimento di cure domiciliari verrà trasmesso alle Aziende Sanitarie territorialmente competenti per sede operativa/organizzativa e di erogazione delle prestazioni.

marca da bollo
(ai sensi della
normativa vigente,
salvo eventuali
esclusioni previste)

**MODELLO DI DOMANDA PER
L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO**

PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI
(da compilare a cura del Legale Rappresentante della Ditta/Impresa/Società/Ente richiedente)

Alla Direzione Sanità e Welfare
Settore Rapporti con erogatori sanitari e socio-
sanitari
regole.soggettirogatori@cert.regione.piemonte.it

e, per conoscenza

Alla ASL di riferimento territoriale

OGGETTO: Richiesta di AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO di struttura per l'erogazione di cure domiciliari ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs. 502/1992.

1 – DATI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| sesso |_|_|

nato/a a _____ prov. |_|_|_| il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

stato _____ cittadinanza _____

se cittadino non UE:
estremi del documento di soggiorno _____

rilasciato da _____

il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| scadenza |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

residente in _____ prov. |_|_|_| stato _____

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|

PEC / e-mail _____ telefono fisso / cellulare _____

in qualità di Titolare Legale rappresentante Altro _____

2 – DATI DELLA DITTA / IMPRESA / SOCIETA' / ENTE

Denominazione (nome della ditta/impresa/società/ente)

Forma giuridica _____

codice fiscale / p. IVA _____

- con SEDE LEGALE in:

Comune _____ prov. |_|_|

Stato _____

indirizzo _____

n. _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|

Telefono fisso / cell. _____

fax. _____

PEC _____

E-mail ordinaria _____

- con SEDE ORGANIZZATIVA in:

Comune _____ prov. |_|_|

Stato _____

indirizzo _____

n. _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|

Telefono fisso / cell. _____

fax _____

PEC _____

E-mail ordinaria _____

ASL di riferimento territoriale _____

la sede ORGANIZZATIVA coincide con la SEDE OPERATIVA: si no *compilare il punto successivo*

- con SEDE OPERATIVA in:

Comune _____ prov. |_|_|

Stato _____

indirizzo _____

n. _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|

Telefono fisso / cell. _____

fax _____

PEC _____

E-mail ordinaria _____

ASL di riferimento territoriale _____

3 – DICHIARAZIONI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, dichiara di disporre della SEDE ORGANIZZATIVA a titolo di:

- proprietario con Atto n. _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
- conduttore con contratto di locazione del _____ registrato il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
al n. _____ per n. anni _____
- concessionario con contratto n. _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
per n. _____ anni dal |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| al |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
- altro (specificare tipologia e atto) _____

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, dichiara di disporre della SEDE OPERATIVA a titolo di:

- proprietario con Atto n. _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
- conduttore con contratto di locazione del _____ registrato il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
al n. _____ per n. anni _____
- concessionario con contratto n. _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
per n. _____ anni dal |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| al |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
- altro (specificare tipologia e atto) _____

Note:

.....
.....
.....

4 – RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO CURE DOMICILIARI

SI CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI NEL TERRITORIO DELLA/DELLE SEGUENTE/SEGUENTI ASL:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale Città di Torino | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 3 | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 4 |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 5 | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale AL | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale AT |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale BI | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale CN 1 | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale CN 2 |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale NO | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale VC | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale VCO |

per le seguenti tipologie di attività:

TRA LE PRESTAZIONI DI CURE DOMICILIARI PER LE QUALI SI CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE VIENE EFFETTUATO ANCHE IL PRELIEVO A DOMICILIO:

- NO
- SI: il laboratorio di analisi è il seguente: _____

NELLA SEDE ORGANIZZATIVA SI SVOLGONO ULTERIORI ATTIVITA':

NO SI tali prestazioni sono di:

- ambulatorio medico specialistico:
-autorizzato con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| oppure
-autorizzazione richiesta presso _____ il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
per le seguenti branche: _____
-

- ambulatorio infermieristico:
-autorizzato con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| oppure
-autorizzazione richiesta presso il Comune di _____ il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

- punto prelievo
-autorizzato con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| oppure
-autorizzazione richiesta presso la Regione Piemonte il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

NELLA SEDE OPERATIVA SI SVOLGONO ULTERIORI ATTIVITA':

NO

SI tali prestazioni sono di:

ambulatorio medico specialistico:

-autorizzato con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| oppure
-autorizzazione richiesta presso _____ il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|
per le seguenti branche: _____

ambulatorio infermieristico:

-autorizzato con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| oppure
-autorizzazione richiesta presso il Comune di _____ il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

punto prelievo

-autorizzato con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| oppure
-autorizzazione richiesta presso la Regione Piemonte il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

Il richiedente, con la sottoscrizione dell'istanza:

i. dichiara di possedere i requisiti autorizzativi, strutturali, tecnologici, organizzativi previsti dalle disposizioni per l'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO delle cure domiciliari, di cui all'Allegato A) dell'atto di approvazione della presente modulistica,

ii. se l'operatore richiedente svolge prelievi domiciliari, si impegna a fornire una dichiarazione da parte del laboratorio di analisi di riferimento al quale si rivolge con l'indicazione delle responsabilità anche in termini di corretta esecuzione, conservazione, trasporto dei campioni biologici, e certificazione dei referti.

Data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

Firma del richiedente

5 – INVIO DELL’ISTANZA

La richiesta di autorizzazione all’esercizio va inviata alla PEC:

regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

specificando in oggetto:

“CURE DOMICILIARI -RICHIESTA AUTORIZZAZIONE”

e inviata contestualmente, per conoscenza, alla ASL territorialmente competente.

6 – DA ALLEGARE ALLA ISTANZA DI AUTORIZZAZIONE ALL’ESERCIZIO

1. fotocopia di un documento di identità in corso di validità
2. nell’ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla richiesta di autorizzazione all’esercizio
3. planimetria (in formato pdf e in scala non inferiore a 1:200) delle sedi organizzativa ed operativa con evidenziati gli spazi oggetto dei requisiti corrispondenti al tipo di richiesta
4. autocertificazione resa ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 circa l’assenza di condanne penali in capo al richiedente l’autorizzazione e, nel caso di persone giuridiche, al rappresentante legale della struttura e agli amministratori ovvero l’elenco delle stesse e di eventuali riabilitazioni
5. autocertificazione resa dai soggetti interessati, ai sensi dell’art. 89 del D.lgs. n. 159 del 6 settembre 2011 e smi, circa l’inesistenza di cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’articolo 67 del medesimo decreto legislativo

7 – TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto è consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 di essere informato 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 ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali ex D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e smi ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Data |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_|

Firma del richiedente

2 – DATI DELLA DITTA / IMPRESA / SOCIETA' / ENTE

Denominazione (nome della ditta/impresa/società/ente)

Forma giuridica _____

codice fiscale / p. IVA _____

- con SEDE LEGALE in:

Comune _____ prov. |_|_| Stato _____

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|

Telefono fisso / cell. _____ fax. _____

PEC _____

E-mail ordinaria _____

- con SEDE ORGANIZZATIVA in:

Comune _____ prov. |_|_| Stato _____

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|

Telefono fisso / cell. _____ fax _____

PEC _____

E-mail ordinaria _____

ASL di riferimento territoriale _____

la sede ORGANIZZATIVA coincide con la SEDE OPERATIVA: si no compilare il punto successivo

- con SEDE OPERATIVA in:

Comune _____ prov. |_|_| Stato _____

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |_|_|_|_|_|

Telefono fisso / cell. _____ fax _____

PEC _____

E-mail ordinaria _____

ASL di riferimento territoriale _____

3 – DICHIARAZIONI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, dichiara di disporre della SEDE ORGANIZZATIVA a titolo di:

- proprietario con Atto n. _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
- conduttore con contratto di locazione del _____ registrato il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| al n. _____ per n. anni _____
- concessionario con contratto n. _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| per n. _____ anni dal |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| al |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
- altro (specificare tipologia e atto) _____

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, dichiara di disporre della SEDE OPERATIVA a titolo di:

- proprietario con Atto n. _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
- conduttore con contratto di locazione del _____ registrato il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| al n. _____ per n. anni _____
- concessionario con contratto n. _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| per n. _____ anni dal |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| al |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
- altro (specificare tipologia e atto) _____

Note:

.....
.....
.....

**4 – RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI CURE DOMICILIARI
FINALIZZATA ALL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

SI CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI
NEL TERRITORIO DELLA/DELLE SEGUENTE/SEGUENTI ASL:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale Città di Torino | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 3 | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 4 |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 5 | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale AL | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale AT |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale BI | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale CN 1 | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale CN 2 |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale NO | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale VC | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale VCO |

per le seguenti tipologie di attività:

TRA LE PRESTAZIONI DI CURE DOMICILIARI PER LE QUALI SI CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE
VIENE EFFETTUATO ANCHE IL PRELIEVO A DOMICILIO:

- NO
- SI: il laboratorio di analisi è il seguente: _____

NELLA SEDE ORGANIZZATIVA SI SVOLGONO ULTERIORI ATTIVITA':

NO SI tali prestazioni sono di:

ambulatorio medico specialistico:

-autorizzato con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| | oppure
-autorizzazione richiesta presso _____ il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| |
per le seguenti branche: _____

ambulatorio infermieristico:

-autorizzato con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| | oppure
-autorizzazione richiesta presso il Comune di _____ il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| |

punto prelievo

-autorizzato con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| | oppure
-autorizzazione richiesta presso la Regione Piemonte il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| |

NELLA SEDE OPERATIVA SI SVOLGONO ULTERIORI ATTIVITA':

NO

SI tali prestazioni sono di:

ambulatorio medico specialistico:

-autorizzato con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| oppure
-autorizzazione richiesta presso _____ il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|
per le seguenti branche: _____

ambulatorio infermieristico:

-autorizzato con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| oppure
-autorizzazione richiesta presso il Comune di _____ il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

punto prelievo

-autorizzato con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_| oppure
-autorizzazione richiesta presso la Regione Piemonte il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

Il richiedente, con la sottoscrizione dell'istanza:

i. dichiara di possedere i requisiti autorizzativi, strutturali, tecnologici, organizzativi previsti dalle disposizioni per l'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO delle cure domiciliari, di cui all'Allegato A) dell'atto di approvazione della presente modulistica,

ii. se l'operatore richiedente svolge prelievi domiciliari, si impegna a fornire una dichiarazione da parte del laboratorio di analisi di riferimento al quale si rivolge con l'indicazione delle responsabilità anche in termini di corretta esecuzione, conservazione, trasporto dei campioni biologici, e certificazione dei referti.

Data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

Firma del richiedente

5 – RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

SI CHIEDE L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE PRESSO IL DOMICILIO DEL PAZIENTE NEL TERRITORIO DELLA/DELLE SEGUENTE/SEGUENTI ASL:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale Città di Torino | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 3 | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 4 |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale TO 5 | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale AL | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale AT |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale BI | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale CN 1 | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale CN 2 |
| <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale NO | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale VC | <input type="checkbox"/> Azienda Sanitaria Locale VCO |

per le seguenti tipologie di attività:

NELLE CURE DOMICILIARI PER LE QUALI SI CHIEDE L'ACCREDITAMENTO VIENE EFFETTUATO ANCHE IL PRELIEVO A DOMICILIO:

NO

SI: il laboratorio di analisi è il seguente: _____

NELLA SEDE ORGANIZZATIVA SI SVOLGONO ULTERIORI ATTIVITA' IN ACCREDITAMENTO:

NO

SI tali prestazioni sono di:

ambulatorio medico e specialistico:

-accreditato con atto _____

del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| | oppure

-accreditamento richiesto presso la Regione Piemonte

il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| |

per le seguenti branche: _____

punto prelievo

-accreditato con atto _____

del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| | oppure

-accreditamento richiesto presso la Regione Piemonte

il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| |

LA STRUTTURA RICHIEDENTE E' GIA' ACCREDITATA PER LE SEGUENTI ATTIVITA':

- struttura residenziale socio-assistenziale denominata _____
accreditata con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
- struttura di ricovero acuzie / post-acuzie denominata _____
accreditata con atto regionale _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
- struttura ambulatoriale denominata _____
accreditata con atto regionale _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
per le seguenti branche specialistiche _____

- altra struttura denominata _____
accreditata con atto _____ del |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
per _____

Il richiedente, con la sottoscrizione dell'istanza:

- i. dichiara il possesso dei requisiti previsti per l'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE delle cure domiciliari, corredando la domanda di una relazione che illustri le modalità con cui ottempera a tutti i punti relativi ai requisiti di accreditamento contenuti nell'Allegato A) dell'atto di approvazione della presente modulistica,
- ii. se l'operatore richiedente svolge prelievi domiciliari, si impegna a fornire una dichiarazione da parte del laboratorio di analisi di riferimento al quale si rivolge con l'indicazione delle responsabilità anche in termini di corretta esecuzione, conservazione, trasporto dei campioni biologici, e certificazione dei referti,

Data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Firma del richiedente

6 – INVIO DELL’ISTANZA

La richiesta di autorizzazione all’esercizio con accreditamento istituzionale va inviata alla PEC:

regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it

specificando in oggetto:

“CURE DOMICILIARI-RICHIESTA AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO”

entro il trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione dell’avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte

e inviata contestualmente, per conoscenza, alla ASL territorialmente competente.

Si fa presente che l’elenco delle strutture accreditate potrà essere in ogni tempo aggiornato in esito alla presentazione, anche successivamente alla scadenza del termine sopra indicato, di nuove istanze di accreditamento in conformità alla modulistica allegata.

7 – DA ALLEGARE ALLA ISTANZA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

1. relazione sintetica attestante le modalità con cui il richiedente ottempera a tutti i punti relativi ai requisiti di ACCREDITAMENTO di cui all’Allegato A) del presente avviso
2. fotocopia di un documento di identità in corso di validità
3. nell’ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla richiesta di accreditamento
4. planimetria (in formato pdf e in scala non inferiore a 1:200) delle sedi operativa ed organizzativa con evidenziati gli spazi oggetto dei requisiti corrispondenti al tipo di richiesta
5. autocertificazione resa ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 circa l’assenza di condanne penali in capo al richiedente l’accredito e, nel caso di persone giuridiche, al rappresentante legale della struttura e agli amministratori ovvero l’elenco delle stesse e di eventuali riabilitazioni
6. autocertificazione resa dai soggetti interessati, ai sensi dell’art. 89 del D.lgs. n. 159 del 6 settembre 2011 e smi, circa l’inesistenza di cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’articolo 67 del medesimo decreto legislativo

8 – TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto è consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 di essere informato 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 ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali ex D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e s.m.i ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Data |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Firma del richiedente

Requisiti estratti da Deliberazione Consiglio Regionale 22 febbraio 2000, n. 616 – 3149

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI

Il presente documento indica i requisiti minimi relativi ai seguenti aspetti organizzativi:

1. politica, obiettivi ed attività;
2. struttura organizzativa;
3. gestione delle risorse umane;
4. gestione delle risorse tecnologiche;
5. gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni;
6. sistema informativo
7. organizzazione e gestione della sicurezza.

1) POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITA'

La Direzione aziendale provvede alla definizione delle politiche complessive dell'azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare. La denominazione dei presidi e dell'articolazione interna deve essere tale da mostrare chiaramente la connotazione sanitaria dell'attività. La denominazione delle strutture private deve indicare chiaramente la natura giuridica di soggetto privato. La Direzione deve esplicitare ai presidi, alle unità operative ed alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi.

E' adottato un documento in cui sono esplicitati:

- la missione, e cioè la ragion d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira;
- le politiche complessive, e cioè l'indirizzo dato dalla Direzione Generale, che consiste nel definire i campi prioritari di azione e quali metodi adottare per raggiungere gli obiettivi;
- gli obiettivi:
 - a. devono essere articolati nel tempo;
 - b. devono risultare congruenti con gli obiettivi dei livelli organizzativi sovraordinati;
 - c. devono essere commisurati alle risorse;
- l'organizzazione interna generale, per singolo presidio e articolazione organizzativa funzionale con particolare riferimento a:
 - a) l'organigramma con il quale vengono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo e definite le loro funzioni;
 - b) i livelli di responsabilità;
 - c) le modalità di erogazione del servizio;
 - d) le prestazioni e/o le attività erogate.

La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro che comprende:

- la tipologia ed il volume di attività previste;
- il piano organizzativo.

La Direzione predisponde materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, orari, costi. operatori responsabili delle prestazioni, orari, costi.

2) STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La Direzione, per ogni presidio, definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche per:

- le attività ambulatoriali;
- le attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post-acuti).

La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).

Nei presidi che operano in regime di ricovero programmato, si devono adottare specifici rapporti con altri presidi che operano all'interno del sistema di emergenza urgenza, per la gestione di eventuali emergenze cliniche.

3) GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

La Direzione oltre ad assicurare i requisiti minimi organizzativi definiti con il presente atto, definisce il fabbisogno di personale:

- in termini numerici (equivalenti a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale;
- per posizione funzionale;
- per qualifica;
- in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività, secondo criteri specificati dalle normative regionali.

E' indispensabile che tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente.

Deve essere predisposto un piano annuale di formazione-aggiornamento del personale con particolare attenzione alle attività sanitarie, con indicazione del responsabile, contenente:

- l'analisi dei bisogni formativi, la definizione degli obiettivi di apprendimento e la pianificazione della loro valutazione;
- l'indicazione del responsabile delle attività di formazione e aggiornamento.

Deve essere documentato un programma di aggiornamento del personale medico e non medico sull'utilizzo sicuro ed appropriato delle apparecchiature biomediche.

Il programma di aggiornamento deve:

- fare riferimento sia a singole apparecchiature installate che a problematiche di carattere generale nel campo delle tecnologie biomediche;
- essere funzionalmente integrato con il normale addestramento all'uso di nuove apparecchiature;
- essere reso noto a tutti i livelli operativi deve essere strutturato per soddisfare i bisogni di tutte le figure professionali operanti con le apparecchiature biomediche.

Devono essere normalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

4) GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE

Si devono prevedere specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che devono tenere conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche, della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

La disponibilità di adeguate risorse a livello infrastrutturale, di personale e del materiale di consumo connesso alle apparecchiature biomediche, deve essere pianificata e documentata in modo tale da assicurare le prestazioni previste dal piano di attività.

Deve essere garantita la disponibilità degli apparecchi vitali (indicati in apposito elenco in riferimento al livello organizzativo aziendale) anche in caso di guasto prolungato, mediante sostituzione con altro apparecchio o analoga procedura.

La Direzione adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione.

Deve esistere un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche; tale piano deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi.

Il piano di manutenzione ordinaria, tenendo conto delle indicazioni contenute sia nelle normative tecniche che nei manuali di servizio, deve garantire i necessari requisiti qualitativi e di sicurezza delle prestazioni fornite opportunamente documentati per ciascuna apparecchiatura biomedica.

Tutti gli interventi di manutenzione straordinaria sulle apparecchiature biomediche in dotazione devono essere documentati.

La documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, deve essere a corredo dello strumento e mantenuta in maniera che sia facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

La Direzione deve provvedere affinché in ogni presidio sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche.

In tutte le strutture, anche non dotate di un servizio di Ingegneria Clinica, dev'essere previsto un referente per l'utilizzo appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche, con specifiche competenze nel settore.

5) GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA', LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI.

La Direzione è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute in questo stesso documento o nella normativa già emanata a livello nazionale o locale.

In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività.

I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate.

In ogni azienda deve esistere una struttura organizzativa (o un responsabile in relazione alla complessità della stessa) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità.

Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale.

Tale attività sarà utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (RMN, TAC, Angioplastiche, ecc.).

I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologica e i centri trasfusionali devono prevedere attività di controllo di qualità interne ed esterne e partecipare a programmi di miglioramento della qualità.

In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali è favorito l'utilizzo delle Linee Guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Inoltre devono essere predisposte con gli operatori, linee guida, regolamenti interni che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità.

Ogni struttura organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni, linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo). Il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che sono facilmente accessibili, e che vanno confermati o aggiornati almeno ogni tre anni.

Devono essere predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:

- criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);
- modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento;
- modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori;
- pulizia e sanificazione degli ambienti;
- modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria.

In particolare le modalità di compilazione dei documenti (referti, cartelle cliniche, ecc.) dovranno prevedere, tra l'altro, anche l'identificazione del soggetto che ha proceduto alla redazione del/dei documento/i stesso/i.

6) SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di:

- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e della azienda;
- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza;
- rispondere al debito informativo nei confronti di livelli sovra-ordinati.

La Direzione assicura:

- l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione;
- la struttura del sistema informativo;
- le modalità di raccolta;
- la diffusione ed utilizzo delle informazioni;
- la valutazione della qualità del dato;
- l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, ecc.

Deve essere individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.

7) ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLA SICUREZZA

a) Requisiti di carattere generale

Tutte le strutture sanitarie devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi che tutelano la salute e la sicurezza degli addetti sui posti di lavoro, delle certificazioni ed autorizzazioni previste dalla vigente legislazione in materia di sicurezza e di tutela della salute.

In particolare, il datore di lavoro, ai sensi del d.lgs 626/1994 e successive modificazioni, deve:

- elaborare il documento di cui all'art.4 - comma 2 - del Decreto indicato;
- designare il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione nonché e nominare il medico competente quando previsto;
- designare preventivamente i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori e dei degenti in caso di pericolo grave ed immediato, di primo soccorso, e, comunque di gestione dell'emergenza;
- provvedere alla formazione ed informazione dei lavoratori, ai sensi degli artt. 21 e 22 del Decreto succitato.

All'atto della richiesta di autorizzazione all'esercizio sanitario, il responsabile legale deve produrre una dichiarazione autenticata attestante che la struttura, gli impianti e le attrezzature possiedono i requisiti previsti dalla vigente legislazione in materia di sicurezza e salute. La documentazione, corredata dai verbali delle verifiche, collaudi, certificazioni ed autorizzazioni di legge eseguite dagli Enti incaricati del servizio, deve essere conservata ed aggiornata, presso gli uffici direzionali.

Il Medico Competente deve effettuare la sorveglianza sanitaria mediante accertamenti preventivi all'assunzione per verificare l'idoneità alla mansione specifica, nonché accertamenti periodici per verificare il permanere dell'idoneità alla mansione. Inoltre collabora, con il Servizio di Prevenzione e Protezione, ad individuare i fattori di rischio, le misure per la sicurezza e i programmi di formazione.

Il datore di lavoro è tenuto a custodire la cartella sanitaria di rischio di ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza, ex art. 4 - comma 8 - e ne consegna copia all'interessato al momento della cessazione del rapporto di lavoro.

Il/i rappresentante/i dei lavoratori:

- sono consultati in ordine alla valutazione dei rischi;
- sono consultati in ordine alla programmazione degli interventi;
- sono consultati in ordine alla organizzazione della formazione;
- ricevono adeguata formazione;
- partecipano alle riunioni periodiche.

Ai fini delle attività connesse al controllo delle infezioni ospedaliere, nell'ambito del Servizio di Prevenzione e Protezione, per ogni Azienda deve essere attivata una unità operativa con le funzioni di coordinamento delle attività di prevenzione e protezione relative.

I Servizi e le Strutture deputati alle attività di prevenzione dai rischi per la sicurezza e la salute sui luoghi di lavoro devono avere addetti in numero e con capacità adeguato.
In particolare il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione può essere un medico con specifica professionalità.

b) Prevenzione e controllo di rischi biologici

Fatto salvo il rispetto delle disposizioni del Titolo VIII del D. Lsvo 626/94 e successive modificazioni è necessario che sia formalizzata una procedura che:

- indichi le precauzioni da adottare per evitare, nel corso della attività lavorativa, in relazione alle possibili operazioni la possibile esposizione ad agenti biologici;
- adeguatamente pubblicizzata permetta ai lavoratori di sapere di dover notificare qualsiasi infortunio o incidente relativo all'uso di agenti biologici;
- preveda soluzioni organizzative che consentono la possibilità di accesso sicuro al servizio per il lavoratore anche durante le ore notturne o i giorni festivi, relativamente alle esposizioni ad agenti biologici dei gruppi 3 e 4 (allegato XII d. lgs. 626/1994).

Il personale sanitario è informato sulla possibilità di sottoporsi gratuitamente alla vaccinazione contro l'Epatite B.

Sono attivate le procedure per sottoporre a vaccinazione contro HBV, il personale di nuova assunzione e quello impegnato in attività a maggior rischio, secondo la normativa vigente.

Per la riduzione del rischio, ove presente, di malattia tubercolare si deve prevedere:

- all'assunzione con intradermoreazione ed eventuale vaccinazione dei suscettibili;
- controlli, almeno annuali, della intradermoreazione per i cutinegativi;
- l'isolamento respiratorio stretto dei pazienti a cui viene posta diagnosi di infezione tubercolare formalizzato con norme scritte;
- stanze di degenza singole ritenute idonee per un paziente affetto da tubercolosi in fase contagiosa;
- maschere a sicurezza (P2 o P3, valvolate), per il personale, per la prevenzione del contagio nei casi debba provvedere ad erogare assistenza ad un paziente con infezione tubercolare in fase contagiosa;
- adeguata e periodica informazione del personale sul rischio di contagio tubercolare.

Inoltre per il rischio da agenti biologici devono essere disponibili presidi adeguati alla necessità di ridurre l'esposizione, quali:

- contenitori rigidi per aghi e taglienti;
- introduzione di sistemi di prelievo a vuoto;
- maschere di sicurezza (P2 o P3, valvolate) per evitare il contagio da patogeni a trasmissione aerea.
- presidi "barriera" per i quali siano stati formulati protocolli scritti che definiscano adeguatamente le procedure di utilizzo verifiche sistematiche con indicatori che ne dimostrino un utilizzo congruo;
- contenitori per i rifiuti solidi, una volta pieni vengono eliminati tempestivamente secondo il programma di smaltimento dei rifiuti.

Per le strutture di ricovero, sono previsti appositi controlli di isolamento modulari per i pazienti con patologie potenzialmente contagiose:

- sono previsti protocolli scritti che definiscono le patologie soggette ad isolamento e le modalità per effettuarlo;
- nel sospetto, e comunque a conferma avvenuta, di patologie a trasmissione enterica, il degente può essere isolato in stanza dotata di propri servizi igienici;

- nel sospetto, e comunque a conferma avvenuta, di patologie a trasmissione aerea, il degente può essere isolato in stanza dotata di propri servizi igienici e la possibilità di ottenere almeno 6 ricambi d'aria per ora;
- nei casi in cui sia richiesto isolamento stretto, il degente può essere isolato in stanza dotata di propri servizi igienici, e la possibilità di ottenere almeno 6 ricambi d'aria per ora e la presenza di apposito filtro.

Le procedure per la protezione dagli incidenti occupazionali per esposizione a materiali biologici sono state previste anche per i visitatori.

Nei casi in cui sia stato predisposto per i degenti isolamento enterico, respiratorio o stretto, è previsto:

- adeguata segnalazione fuori dalla camera di degenza;
- la fornitura di presidi protettivi anche per i visitatori;
- la limitazione del flusso di visitatori;
- la sorveglianza sanitaria in caso di esposizione a materiale biologico;
- adeguate istruzioni, preferibilmente scritte, per la gestione del paziente a domicilio.

Le unità operative dell'azienda sanitaria sono state informate in merito a:

- patologie infettive e contagiose che richiedono notifica alla Unità Sanitaria Locale;
- modalità di notifica e segnalazione dei casi.

L'Azienda Sanitaria dispone di:

- personale sanitario, anche in consulenza, con documentata esperienza per la diagnosi clinica delle patologie infettive e contagiose;
- adeguato supporto, anche in convenzione, da parte del servizio di microbiologia e del laboratorio di sierologia;
- personale sanitario, anche in consulenza, con documentata e adeguata esperienza per la terapia delle patologie infettive e contagiose, o, in alternativa, protocolli scritti.

b1) Rischi cancerogeni

Fatto salvo il rispetto delle disposizioni normative vigenti in relazione all'utilizzo di agenti cancerogeni, è necessario che sia formalizzata la procedura di preparazione ed utilizzo di farmaci chemioterapici antineoplastici.

Particolare riguardo andrà posto alle procedure per gli interventi di profilassi in caso di incidente occupazionale.

c) Requisiti per il controllo delle infezioni ospedaliere

E' attivata nell'ambito del Servizio di Prevenzione e Protezione con carattere dipartimentale, una Unità Operativa con funzioni di coordinamento e gestione delle attività di prevenzione delle infezioni nelle strutture sanitarie.

L'U.O. è diretta da un dirigente medico adeguato alla funzione.

L'U.O. si avvale di un Comitato multidisciplinare per l'elaborazione del programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni nosocomiali, i cui membri includono rappresentanti dello staff medico, infermieristico, farmaceutico, amministrativo e del Servizio di Prevenzione e Protezione.

Le strutture di ridotte dimensioni possono avvalersi di un Comitato multidisciplinare, presente nell'ambito dell'ASL di competenza, che abbia uniformità dell'indirizzo nosologico delle strutture partecipanti, di cui faccia parte almeno un rappresentante per ciascuna struttura.

Obiettivo per la lotta alle infezioni acquisite nelle strutture sanitarie è identificare e ridurre il rischio di infezioni endemiche nei pazienti e negli operatori a diverso titolo coinvolti nell'assistenza al paziente.

Con successivo atto deliberativo, da adottarsi entro i 3 mesi successivi all'approvazione del presente documento, l'Assessorato definirà standard e criteri organizzativi ed operativi per l'attuazione dei programmi di sorveglianza e controllo anche sulla scorta delle indicazioni già fornite e delle esperienze acquisite.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

Tutti i presidi devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- protezione antisismica
- protezione antincendio
- protezione acustica
- sicurezza elettrica e continuità elettrica
- sicurezza anti-infortunistica
- igiene dei luoghi di lavoro
- protezione delle radiazioni ionizzanti
- radiazioni non ionizzanti
- eliminazione delle barriere architettoniche
- smaltimento dei rifiuti
- condizioni microclimatiche
- impianti di distribuzione dei gas
- materiali esplosivi
- specifica ambientazione e/o protezione antialluvione-esondazione fluviale per i presidi non urbanizzati.

In merito a tali problematiche si ritiene di fare riferimento alle specifiche norme nazionali, regionali, locali e di buona tecnica, per la prevista parte di competenza, alle disposizioni internazionali.

1) REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

a) Indicazioni generali di localizzazione e progettazione

La costruzione di una struttura sanitaria presuppone la sua localizzazione in un'area di adeguate caratteristiche, siano esse dimensionali che di salubrità.

La dimensione dell'area deve essere tale da poter contenere al suo interno, oltre agli edifici sanitari propriamente detti, tutte le strutture edilizie di supporto ad essi (servizi generali, magazzini, depositi, spogliatoi, locali tecnici, ecc.).

Le strutture che erogano prestazioni di ricovero devono assicurare una rete viaria di collegamento e zone di parcheggio differenziate per utenti esterni e per utenti interni.

E' ammessa deroga, limitatamente ai parcheggi, per le strutture esistenti, ove sussistano impedimenti strutturali alla realizzazione.

Per tutti questi aspetti, nonché per quelli più strettamente legati alla progettazione ed edificazione delle opere, si fa riferimento alle norme urbanistiche, edilizie e di sicurezza vigenti, il rispetto delle quali è propedeutico all'ottenimento delle approvazioni da parte delle competenti autorità (Ente Regione, Comando dei VV.FF., Comuni, Azienda Sanitaria Locale, Ente Provincia, Sovrintendenza ai Beni Ambientali, Culturali, ecc.)

b) Protezione radiazioni ionizzanti

Per l'impiego di apparecchi o di sostanze che possono generare radiazioni ionizzanti dovranno essere osservate le prescrizioni di legge di cui al Decreto Legislativo 17.3.1995 n. 230 e successive norme attuative.

c) Tutela dall'inquinamento acustico

La tutela dell'inquinamento acustico deve essere assicurata secondo le modalità e le prescrizioni della Legge 26.10.1995 n. 447 e delle successive norme attuative.

d) Tutela dall'inquinamento elettromagnetico

La tutela dall'inquinamento elettromagnetico deve essere assicurata secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo 4.12.1992 n. 476 "Attuazione della Direttiva 89/336/CEE del Consiglio del 3 maggio 1989, in materia di riavvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative alla compatibilità elettromagnetica, modificata dalla direttiva 92/31/CEE del Consiglio del 29 aprile 1992.

e) Locali, vie di circolazione e di passaggio

Le dimensioni devono essere anche rispondenti a quanto indicato al Titolo II "Luoghi di lavoro" del d.lgs 626/1994 e successive modificazioni, nonché alla legge n. 13 del 9/1/1989 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati", del Decreto attuativo DM 236 del 14.6.1989 nonché del D.P.R. n. 503 "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, locali, e servizi pubblici."

In ogni caso le vie di circolazione e di passaggio devono avere larghezza adeguata al passaggio di letti e barelle senza creare intralci alla circolazione, con adeguati spazi di manovra in corrispondenza degli ingressi alle camere di degenza o ad altri locali di cura, trattamento e servizio.

f) Sicurezza antincendio.

La sicurezza antincendio deve essere assicurata ai sensi della normativa vigente e secondo le prescrizioni dei Comandi provinciali dei VVF e deve riguardare tutti gli ambienti della struttura.

Si ricorda che ove la struttura non ricada negli obblighi di legge previsti per il rilascio del Certificato di prevenzione incendi, la valutazione del rischio incendio e le conseguenti misure di prevenzione sono di competenza del Servizio di prevenzione e protezione previsto dal d.lgs. n. 626/1994 e successive modifiche ed integrazioni.

g) Caratteristiche dei materiali

Tutti gli ambienti dovranno avere pavimenti e pareti lavabili e disinfettabili in funzione della loro destinazione d'uso. Ove possibile dovranno essere realizzati angoli arrotondati tra parete e pavimento.

Nello specifico, le sale operatorie, le sale parto e qualunque altro ambiente dove si faccia uso di gas medicali o anestetici, dovranno avere pavimenti antistatici, e le aree di lavoro dei laboratori o del servizio farmaceutico dovranno avere superfici resistenti agli acidi, agli alcali, ai solventi organici ed al calore.

Tutti i materiali, gli elementi di partizione interna e gli arredi dovranno garantire la conformità con le prescrizioni previste dalla legge in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti e di sicurezza antincendio.

h) Limite di tolleranza.

Per le strutture esistenti è ammesso un margine di tolleranza dimensionale pari al 20%, ove ciò non pregiudichi la sicurezza del servizio e comunque entro i valori minimi eventualmente previsti da specifiche normative.

2) REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

a) Impianto idrico

Per le strutture sanitarie che provvedono all'assistenza in regime di ricovero/residenzialità socio-sanitaria, dovrà essere assicurata una dotazione idrica giornaliera minima di acqua potabile non inferiore a 200 litri per posto-letto.

Tali strutture dovranno essere dotate di una riserva idrica corrispondente almeno al 50% del fabbisogno complessivo di 1 giorno e realizzata mediante serbatoio nei quali sia assicurato un sufficiente ricambio giornaliero.

b) Smaltimento dei rifiuti liquidi

I rifiuti liquidi che non possono essere convogliati nella rete di fognatura cittadina devono essere sottoposti a trattamento completo, ivi compresa la disinfezione, secondo quanto disposto dalla Legge 10 maggio 1976 n. 319 "Norme per la tutela delle acque dall'inquinamento", tenuto conto della Legge 8 ottobre 1976 n. 690 "Conversione in legge, con modificazioni del decreto legge 10 agosto 1976 n. 544", concernente la proroga dei termini di cui agli articoli 15, 17 e 18 della Legge 10 maggio 1976 n. 319, recante norme per la tutela delle acque dall'inquinamento e della delibera 30 dicembre 1980 del Comitato Interministeriale "Direttive per la disciplina degli scarichi delle pubbliche fognature e degli insediamenti civili che non recapitano in pubbliche fognature", nonché della normativa integrativa regionale e locale.

c) Smaltimento rifiuti solidi

Per quanto riguarda lo smaltimento dei rifiuti solidi, si ricorda l'obbligo di rispondenza a quanto indicato nel d. lgs n. 22 del 5.2.1997 e successive modifiche.

d) Smaltimento rifiuti radioattivi

I rifiuti radioattivi devono essere smaltiti secondo quanto disposto dal DPR 14 gennaio 1972 n. 4 "Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali di assistenza sanitaria ed ospedaliera e dei relativi personali ed uffici" ed in conformità al Decreto Legislativo 17 marzo 1995 n. 230 "Attuazione delle Direttive Euratom 80/836, 84/467, 84/466, 89/618, 90/641, 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti".

e) Impianti elettrici

Gli impianti elettrici devono essere realizzati nel rispetto della vigente normativa di legge ed essere conformi alle norme di buona tecnica sulla base della indicazione di principio della legge 1 marzo 1968 n. 186 "Disposizioni concernenti la produzione di materiali, apparecchiature, macchinari, installazioni ed impianti elettrici ed elettronici", principio ribadito dalla legge 5 marzo 1990 n. 46 "Norme per la sicurezza degli impianti".

I componenti elettrici degli impianti devono essere conformi a quanto disposto dalla legge 18 ottobre 1977 n. 791 "Attuazione della direttiva del consiglio delle comunità europee (73/23 CEE) relativa alle

garanzie di sicurezza che deve possedere il materiale elettrico destinato ad essere utilizzato entro taluni limiti di tensione".

Per quanto riguarda gli impianti il cui funzionamento è ritenuto strettamente indispensabile per l'incolumità del paziente (complesso operatorio, sale parto, unità di rianimazione e terapia intensiva, unità di dialisi, frigoemoteca, ecc.) e l'impianto di illuminazione di emergenza, deve essere prevista la possibilità in caso di interruzione dell'alimentazione elettrica, l'automatica ed immediata disponibilità di energia elettrica adeguata ad assicurare almeno il funzionamento delle attrezzature e servizi che non possono rimanere inattivi nemmeno per brevissimo tempo, in conformità alle disposizioni delle norme CEI 64-4 cap. 5.

f) Protezione scariche atmosferiche

Le strutture sanitarie devono essere protette dai fulmini nel rispetto delle disposizioni di Legge.

Gli impianti di protezione dalle scariche atmosferiche devono essere realizzati secondo le norme di buona tecnica come ad esempio la Norma CEI 81-1: "Protezione di strutture contro i fulmini".

g) Apparecchi elettromedicali

Gli apparecchi elettromedicali, sulla base della indicazione di principio della legge 1 marzo 1968 devono essere realizzati nel rispetto della vigente normativa di legge ed essere conformi alle norme di buona tecnica, come ad esempio le norme:

CEI 62.0 "Guida alle prove di accettazione, all'uso e alle verifiche periodiche di sicurezza di apparecchi elettromedicali in locali adibiti ad uso medico";

CEI 64.4 "Impianti elettrici in locali adibiti ad uso medico";

CEI 64.13 "Guida alle norme CEI 64.4".

h) Illuminazione artificiale

L'illuminazione degli interni, con luce artificiale, deve rispondere a criteri di buona tecnica (norma UNI 10380).

i) Impianti termici e di condizionamento

Gli impianti termici e di condizionamento devono essere realizzati nel rispetto della regola dell'arte e secondo quanto disposto dalla legge 9 gennaio 1991 n. 10 "Norme per l'attuazione del piano energetico nazionale in materia di uso razionale dell'energia" e successivi Decreti attuativi e dovranno assicurare idonee condizioni microclimatiche tenendo conto delle caratteristiche climatiche locali.

La temperatura dell'aria non deve essere inferiore a 20°C per le sale di degenza e di soggiorno e a 22°C per le sale di visita e medicazione.

La purezza dell'aria immessa dagli impianti di condizionamento dovrà essere assicurata con idonea filtrazione in conformità alle indicazioni delle Norme UNI 10339: "Impianti aerulici ai fini di benessere - Generalità, classificazione e Requisiti".

Nei settori funzionali destinati a specifiche attività, dovranno essere assicurate proprietà termiche, igrometriche e di ventilazione in relazione alle particolari esigenze dei locali, in conformità alle indicazioni sulle condizioni microclimatiche riportate nei requisiti tecnologici specifici.

In relazione ai parametri di ricambio aria/ora, si precisa che il ricircolo totale o parziale di aria interna è consentito ove non diversamente specificato nel presente documento.

j) Impianti di distribuzione dei gas

Gas medicali

Nelle strutture sanitarie che ricoverano malati in forma acuta, la distribuzione dei gas medicali deve essere effettuata con impianto centralizzato e le relative tubazioni devono essere ubicate in apposite e distinte sedi, facilmente ispezionabili e sezionabili realizzate con accorgimenti atti ad evitare erronei collegamenti e senza interferire con altre reti.

Nelle strutture esistenti, nelle more della realizzazione dell'impianto centralizzato e Comunque in caso di emergenza, può essere consentita l'utilizzazione di dispositivi mobili con carrelli all'uopo predisposti, atti ad assicurare la stabilità dei recipienti di gas medicali compressi.

Le bombole devono essere contenute in un apposito locale aerato, dotato di dispositivi di tenuta delle bombole, in ogni caso in conformità alle vigenti normative di sicurezza e prevenzione incendi.

Si richiama infine la necessità di corrispondere ai dettati della Circolare Ministeriale n. 5 del 14.3.1989 che disciplina la materia della esposizione professionale ad anestetici in sala operatoria.

Gas combustibili

La distribuzione dei gas combustibili deve avvenire nel rispetto del disposto della legge 16 dicembre 1971 n. 1083 "Norme per la sicurezza di impiego del gas combustibile" e dei decreti aggiuntivi ed in conformità alle norme di prevenzione Incendi".

l) Impianti ed apparecchi a pressione

Gli impianti e gli apparecchi a pressione devono essere realizzati e mantenuti in esercizio secondo le norme di prevenzione infortuni desumibili dal Regio Decreto 12 maggio 1927 n. 824 "Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R.D. 9 luglio 1926 n. 1331 che costituisce l'Associazione Nazionale per il Controllo della combustione" e dei successivi decreti modificativi ed integrativi con le specificazioni tecniche applicative.

m) Impianti elevatori

Negli edifici a più piani devono essere previsti elevatori in numero adeguato ai flussi di traffico e comunque separati per lettighe ed ammalati, per visitatori, per materiale pulito e vitto, per materiale sporco.

Anche in situazioni di ridotto flusso di traffico, in relazione alla capacità ed alla tipologia della struttura, i collegamenti verticali non potranno essere funzionalmente organizzati con meno di 3 impianti elevatori di cui almeno 1 per lettighe, nelle strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti.

Per le sole strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero a ciclo diurno, i collegamenti verticali potranno essere funzionalmente organizzati con due impianti elevatori di cui almeno uno per lettighe.

Gli impianti, gli apparecchi, le attrezzature e le macchine, devono essere sottoposte a manutenzione ordinaria e straordinaria secondo le indicazioni dei costruttori, delle norme di buona tecnica e di legge.

L'effettuazione degli interventi e le indicazioni che ne derivino dovranno essere riportati su apposito documento.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI SPECIFICI PER LE STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN REGIME AMBULATORIALE.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Per ambulatorio di assistenza specialistica si deve intendere la struttura o luogo fisico, intra od extraospedaliero, preposto alla erogazione di prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

I requisiti sotto riportati sono specificatamente riferiti alle attività ambulatoriali e non si applicano agli studi destinati all'esercizio di professioni sanitarie e non si applicano altresì ai servizi analoghi operanti in strutture di ricovero e cura e a favore esclusivo dei degenti, fatto salvo il rispetto della normativa vigente in materia di autorizzazione all'esercizio della attività di ospedalità privata e in materia di sicurezza.

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

I locali della struttura che eroga prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale devono garantire autonomia logistica, strutturale e funzionale rispetto ad altri locali in cui si svolge attività non sanitaria.

La dotazione minima di ambienti per l'attività ambulatoriale è la seguente:

- sala per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi; la sala deve essere dotata di lavabo con comandi non manuali;
- spazi per attesa, accettazione, attività amministrative, differenziati da quelli di percorso ove ciò sia necessario in relazione alle misure di sicurezza.

Lo spazio per l'attesa deve essere dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi.

Qualora nello stesso presidio coesistano attività sanitarie diverse, gli spazi per l'attesa, accettazione, attività amministrative e comunicazione interna del personale (se prevista), possono essere in comune per le diverse tipologie di prestazioni erogate nel presidio purché opportunamente dimensionati;

- servizi igienici distinti per utenti e personale; il servizio per gli utenti deve essere limitrofo alla sala d'attesa;
- spazio/locale per la refertazione, ove necessario;
- spazio/locali per deposito di materiale pulito;
- spazio/locali per deposito di materiale sporco;
- spazi o armadi per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni.

REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI

Il locale ambulatorio deve disporre di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta.

Nel caso in cui il locale ambulatorio accolga risorse tecnologiche destinate a prestazioni diverse, queste non possono essere usate in contemporanea su pazienti diversi.

Inoltre, deve essere prevista la seguente dotazione minima tecnologica:

- carrello per la gestione dell'emergenza.

REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI

Ogni struttura erogante prestazioni ambulatoriali deve possedere i seguenti requisiti Organizzativi:

- le strutture eroganti prestazioni afferenti a più specialità devono individuare un responsabile medico con funzioni di direttore sanitario, a rapporto di impiego o professionale, con il compito di garantire l'organizzazione tecnico-sanitaria, l'applicazione del regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento della struttura;
- il direttore responsabile può essere individuato anche tra i medici specialisti operanti nel presidio stesso e deve garantire la propria presenza per almeno il 25% delle ore di attività del presidio;
- durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale deve essere prevista la presenza di almeno un medico.

Il medico/i deve/devono essere in possesso della specializzazione inerente la specifica attività clinica esercitata e in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta.

- personale non medico, qualificato e abilitato, ove occorra, in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta;
- deve essere garantita almeno una unità infermieristica.
- tutti i materiali, farmaci, confezioni soggetti a scadenza, devono portare in evidenza la data della scadenza stessa;
- le prestazioni effettuate devono essere registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente; le registrazioni e le copie dei referti vanno conservate secondo le modalità e i tempi sanciti dalla normativa vigente.

Dev'essere presente un documento con l'elenco di tutte le prestazioni erogate nell'ambulatorio.

Tale elenco, almeno in forma sintetica per gruppi di prestazioni, dev'essere a conoscenza degli utenti.

Devono essere indicati i responsabili delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio.

Deve esistere una pianificazione temporale delle visite al fine di ridurre al minimo il tempo d'attesa ed il disagio dell'utente.

L'ambulatorio deve possedere dati relativi alle proprie liste d'attesa.

Allegato E)

Requisiti estratti da Deliberazione della Giunta Regionale n. 70-38747 del 25 giugno 1990

A) Il punto prelievo decentrato svolge, esclusivamente, le funzioni di prelievo o somministrazioni per prove e indagini funzionali e non vi si possono effettuare indagini su materiale biologico di provenienza umana.

B) Le attività di prelievo devono essere svolte in specifico/i locale/i ritenuti idonei sotto l'aspetto igienico-sanitario dall'ASL territorialmente competente.

In particolare devono essere dotati, oltre che del o dei locale/i adibiti all'attività di prelievo, anche di un servizio igienico e deve essere garantito lo smaltimento dei rifiuti secondo le norme di legge vigenti.

I locali possono essere collocati presso altra struttura sanitaria, quale quella poliambulatoriale, a condizione che gli stessi vengano adibiti ad esclusiva attività di prelievo, la quale deve essere immediatamente identificabile sia per la tipologia dell'attività che per la titolarità dell'autorizzazione, al fine di evitare possibili commistioni con strutture sanitarie diverse.

C) All'interno della/e sala/e prelievi, devono essere presenti:

a – un lettino

b – materiale per l'effettuazione dei prelievi e per l'etichettatura dei campioni prelevati

c – materiale di pronto soccorso

d – un frigorifero od altro mezzo idoneo alla conservazione del materiale prelevato.

D) Il materiale deve essere trasmesso alla sede di esecuzione delle analisi attraverso contenitori idonei e a tenuta.

E) L'attività di prelievo deve essere garantita dalla presenza di un medico prelevatore, che potrà avvalersi della collaborazione di altri operatori.

Il direttore tecnico del laboratorio analisi di cui il punto di prelievo è struttura decentrata, è responsabile della funzionalità e organizzazione del punto di prelievo in ordine al corretto prelievo dei campioni, al loro adeguato e tempestivo trasporto, nonché alla sollecita consegna dei referti.

L'autorizzazione all'attivazione del punto prelievo soggiace alla procedura di cui agli artt. 13 e 14 della L.R. 55/87.

L'ASL territorialmente competente è tenuta, ai sensi dell'art. 16 della L. R. 55/87, a verificare, anche per il punto prelievo, la permanenza dei requisiti, oggetto di autorizzazione ed il corretto espletamento dell'attività dello stesso.