

REQUISITI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

CURE DOMICILIARI DI BASE, DI I, II E III LIVELLO

(Ai sensi dell'Intesa del 04 agosto 2021 Rep. Atti n. 151/CSR)

Tutti i requisiti del presente documento rispettano la struttura già impiegata per gli altri manuali di accreditamento e sono divisi, pertanto, in 4 fasi di monitoraggio basate sulla sequenza (Plan-Do-Check-Act) che aiutano a garantirne il mantenimento nel tempo.

- **La Fase 1** richiede, di solito al primo accreditamento o, comunque, alla prima verifica dopo l'approvazione del nuovo manuale, la presenza e i contenuti dei documenti di indirizzo e pianificazione, quali ad esempio: la missione, le politiche, i piani, le linee guida, le istruzioni, le check-list, ecc.).

- **Le Fasi 2, 3 e 4** riguardano rispettivamente l'applicazione dei documenti predisposti, l'autovalutazione/verifica della corretta applicazione con produzione di report e, infine, l'adozione di azioni correttive eventualmente necessarie.

Più in particolare:

- Fase 2 – La valutazione del soddisfacimento dei requisiti di questa fase viene effettuata tramite l'osservazione sul campo, interviste o valutazione delle, dei dati e di altri documenti. Questa fase richiede la conoscenza, la consapevolezza e l'implementazione di quanto pianificato, sia da parte della Direzione sia da parte del personale;

- Fase 3 – Questa fase richiede di documentare i risultati dell'implementazione delle evidenze delle fasi precedenti;

- Fase 4 – Questa fase presuppone che i dati raccolti, in base alle evidenze definite nella fase precedente, siano analizzati e valutati e che, sulla base di questi, vengano definite le priorità e pianificate azioni di miglioramento della sicurezza e della qualità delle strutture, dei processi e degli esiti.

INDICE DEI REQUISITI

FATTORI/CRITERI DI QUALITA'	REQUISITI PER CIASCUN FATTORE	CAMPO DI APPLICAZIONE
FATTORE/CRITERIO 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto 2. Programmi per lo sviluppo delle reti assistenziali 3. Definizione delle responsabilità 4. Presa in carico 5. Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati) 6. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi 	
FATTORE /CRITERIO 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipologia di prestazioni e di servizi erogati 2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti 3. Continuità assistenziale 4. Monitoraggio e valutazione 5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria 	
FATTORE /CRITERIO 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Idoneità all'uso delle strutture (sede operativa e relative caratteristiche) 2. Contattabilità telefonica 3. Dotazioni informatiche 4. Dotazioni di materiali sanitari 	
FATTORE /CRITERIO 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica 2. Inserimento e addestramento di nuovo personale 3. Valutazione del personale 	
FATTORE /CRITERIO 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Modalità di comunicazione interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori 2. Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione 3. Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver 4. Coinvolgimento delle persone assistite, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali 5. Modalità di ascolto delle persone assistite 	
FATTORE/CRITERIO 6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche 2. Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure 3. Programma per la gestione del rischio clinico 	
FATTORE/CRITERIO 7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Progetti di miglioramento 2. Adozione di iniziative di innovazione 	
FATTORE/CRITERIO 8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmi per l'umanizzazione delle cure 	

FATTORE/CRITERIO 1

Attuazione di un sistema di gestione dei servizi, al fine di fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità, in quanto "fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria, una gestione dell'organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un'ottica di miglioramento continuo".

1. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione definisce 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 MMG e PLS, i servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, infermieri di famiglia e di comunità, la COT.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto della modalità di programmazione, pianificazione e organizzazione delle attività di assistenza indicata nella Fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio (almeno triennale) dei seguenti aspetti: a) pianificazione; b) programmazione; c) organizzazione.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato sono state apportate azioni correttive e vi è evidenza che tali azioni abbiano raggiunto i risultati attesi.			
2. Programmi per lo sviluppo delle reti assistenziali		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione 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.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Sono attuati specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti all'interno delle reti assistenziali integrate, delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico e delle reti tra centri regionali, anche in collegamento con le strutture sanitarie, con altre strutture socio-sanitarie e sociali e con le strutture ambulatoriali.			

FASE 3: MONITORAGGIO	L'organizzazione valuta la corrispondenza tra quanto pianificato e quanto attuato ed effettua una raccolta dati sul raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione all'interno delle reti assistenziali;			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema delle reti (assistenziali, cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico), anche tra centri regionali.			
3. Definizione delle responsabilità		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) definisce il proprio organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni; b) 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; c) definisce le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale; d) elabora e adotta un regolamento del personale.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza che tutta l'organizzazione conosca la struttura di governo, con particolare riferimento ai responsabili (amministrativo e sanitario, se previsto), ai loro sostituti e alle rispettive competenze; Vi è evidenza che per ogni lavoratore impiegato per lo svolgimento dei servizi: a) vengano applicati i contratti di lavoro e i relativi accordi integrativi (rispetto delle norme relative all'assicurazione del personale contro gli infortuni sul lavoro, alla disoccupazione involontaria, all'invalidità, alla vecchiaia, ecc.); b) sia stato predisposto e venga tenuto – presso la sede operativa - un fascicolo contenente: dati anagrafici, qualifica di assunzione, estremi delle posizioni assicurative e previdenziali, orario di lavoro settimanale e contratto di lavoro o di collaborazione e dossier formativo; c) dell'elaborazione e dell'adozione di un regolamento del personale.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza che periodicamente (ed ogni qualvolta vi sia un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura) venga effettuata			

	una valutazione dell'efficacia dell'organizzazione, delle responsabilità e degli strumenti di delega.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati annuali raggiunti, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi, dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
4. Presa in carico		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) adotta strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti; b) garantisce che il PAI sia redatto dall'apposita unità di valutazione multidimensionale ai sensi dell'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017; c) garantisce che il PAI sia puntualmente aggiornato dall'équipe di cura in relazione alla modifica dei bisogni; d) garantisce che il PAI contenga: o valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali; o l'identificazione degli obiettivi di salute; o la pianificazione delle attività; o la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare; o le figure professionali coinvolte e il referente del caso; o il caregiver della persona assistita; o gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica dei bisogni; e) verifica che le attività previste vengano effettuate:			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
5. Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione:			

	<p>a) adotta, coerentemente con quanto previsto dall'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017 in merito ai livelli di intensità assistenziale, il <i>fascicolo sanitario domiciliare</i> informatizzato, integrato secondo standard di interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico e periodicamente aggiornato, che comprenda, oltre a quanto previsto dal requisito autorizzativo 3.2.6:</p> <ul style="list-style-type: none"> o il PAI con tutti gli elementi descritti al punto 1.4; o le conclusioni del colloquio di presa in carico; o elementi di rischio specifici del paziente; o le attività e le prestazioni erogate; o le rivalutazioni periodiche e i relativi esiti; o la data e le motivazioni della chiusura del PAI; o il documento di dimissione; <p>b) garantisce la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del <i>diario assistenziale</i> che deve contenere, in conformità con il requisito autorizzativo 3.2.6, 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;</p> <p>c) 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;</p> <p>d) assicura la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività e prestazioni erogate;</p> <p>e) attua le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIAD-NSIS), laddove previsto;</p> <p>f) 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.</p>			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.</p> <p>Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>			

6. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) elabora un piano annuale per il miglioramento della qualità dei servizi in cui vengono descritti gli obiettivi, le attività previste, gli indicatori per il monitoraggio tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali; b) il piano di miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi; c) relazione annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Le attività di valutazione degli esiti e della qualità delle prestazioni e dei servizi sono svolte e documentate con periodicità almeno annuale ed evidenziano la partecipazione del personale nonché dei pazienti e dei familiari/caregiver.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del controllo periodico (almeno annuale) e dell'eventuale adeguamento del sistema di valutazione della qualità del servizio in maniera tale da garantire la validità e l'affidabilità, nel tempo, di tutte le misure e delle strategie di comunicazione dei dati.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base dei risultati delle valutazioni effettuate sulle prestazioni e sui servizi, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento delle performance. Vi è evidenza dell'efficacia delle azioni correttive eventualmente messe in atto.			

FATTORE/CRITERIO 2

Prestazioni e servizi, indicando l'offerta di prestazioni nell'ottica della presa in carico, garantendo, ove necessario, la continuità nell'ambito di PDTA, strutturati ed espliciti, in quanto "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 fondere azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti e con i cittadini".

1. Tipologia di prestazioni e di servizi erogati		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>L'organizzazione:</p> <p>a) eroga le prestazioni comprese nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza indicando le tipologie (cure domiciliari base, di I, II, III livello);</p> <p>b) 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, 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;</p> <p>c) aggiorna la Carta dei Servizi periodicamente e ogni qualvolta intervengano modifiche sostanziali nell'erogazione dei servizi.</p>			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	<p>La Carta dei servizi è stata redatta, approvata e diffusa, anche attraverso sistemi informatici (sito web ad esempio), secondo le procedure esistenti e il materiale informativo è a disposizione dell'utenza.</p>			
FASE 3: MONITORAGGIO	<p>L'organizzazione rivaluta periodicamente (almeno annualmente) le informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nell'eventuale ulteriore materiale informativo a disposizione dell'utenza.</p> <p>Tali documenti vengono diffusi e distribuiti con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei pazienti e del volontariato.</p>			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>Sulla base delle analisi effettuate, sono state valutate le priorità ed individuate specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti.</p> <p>Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>			

2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>L'organizzazione:</p> <p>a) 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 MMG/PLS, 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;</p> <p>b) 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;</p> <p>c) adotta, a tal fine, procedure per la gestione dei percorsi e la definizione delle responsabilità;</p> <p>d) adotta un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria.</p>			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
3. Continuità assistenziale		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>L'organizzazione:</p> <p>a) assicura la continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nel PAI;</p> <p>b) 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 I livello e per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di II e di III livello in coerenza con quanto previsto al punto 3.2.2 dei requisiti autorizzativi;</p> <p>c) individua un Referente del caso per la persona assistita, i familiari/caregiver e per gli altri operatori dell'équipe assistenziale, riportato nel fascicolo sanitario domiciliare e nel diario assistenziale;</p> <p>d) garantisce, in particolare, anche con riferimento a dimissioni protette, che:</p>			

	<ul style="list-style-type: none"> o 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 apposite strumenti da inserire nel fascicolo sanitario domiciliare o nel diario assistenziale; o la documentazione sanitaria della persona assistita sia a disposizione degli operatori coinvolti nel PAI. 			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione dei seguenti aspetti: <ul style="list-style-type: none"> a. continuità assistenziale degli ospiti e coordinamento delle cure; b. trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna dei pazienti presso altre tipologie di assistenza. 			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
4. Monitoraggio e valutazione		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: <ul style="list-style-type: none"> a) 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; b) si attiene alle modalità previste dall'Azienda sanitaria per il coinvolgimento e l'informazione del MMG e dei PLS, degli specialisti e di eventuali servizi distrettuali/aziendali coinvolti nel processo di cura; c) mette in atto per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate; d) 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; e) adotta modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività. 			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			

FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti e della qualità.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.			
5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) adotta procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo; b) analizza i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive; c) formalizza e attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e delle attività indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio sui seguenti aspetti: a. qualità della documentazione sanitaria; b. rispetto delle regole di gestione della documentazione e dei tempi per l'accesso alla documentazione sanitaria; c. rispetto della politica della privacy e della riservatezza delle informazioni, nonché della sicurezza nell'accesso e conservazione della documentazione sanitaria.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni per il miglioramento della qualità. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto gli effetti desiderati.			

FATTORE/CRITERIO 3

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

1. Idoneità all'uso delle strutture (sede operativa e relative caratteristiche)		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) dispone di una sede operativa sita nel territorio della Azienda sanitaria nella quale si esercita l'attività domiciliare; b) è dotata di una segreteria operativa che garantisca la continuità del servizio, in coerenza con quanto previsto al punto 3.2.2 dei requisiti autorizzativi; c) 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 équipe); d) assicura la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto dei requisiti indicati nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio sui seguenti aspetti: a. Gestione aree a rischio; b. Formazione (effettuata e da effettuare) in materia di sicurezza ambienti di lavoro.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
2. Contattabilità telefonica		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
PUNTI DA VERIFICARE NELLA FASE 1 E DA MONITORARE NELLE SUCCESSIVE FASI (come mantenimento e assenza di variazioni)	L'organizzazione garantisce: o che nella sede operativa sia presente una linea telefonica dedicata per le persone assistite, i familiari e per gli operatori (anche attraverso un numero verde per facilitare le modalità di contatto degli assistiti con il servizio); o la dotazione di un telefono mobile per ogni operatore, che possa fungere da strumento informatico per la trasmissione dei dati.			

3. Dotazioni informatiche		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
PUNTI DA VERIFICARE NELLA FASE 1 E DA MONITORARE NELLE SUCCESSIVE FASI (come mantenimento e assenza di variazioni)	<p>L'organizzazione garantisce la presenza nella sede operativa di una dotazione informatica con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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, teleassistenza e altro) ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 10 dicembre 2020 e delle normative vigenti. 			
4. Dotazioni di materiali sanitari		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
PUNTI DA VERIFICARE NELLA FASE 1 E DA MONITORARE NELLE SUCCESSIVE FASI (come mantenimento e assenza di variazioni)	<p>L'organizzazione:</p> <p>a) garantisce la presenza di una dotazione di materiali sanitari in relazione al livello di cure domiciliari da svolgere, come da indicazioni dell'Azienda sanitaria;</p> <p>b) si attiene alle modalità aziendali della erogazione per i farmaci, le apparecchiature elettromedicali e i presidi necessari all'attività domiciliare.</p>			

FATTORE/CRITERIO 4

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

1. Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) garantisce l'individuazione di un responsabile della formazione; b) garantisce la definizione di un piano annuale di formazione che preveda la rilevazione dei fabbisogni formativi, la programmazione della attività formative, la valutazione dell'efficacia delle stesse e della soddisfazione da parte del personale; c) cura la formazione negli ambiti specifici richiamati ai punti 4.2 (nuovo personale), 6.2 (procedure), 8.1 (umanizzazione).			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza (anche nel fascicolo/dossier individuale) della partecipazione del personale (dipendente e non) alle attività programmate di formazione/aggiornamento e addestramento, dell'individuazione di un responsabile della formazione e del piano di formazione.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza della valutazione (almeno annuale): - dell'efficacia dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento; - della soddisfazione del personale.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità nonché adottate specifiche azioni per il miglioramento della programmazione della formazione e della relativa verifica. E' evidente che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
2. Inserimento e addestramento di nuovo personale		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) mette in atto un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il nuovo personale; b) formalizza e mette in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti; c) adotta e mette in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale per il nuovo personale entro il 1° anno;			

	d) prevede una valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto dei piani sopraindicati.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del monitoraggio periodico (tramite la valutazione e l'autovalutazione) dell'efficacia dei programmi di orientamento/inserimento del nuovo personale, neo assunto/trasferito.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei programmi di orientamento e dei piani per l'inserimento dei nuovi addetti. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
3. Valutazione del personale		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) 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.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto dei piani e delle attività indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico (almeno annuale) monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			

FATTORE/CRITERIO 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 del 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".

1. Modalità di comunicazione interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione mette in atto meccanismi operativi che favoriscano la comunicazione tra gli operatori del servizio e azioni per un eventuale miglioramento, anche con la programmazione e l'effettuazione di regolari riunioni di équipe.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto dei meccanismi operativi e delle azioni indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
2. Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) effettua indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori; b) facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle indagini e valutazioni indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
3. Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) attua una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/caregiver; b) definisce, attua e documenta procedure di informazione alla persona assistita e ai suoi familiari/caregiver sulle procedure da adottare per la prevenzione delle complicanze e dei rischi correlati all'assistenza (iniezioni, cadute, ecc...) sulla somministrazione della terapia e sulla gestione di dispositivi, protesi e ausili.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure indicate nella fase 1.			

FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
4. Coinvolgimento delle persone assistite, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) adotta modalità operative finalizzate a preservare e favorire i rapporti fiduciari tra le persone assistite e gli operatori anche contenendo il turn over del personale; b) garantisce che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale; c) garantisce che venga prevista una rivalutazione periodica del PAI, condivisa con le persone assistite, i familiari/caregiver e il MMG o PLS; d) 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.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle modalità operative indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
5. Modalità di ascolto delle persone assistite		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) prevede un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/caregiver, le cui conclusioni sono riportate nel fascicolo sanitario domiciliare; b) 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 di riferimento; c) prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (Customer Satisfaction) anche in funzione delle disposizioni regionali.			

FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto delle procedure e degli strumenti indicati nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			

FATTORE/CRITERIO 6

Appropriatezza clinica e sicurezza, in quanto l'efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure, ed è necessario garantire che la struttura attui processi sistematici e metta a disposizione strumenti per supportare le proprie articolazioni nell'adozione delle pratiche migliori, in quanto "L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati".

1. Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) applica tutti i protocolli, le procedure di buona pratica professionale e le istruzioni operative presenti nell'Azienda sanitaria di riferimento, formulati secondo i principi della Evidence Based Practice (EBP), corredati di indicatori di esito; b) garantisce l'accessibilità del personale alla raccolta aggiornata di regolamenti interni, linee guida e documenti di riferimento nazionali e internazionali.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza dell'applicazione di tutti gli aspetti indicati nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
2. Procedure operative per la qualità e la sicurezza delle cure		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) 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: <ul style="list-style-type: none"> o prevenzione e gestione delle lesioni da pressione; o prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione; o prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio); o somministrazione delle terapie farmacologiche; o somministrazione della terapia trasfusionale; o valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale; o gestione dei cateteri vescicali, stomie, sondini nasogastrici e cateteri venosi; 			

	<ul style="list-style-type: none"> o valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario; b) garantisce il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale). 			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza dell'applicazione delle procedure indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico (almeno triennale) monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			
3. Programma per la gestione del rischio clinico		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	<p>L'organizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) 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; b) definisce le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico. 			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della messa in atto di procedure per la valutazione del rischio e per la sicurezza di operatori, ospiti e ambiente del documento di cui alla fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	<p>Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate e delle informazioni derivanti dall'analisi della reportistica, vengono intraprese azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi.</p> <p>Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.</p>			

FATTORE/CRITERIO 7

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

1. Progetti di miglioramento		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione 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.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza della formalizzazione del piano di miglioramento della qualità e della sicurezza (o altro documento di individuazione delle aree prioritarie di intervento in tale ambito) e della condivisione con il personale, il quale dovrà essere educato e formato sui temi legati alla qualità.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza della revisione periodica (almeno annuale) dei documenti di programmazione sulla base degli indirizzi regionali e sulle indicazioni provenienti dal personale operante nella struttura, dai rappresentanti della comunità di riferimento e delle associazioni di settore o portatori di interesse. Vi è evidenza che il personale e i pazienti possono disporre in qualsiasi momento dei risultati del monitoraggio per conoscere la qualità delle prestazioni.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati del monitoraggio della qualità delle prestazioni vengono valutate le priorità ed adottate specifiche azioni correttive di miglioramento dell'efficacia dei piani annuali di attività e di qualità. Vi è evidenza che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati.			
2. Adozione di iniziative di innovazione		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione 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'équipe curante.			

FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi evidenzia della messa a disposizione degli strumenti di cui alla fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza della continua innovazione e miglioramento nell'uso degli strumenti di cui alla fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			

FATTORE/CRITERIO 8

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

1. Programmi per l'umanizzazione delle cure		RISPOSTA	EVIDENZA	OSSERVAZIONI
FASE 1: DOCUMENTI DI INDIRIZZO E PIANIFICAZIONE	L'organizzazione: a) 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 counselling (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie"); b) attua modalità concordate con l'Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili; c) 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.			
FASE 2: IMPLEMENTAZIONE	Vi è evidenza dell'applicazione delle procedure indicate nella fase 1.			
FASE 3: MONITORAGGIO	Vi è evidenza del periodico monitoraggio e revisione di tutti gli aspetti della fase 1.			
FASE 4: MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	Sulla base del monitoraggio effettuato e delle criticità riscontrate, vengono adottate azioni correttive per il miglioramento della qualità.			