

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 febbraio 2022, n. 134

Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell'art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6.

L'Assessore, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Responsabile P.O. e dalla Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale-Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR e confermata dai Dirigenti delle Sezioni "Strategie e Governo dell'Offerta", "Risorse Strumentali e Tecnologiche", "Amministrazione, Finanza e Controllo – Sport per Tutti" riferisce quanto segue:

VISTO:

- il D.Lgs. n.502/1992 s.m.i., che, all'art.2, co.1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la legge regionale n.25 del 2006 che, all'art. 14, prevede che la erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali sia posta in capo al Distretto;
- il Decreto ministeriale n.70 del 2015 con cui è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n.198/CSR del 13 gennaio 2015);
- l'Accordo Stato – Regioni del 15 settembre 2016 (Rep. n. 160) concernente il Piano Nazionale della Cronicità;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1937 del 30 novembre 2016 con la quale veniva approvato lo schema di Disciplina regolante i rapporti tra la Regione Puglia e le Aziende Sanitarie beneficiarie delle risorse di cui al P.O.R. Puglia 2014-2020 - Asse IX - Azione 9.12 "Interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari territoriali a titolarità pubblica";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 129 del 26/01/2018 recante: Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018; Il predetto Piano ha previsto: a) alla sezione GOTER 02.05.01 l'adozione del Protocollo operativo e direttive regionali sulla organizzazione e funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza e degli Ospedali di Comunità; b) alla sezione GOTER 02.05.04 la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dell'Ospedale di Comunità e le relative tariffe;
- il Regolamento Regionale 21 gennaio 2019, n.7 recante: "Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza", pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 9 del 25/01/2019, con integrazioni pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n.18 del 14/02/2019;
- il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n.23 recante: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017", parzialmente modificato dal Regolamento regionale n.14 del 2020, pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia del 24 agosto 2020, in attuazione del Decreto Legge n. 34 del 2020;
- il Patto per la Salute 2019-2021, approvato con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 18 dicembre 2019;
- l'Intesa Stato-Regioni n.17/CSR del 20 febbraio 2020 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità;
- la deliberazione di Giunta regionale n.333 del 10 marzo 2020 "Approvazione documento "La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 375 del 19 marzo 2020 con la quale veniva approvato il Regolamento regionale "Modifiche al Regolamento regionale n.7/2019 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)";

- il Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19” convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77;
- le Conclusioni della Riunione straordinaria del Consiglio europeo del 17 - 21 luglio 2020;
- l’Accordo, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento “Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38”.Rep. Atti n. 118/CSR del 27 luglio 2020;
- la Strategia annuale per la crescita sostenibile 2021 (COM(2020) 575 final del 17 settembre 2020);
- il Regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio del 14 dicembre 2020 che istituisce uno Strumento dell’Unione europea per la ripresa, a sostegno alla ripresa dell’economia dopo la crisi COVID-19;
- il Regolamento (UE, Euratom) 2020/2093 del Consiglio del 17 dicembre 2020 che stabilisce il Quadro finanziario pluriennale per il periodo 2021-2027;
- il Documento di lavoro dei servizi della commissione ‘Orientamenti per i Piani per la ripresa e la resilienza degli Stati Membri’ (SWD(2021) 12 final del 22 gennaio 2021);
- il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il Dispositivo per la ripresa e la resilienza;
- il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), approvato dal Governo e trasmesso il 30 aprile alla Commissione Europea;
- la Proposta della Commissione europea di Decisione di esecuzione del Consiglio relativa all’approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e la resilienza dell’Italia (COM(2021) 344 final del 22 giugno 2021) così come approvata nel Consiglio “Economia e finanza” del 13 luglio 2021;
- la deliberazione di Giunta regionale n.1179 del 14 luglio 2021 ad oggetto: “Recepimento Accordo Stato – Regioni n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 ed approvazione del documento “Indicazioni Regione Puglia per l’erogazione di prestazioni in telemedicina”. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 951/2019 e n.2111/2020 - nomenclatore specialistica ambulatoriale”;
- il D.L. del 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108, avente ad oggetto “Governance del Piano Nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”, definisce il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare e agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- l’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 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’articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”. Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021;
- il D.M. del 6 Agosto 2021 recante disposizioni in tema di “Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l’attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione”, garantisce la ripartizione delle somme e la conseguente assegnazione provvisoria delle stesse alle Regioni e alle Province Autonome responsabili dell’attuazione di specifiche linee progettuali all’interno della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

PREMESSO CHE:

la necessità di rafforzare il sistema di assistenza territoriale ha assunto una nuova rilevanza nell’ambito dell’emergenza epidemiologica da Covid-19 e, in tal senso, il Decreto Rilancio, D.L. 34/2020, coordinato con modificazioni dalla legge 77/2020, contiene all’art. 1 disposizioni volte a rafforzare l’assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale;

RICHIAMATI:

➤ il decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, coordinato con la legge di conversione 1° luglio 2021, n. 101, recante: «Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre

misure urgenti per gli investimenti.»; che approva il piano nazionale per gli investimenti complementari al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e che, con riferimento al tema della Salute, è focalizzato su due obiettivi: il rafforzamento della rete territoriale e l'ammmodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con il rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina;

➤ il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2021, n. 108, recante: «Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure.»;

➤ il Decreto 06 agosto 2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione; tale decreto, oltre ad assegnare alle singole amministrazioni le risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi di cui sono titolari, prevede che le amministrazioni coinvolte adottino ogni iniziativa necessaria ad assicurare l'efficace e corretto utilizzo di tali risorse e la tempestiva realizzazione degli interventi, secondo il cronoprogramma previsto dal PNRR, con particolare riferimento a:

- 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona;
- 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina;

- 1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI);
- 1.2.2. Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
- 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici;

- 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

➤ La nota del Ministero della Salute - Unità di missione per l'attuazione del PNRR ad oggetto: "*Missione 6 PNRR – progetti a regia: Presentazione "Action Plan", "schede intervento" e piattaforma informatica. Seguiti all'incontro del 20 dicembre 2021*", nella quale sono indicate le scadenze relative agli adempimenti cui deve attenersi la Regione con riferimento agli interventi della Missione 6 del PNRR.

CONSIDERATO CHE:

La pandemia ha riportato al centro del dibattito la necessità di intervenire e rinnovare alcuni elementi chiave del SSN italiano, anche in considerazione della transizione demografica ed epidemiologica in atto a cui consegue una crescente domanda di salute a bisogni complessi che richiedono una risposta efficace in termini di servizi integrati, forniti in particolare attraverso la rete dell'assistenza territoriale.

Infatti, il setting assistenziale migliore per assistere pazienti cronici, disabili ed anziani è quello delle cure primarie e di prossimità in grado di rispondere ai bisogni di salute del paziente al proprio domicilio o nella comunità di riferimento, anche attraverso interventi di educazione, promozione e prevenzione alla salute.

Come dimostrato precedentemente in letteratura sistemi sanitari con all'interno "forti" sistemi di cure primarie sono associati a migliori outcome di salute della popolazione.

Inoltre, sistemi sanitari caratterizzati da un'assistenza di prossimità capillare e vicino alla comunità di riferimento garantiscono una maggiore equità nell'accesso ai servizi di base e quindi una più equa distribuzione della salute nella popolazione con un contestuale contenimento dei costi.

Le principali criticità che la pandemia da Covid-19 ha fatto emergere più o meno omogeneamente su tutto il territorio nazionale riguardano perlopiù la grande variabilità geografica in termini qualitativi e quantitativi dei servizi sanitari erogati nell'ambito della prevenzione e dell'assistenza territoriale, così come la scarsa capacità di integrazione tra i servizi ospedalieri, i servizi sanitari locali e i servizi sociali.

L'emergenza ha inoltre evidenziato l'importanza cruciale di avere soluzioni tecnologiche e digitali a supporto della salute pubblica e dell'assistenza sanitaria in tutti i setting assistenziali, sia come strumenti per la presa in carico del paziente a domicilio sia come strumenti di integrazione e di comunicazione tra professionisti appartenenti a setting assistenziali diversi.

Si aggiunga che la Componente 1 della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) mira a potenziare e a rendere omogenea l'offerta della rete territoriale su tutto il territorio nazionale attraverso interventi normativi e strutturali tesi a rispondere ai bisogni di salute della comunità, migliorando l'equità di accesso ai servizi sanitari della popolazione indipendentemente dal luogo in cui si vive e dalle condizioni socio-economiche. Rispetto alle previsioni di cui alla Citata Missione 6, nelle more della ripartizione alle Regioni delle risorse per l'attuazione della missione 6 PNRR, componenti 1 e 2, occorre fornire indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali, al fine di garantire un utilizzo delle risorse stanziato, rispetto alle esigenze di programmazione regionale.

Pertanto, la riorganizzazione e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, sociale e sanitaria, costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati devono orientarsi per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle transizioni epidemiologica, demografica e sociale che hanno modificato il quadro di riferimento degli ultimi decenni portando a cambiamenti strutturali e organizzativi. La gestione integrata tra differenti professionalità, servizi e attori istituzionali e sociali, si è rivelata uno strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti in termini di efficacia ed efficienza.

CONSIDERATO, ALTRESÌ, CHE

- La ASL BR, sulla base degli atti di programmazione regionale di cui al Regolamento regionale n.7/2019 e alle Deliberazioni di Giunta regionale n. 333/2020 e n.375/2020, ha trasmesso istanza di realizzazione di un Ospedale di Comunità nel Comune di Latiano (nota prot. n. 57154 del 29/06/2021, acquisita al protocollo n.AOO_183/0010959 del 05/07/2021); tale istanza, sulla base della documentazione trasmessa, in riferimento ai predetti atti di programmazione, risulta motivata e condivisibile, nonché coerente con la previsione di cui all'Intesa del 20/02/2020 secondo cui "*l'O.d.C. può avere una sede propria*";

DATO ATTO CHE

- Ai fini della attuazione del PNRR, il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale, con nota prot. n. AOO_005- 7036 del 09/11/2021 ha avviato una prima ricognizione con le Aziende Sanitarie, al fine di identificare gli edifici esistenti quali strutture idonee per realizzare le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità;

GARANZIE DI RISERVATEZZA

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., e ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n.118/2011 e ss.mm.ii.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. K, propone alla Giunta di:

1. approvare il documento Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR) di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
2. recepire l'Intesa Stato-Regioni n.17/CSR del 20/02/2020 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
3. recepire l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 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'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178". Rep. Atti n. 151/CSR del 04/08/2021 di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
4. approvare la istituzione dell'Ospedale di Comunità nel Comune di Latiano (BR), sulla base degli atti di programmazione regionale di cui al Regolamento regionale n.7/2019 e alle Deliberazioni di Giunta regionale n. 333/2020 e n.375/2020, e, conseguentemente, integrare l'elenco degli Ospedali di Comunità contenuto nel Documento allegato al presente schema di provvedimento;
5. stabilire che con successivi provvedimenti saranno definiti i regolamenti regionali di definizione dei requisiti, in attuazione degli Accordi Stato – Regioni, di cui ai predetti punti 2) e 3), necessari al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale;
6. stabilire che la Direzione del Dipartimento "Promozione della Salute e del Benessere Animale" valuti, per il tramite delle Sezioni e Servizi competenti, le proposte pervenute dalle Direzioni strategiche delle ASL in merito agli edifici idonei per svolgere la funzione di Casa della Comunità o Ospedale di Comunità per l'attuazione della componente della Missione 6 del PNRR, nel rispetto delle tempistiche stabilite dall'Unità di Missione per l'attuazione del PNRR presso il Ministero della Salute;
7. fissare i seguenti standard per la realizzazione delle seguenti strutture:
 - Casa di Comunità: 1 ogni 40.000-50.000 abitanti;
 - Centrale Operativa Territoriale (COT): 1 ogni 100.000 o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
 - Ospedale di Comunità: dotato di 20 posti letto, 1 ogni 50.000 - 100.000 abitanti. - 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale;
8. avviare una interlocuzione con le direzioni strategiche delle ASL, a seguito di coinvolgimento delle conferenze dei Sindaci circa l'utilizzo del finanziamento PNRR, sulla base anche delle proposte pervenute dalle predette direzioni strategiche ;
9. provvedere con successivo provvedimento di Giunta a definire puntualmente e, eventualmente, aggiornare la rete dell'assistenza territoriale che dovrà essere comprensiva anche delle strutture finanziate con risorse rivenienti dal PNRR. Per ciascuna struttura saranno espressamente indicate le attività e i servizi ivi previsti;

10. riservarsi di modificare il quadro programmatico a seguito della definizione delle effettive disponibilità delle quote derivanti dal PNRR;
11. precisare che il presente provvedimento non costituisce alcuna assegnazione di finanziamento e che le aziende sanitarie assegnatarie potranno iscrivere i relativi crediti nei propri bilanci solo a seguito dell'adozione di appositi provvedimenti ministeriali;
12. dare mandato alla Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale di inviare il presente provvedimento al Ministero della Salute ed Age.Na.S. per avviare le interlocuzioni volte alla approvazione del programma definitivo;
13. stabilire che la programmazione provvisoria potrà subire modifiche o integrazioni a seguito delle interlocuzioni con le Amministrazioni centrali competenti;
14. disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul BURP, ai sensi della L.R. n. 13/1994.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio affidato è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

La Responsabile P.O.: Isabella CAVALLO

La Dirigente del Servizio SGAT-Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR: Antonella CAROLI

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta: Nicola LOPANE

La Dirigente del Servizio Sistemi Informativi e Tecnologie: Concetta LADALARDO

Il Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche : Benedetto Giovanni PACIFICO

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere, sulla proposta di delibera, osservazioni, ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.443/2015 e ss.mm.ii.

Il Direttore di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale: Vito MONTANARO

L'Assessore: Rocco PALESE

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
Viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
a voti unanimi espressi nei modi di legge

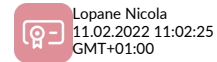
DELIBERA

1. di approvare il documento Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR) di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di recepire l'Intesa Stato-Regioni n.17/CSR del 20/02/2020 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di recepire l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 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'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178". Rep. Atti n. 151/CSR del 04/08/2021 di cui all'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. di approvare la istituzione dell'Ospedale di Comunità nel Comune di Latiano (BR), sulla base degli atti di programmazione regionale di cui al Regolamento regionale n.7/2019 e alle Deliberazioni di Giunta regionale n. 333/2020 e n.375/2020, e, conseguentemente, integrare l'elenco degli Ospedali di Comunità contenuto nel Documento allegato al presente provvedimento;
5. di stabilire che con successivi provvedimenti saranno definiti i regolamenti regionali di definizione dei requisiti, in attuazione degli Accordi Stato – Regioni, di cui ai predetti punti 2) e 3) , necessari al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale;
6. di stabilire che la Direzione del Dipartimento "Promozione della Salute e del Benessere Animale" valuti, per il tramite delle Sezioni e Servizi competenti, le proposte pervenute dalle Direzioni strategiche delle ASL in merito agli edifici idonei per svolgere la funzione di Casa della Comunità o Ospedale di Comunità per l'attuazione della componente della Missione 6 del PNRR, nel rispetto delle tempistiche stabilite dall'Unità di Missione per l'attuazione del PNRR presso il Ministero della Salute;
7. di fissare i seguenti standard per la realizzazione delle seguenti strutture:
 - Casa di Comunità: 1 ogni 40.000-50.000 abitanti;
 - Centrale Operativa Territoriale (COT): 1 ogni 100.000 o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
 - Ospedale di Comunità: dotato di 20 posti letto, 1 ogni 50.000 - 100.000 abitanti. - 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale;
8. avviare una interlocuzione con le direzioni strategiche delle ASL, a seguito di coinvolgimento delle conferenze dei Sindaci circa l'utilizzo del finanziamento PNRR, sulla base anche delle proposte pervenute dalle predette direzioni strategiche ;
9. di provvedere con successivo provvedimento di Giunta a definire puntualmente e, eventualmente, aggiornare la rete dell'assistenza territoriale che dovrà essere comprensiva anche delle strutture finanziate con risorse rivenienti dal PNRR. Per ciascuna struttura saranno espressamente indicate le attività e i servizi ivi previsti;
10. riservarsi di modificare il quadro programmatico a seguito della definizione delle effettive disponibilità delle quote derivanti dal PNRR;
11. precisare che il presente provvedimento non costituisce alcuna assegnazione di finanziamento e che le aziende sanitarie assegnatarie potranno iscrivere i relativi crediti nei propri bilanci solo a seguito dell'adozione di appositi provvedimenti ministeriali;
12. dare mandato alla Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale di inviare il presente provvedimento al Ministero della Salute ed Age.Na.S. per avviare le interlocuzioni volte alla approvazione del programma definitivo;
13. stabilire che la programmazione provvisoria potrà subire modifiche o integrazioni a seguito delle interlocuzioni con le Amministrazioni centrali competenti;
14. disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul BURP, ai sensi della L.R. n. 13/1994.

Il Segretario della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
RAFFAELE PIEMONTESE



Allegato

**Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete
Assistenziale Territoriale (art.1 decreto-legge 19 maggio
2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) -
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR).**

Premessa.

La Regione Puglia, nel corso degli ultimi anni, ha inteso promuovere lo sviluppo della sanità territoriale come principale risposta ai bisogni dei cittadini pugliesi, riducendo i tassi di ospedalizzazione eccessivamente elevati e promuovendo il ricorso ai servizi di assistenza primaria ed intermedia.

Con il Decreto ministeriale n. 70 del 2015 e la Legge di stabilità 2016, sono stati, difatti, individuati nuovi standard qualitativi, tecnologici e quantitativi al fine di portare le reti ospedaliere nazionali dentro omogenei parametri di sicurezza, efficacia di cura ed efficacia gestionale. Contestualmente, si è riconosciuto che la riorganizzazione della rete ospedaliera risulta insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali nonché dell'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere.

L'organizzazione di una rete territoriale di assistenza rappresenta il complemento necessario e ineludibile di tale razionalizzazione della rete ospedaliera, dovendo assicurare ai cittadini un presidio sanitario non ospedaliero che garantisca l'offerta sul territorio dei servizi di assistenza primaria ed intermedia, facilitando l'accesso a tutti i servizi territoriali, sia quelli fisicamente aggregati nei presidi territoriali, sia quelli non aggregati, consentendo così di snellire l'iter di presa in carico e di indirizzamento degli utenti.

La Regione Puglia, con Deliberazione di Giunta regionale n.333 del 10/03/2020, in ottemperanza a quanto previsto dal Programma Operativo 2016-2018, ha approvato il Documento "La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia".

La necessità di rafforzare il sistema di assistenza territoriale ha assunto una nuova rilevanza nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e, in tal senso, il Decreto Rilancio, D.L. 34/2020, coordinato con modificazioni dalla legge 77/2020, contiene all'art. 1 disposizioni volte a rafforzare l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale.

Il potenziamento della rete assistenziale territoriale si deve anche all'accelerazione delle previsioni contenute nel nuovo Patto per la Salute 2019-2021 dedicate allo sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute relative alla rete territoriale, alle quali sono state aggiunte nuove misure alla luce della pandemia.

Sono state, infatti, aggiunte nuove linee di finanziamento autorizzate, tra l'altro:

- ad accrescere le reti di assistenza domiciliare integrate – ADI;
- a reclutare personale infermieristico;
- a rafforzare le Unità speciali di continuità assistenziale (USCA).

Il decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, coordinato con la legge di conversione 1° luglio 2021, n. 101, recante: «Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti.» approva il piano nazionale per gli investimenti complementari al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Con riferimento al tema della Salute, il PNRR è focalizzato su due obiettivi: il rafforzamento della rete territoriale e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del

Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con il rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina.

Si ritiene, pertanto, di adottare un piano territoriale che prevede il potenziamento e la riorganizzazione della rete di assistenza territoriale. A tal fine, si ritiene opportuno illustrare quanto previsto allo stato dalla programmazione regionale:

a) PRESIDI TERRITORIALI DI ASSISTENZA (PTA)

Il Regolamento Regionale 21 gennaio 2019, n.7 recante: “Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza” ha disciplinato il modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza e ha previsto n.33 PTA/PPA derivanti dalla riconversione delle n.34 strutture ospedaliere;

Il PTA rappresenta un modello di organizzazione dell’assistenza che pone al centro il paziente facilitando l’accesso ai servizi sanitari territoriali e l’iter assistenziale complessivo. Tale presidio rappresenta la “porta di accesso” del cittadino ai servizi territoriali di assistenza e ha la finalità di fornire una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell’assistenza territoriale, secondo livelli di complessità variabili a seconda dei fattori di comorbidità e in coerenza con gli obiettivi stabiliti dalla legge regionale 3 agosto 2006, n. 25.

Gli obiettivi primari del PTA sono :

- organizzare in modo appropriato, efficace ed efficiente i percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie croniche, che costituiscono una delle maggiori sfide per il sistema assistenziale;
- organizzare la transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie, promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi e i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza.

La Deliberazione di Giunta regionale n. 375 del 19 marzo 2020 di approvazione del Regolamento regionale “Modifiche al Regolamento regionale n.7/2019 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)”, al fine di definire le modalità di manutenzione del sistema e di implementazione di nuovi Presidi nella Rete, ha attribuito la competenza in merito al procedimento di istituzione di nuovi PTA, oltre a quello di definizione dei contenuti e dei servizi negli stessi previsti, alla Giunta Regionale che vi provvede con proprio atto deliberativo, all’esito della istruttoria operata dagli uffici del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale. Di conseguenza, è emersa la necessità di eliminare dal testo del Regolamento regionale n.7/2019 il riferimento all’elenco dei PTA e di approvare le schede dei PTA aggiornate e allegate alla predetta deliberazione.

La programmazione regionale prevede i seguenti Presidi Territoriali di Assistenza divisi per Azienda Sanitaria Locale:

ASL BA	ASL BT	ASL FG	ASL TA	ASL BR	ASL LE
Rutigliano	Minervino Murge	Torremaggiore	Massafra	Mesagne	Campi Salentina
Altamura	Spinazzola	San Marco in Lamis/Sannicandro Garganico	Mottola	Ceglie Messapica	Nardò
Gravina	Trani	Monte Sant'Angelo	Grottaglie	Cisternino	Poggiardo
Bitonto	Canosa	Vico del Gargano/Vieste		Fasano	Maglie
Ruvo		Troia/Accadia		San Pietro Vernotico	Gagliano del Capo
Gioia del Colle				Brindisi	
Noci					
Grumo Appula					
Conversano					
Terlizzi					
Triggiano					

b) OSPEDALI DI COMUNITÀ (ODC)

Con Deliberazione di Giunta Regionale n.1977 del 06/11/2018 e successiva Deliberazione di Giunta Regionale n. 564 del 29/03/2019 è stato approvato, in prima lettura, lo schema di Regolamento regionale relativo al modello organizzativo e di funzionamento dell'Ospedale di Comunità.

L'Ospedale di Comunità (O.d.C.) è una struttura territoriale di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in tali strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (idoneità strutturale e/o familiare), o in quanto necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio per motivi di natura clinica o sociale. Tale ambito assistenziale si colloca nella rete dei servizi territoriali ed è da considerarsi quale domicilio temporaneo protetto.

Nelle more della approvazione definitiva e, in assenza di una regolamentazione definitiva degli Ospedali di Comunità, si è ritenuto opportuno trasmettere alle Aziende Sanitarie la nota prot. n.AOO_183/0012842 del 30/09/2019 al fine di subordinare la attivazione degli stessi alla trasmissione di una relazione sulla sostenibilità finanziaria ed organizzativa al pari di quanto previsto per i PTA.

Infine, il nuovo testo dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità del 20 febbraio 2020, che con il presente provvedimento si intende recepire, ha parzialmente modificato le previsioni precedenti, richiedendo, dunque, un nuovo adeguamento dello schema di Regolamento sul modello organizzativo dell'OdC.

La programmazione regionale prevede i seguenti Ospedali di Comunità divisi per Azienda Sanitaria Locale:

ASL BA	ASL BT	ASL FG	ASL TA	ASL BR	ASL LE
PTA RUTIGLIANO	PTA MINERVINO MURGE	PTA TORREMAGGIORE	PTA MASSAFRA	PTA SAN PIETRO VERNOTICO	PTA CAMPI SAL.NA
PTA BITONTO	PTA TRANI	PTA SAN MARCO/SANNICANDRO	PTA GROTTAGLIE	PTA CEGLIE MESS.CA	PTA NARDO'
PTA RUVO DI PUGLIA		PTA MONTE SANT'ANGELO		PTA CISTERNINO	PTA POGGIARDO
PTA NOCI		PTA VICO/VIESTE		PTA FASANO	PTA MAGLIE
PTA GRUMO APPULA		PTA TROIA/ACCADIA		PTA MESAGNE	PTA GAGLIANO DEL CAPO
				PTA BRINDISI	
				ODC SAN PANCRAZIO SALENTINO	
				ODC LATIANO	

c) ASSISTENZA DOMICILIARE

Con DGR n. 630 del 30/03/2015 e successivamente con DGR n.750 del 13/04/2015 (*"Integrazione Del. G. R. n. 630 del 30 marzo 2015 con Allegato 2 "Linee Guida regionali per le Cure Domiciliari integrate"*), sono state approvate le Linee guida regionali per le Cure domiciliari integrate e lo schema di accordo di programma tra ASL e Comuni.

Le suddette deliberazioni delineano il complessivo processo assistenziale e, al tempo stesso, operano la classificazione dell'assistenza domiciliare in ragione di:

- la natura del bisogno;
- l'intensità, definita con l'individuazione di un coefficiente (CIA);
- la complessità in funzione del *case mix* e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel PAI (valore GEA);
- la durata media (GdC) in relazione alle fasi temporali: intensiva, estensiva e di lungo assistenza, e le fasce orarie di operatività, intendendo per queste il periodo ovvero l'arco della giornata in cui possono essere erogati gli accessi della durata prescritta;
- il tipo di prestazioni domiciliari per profilo professionale.

Il Patto per la Salute 2019-2021, approvato con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 18 dicembre 2019, alla scheda 8 prevede la necessità di promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza domiciliare e, nell'ambito dell'assistenza territoriale, concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socioassistenziale, garantendo l'integrazione con i servizi socioassistenziali.

Le cure domiciliari costituiscono una componente cruciale dell'assistenza territoriale, che il DL 34/2020 (Decreto Rilancio) intende potenziare con uno stanziamento di risorse importante finalizzato a privilegiare, quando possibile, percorsi di cura e assistenza nei luoghi di vita della persona, con ciò diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (sia nell'ambito dei ricoveri ospedalieri sia nelle strutture residenziali territoriali).

Le cure domiciliari integrate, ai sensi del DL. 34/2020, sono rivolte sia ai pazienti affetti da Covid-19 o in isolamento domiciliare sia a tutti i *"soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con*

dipendenze patologiche, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative, di terapia del dolore e, in generale, per le situazioni di fragilità”.

Con successivo provvedimento di Giunta si provvederà ad approvare lo schema di Regolamento volto a disciplinare l'Assistenza Domiciliare, in attuazione dell'Accordo Stato – Regioni n. 151/CSR del 04/08/2021. Occorre, infatti, rafforzare i servizi di assistenza domiciliare per tutti i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative, affetti da malattie rare e, in generale, per le situazioni di fragilità.

d) CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Sono state previste le Centrali Operative regionali, ai sensi dell'art. 1, comma 8, DL 34/2020, per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali con funzioni di raccordo fra i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza.

Le Centrali Operative sono dotate di apposito personale e di apparecchiature per il telemonitoraggio e la telemedicina.

e) TELEMEDICINA

Con la deliberazione di Giunta regionale n.1179 del 14 luglio 2021 ad oggetto: “Recepimento Accordo Stato – Regioni n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 ed approvazione del documento “Indicazioni Regione Puglia per l'erogazione di prestazioni in telemedicina”. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 951/2019 e n.2111/2020 - nomenclatore specialistica ambulatoriale” è stato recepito l'Accordo Stato – Regioni n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 recante “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina” ed è stato approvato il documento predisposto dall'Agenzia Regionale A.Re.S.S., di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 65 del 7/4/2021.

Nel contesto della pandemia da Covid-19, è stato necessario ripensare il modello organizzativo dell'assistenza territoriale anche per quanto concerne l'attivazione degli strumenti di sanità digitale per un servizio sanitario più in linea con i tempi e le necessità individuali e dell'organizzazione.

In questo momento storico è essenziale un rinnovamento organizzativo e culturale teso a una diffusa e uniforme traduzione operativa dei principi di primary health care raccomandati dall'OMS e la riorganizzazione delle attività sanitarie, clinico-assistenziali e di riabilitazione deve poter garantire contemporaneamente la massima continuità assistenziale ed empowerment del paziente, con il minimo rischio di diffusione del virus ad utenti, operatori e familiari; l'erogazione di alcune prestazioni di telemedicina quali la tele visita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza da parte di professioni sanitarie, la tele refertazione rappresentano un elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale.

Attuazione del PNRR

Alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica, la strategia perseguita con il PNRR è finalizzata a: allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti; rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari; sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio; sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

Una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, a promuovere la ricerca e l'innovazione e lo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale.

I progetti previsti mirano a valorizzare l'assistenza sanitaria territoriale valorizzando il ruolo del paziente, integrando i servizi sanitari in un approccio "One-Health" (olistico) incentrato sul rafforzamento dei servizi sanitari locali, con investimenti che includono la costruzione e la modernizzazione, sia dal punto di vista tecnologico che organizzativo, del SSN italiano. La componente mira a garantire la salute non solo come mera assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico, sociale e mentale della persona attraverso una misura di riforma che aggiorna e definisce il quadro normativo nell'ambito dell'assistenza sanitaria di prossimità mediante la definizione di standard organizzativi, tecnologici e qualitativi dell'assistenza territoriale. E contestualmente, grazie ai fondi del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, permette di rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità, nonché i servizi di assistenza a domicilio, per garantire a tutti i cittadini le stesse possibilità di assistenza indipendentemente dal loro contesto sociale e geografico.

La Missione si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali

Il Decreto 06 agosto 2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione; tale decreto, oltre ad assegnare alle singole amministrazioni le risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi di cui sono titolari, prevede che le amministrazioni coinvolte adottino ogni iniziativa necessaria ad assicurare l'efficace e corretto utilizzo di tali risorse e la tempestiva realizzazione degli interventi, secondo il cronoprogramma previsto dal PNRR, con particolare riferimento a:

- 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona;
- 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina;
 - 1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI);
 - 1.2.2. Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
 - 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici;
- 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

La Componente 1 prevede i seguenti obiettivi per la Regione Puglia:

- Realizzazione di n. 120 Case di Comunità;
- Realizzazione di n. 40 Centrale Operativa Territoriale;
- Realizzazione di n. 31 Ospedali di Comunità.

Di seguito si dettagliano le tipologie di strutture finanziate:

a) la Casa della Comunità (Investimento 1.1) è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria; promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali; costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Standard: almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti.

Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il Punto Unico di Accesso (PUA) alle prestazioni sanitarie per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi che, secondo un approccio di medicina di genere, sono dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari. Potranno, inoltre, essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento.

Le Case della Comunità sono strutture fisiche dedicate ai servizi sanitari di base e costituiscono il setting assistenziale di erogazione dei servizi propri dell'assistenza primaria, seguendo un modello organizzativo di prossimità che sia in grado di coordinare e integrare tutti i servizi di assistenza sanitaria di base per la comunità di riferimento con particolare attenzione ai pazienti cronici presenti a livello territoriale. La Casa della Comunità deve essere collocata in una sede visibile e facilmente accessibile alla comunità di riferimento perché è il luogo dove il cittadino può trovare una risposta adeguata a diversi bisogni sanitari e sociosanitari.

Le Case della Comunità che verranno implementate grazie al PNRR nei prossimi 5 anni costituiscono la fase iniziale di un progetto più ampio che mira a rafforzare l'assistenza sanitaria di base. Le strutture, in particolare, deriveranno dalla ristrutturazione o rifunzionalizzazione di edifici già esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire, oppure potranno essere collocate presso nuove costruzioni; sarà ammessa, altresì, la ristrutturazione di strutture pubbliche concesse in comodato d'uso gratuito da riconvertire a strutture sanitarie territoriali.

b) Casa come primo luogo di cura e telemedicina (Investimento 1.2)

Il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale. L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti (in linea con le migliori prassi europee). L'investimento mira a:

- Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle **cure domiciliari** che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);

- Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- Attivare le **Centrali Operative Territoriali (COT)** con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza;
- Utilizzare la **telemedicina** per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche.

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Standard: 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

L'intervento si traduce nel finanziamento di progetti di telemedicina proposti dalle Regioni sulla base delle priorità e delle linee guida già in fase di sviluppo da parte del Ministero della Salute. I progetti potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio, tele-refertazione così come altre attività e strumentazioni. Individuare a livello nazionale un modello condiviso per il potenziamento dell'assistenza primaria, al fine di supportare gli operatori sanitari nella loro pratica clinica promuovendo la telemedicina, il telemonitoraggio e il teleconsulto e privilegiando il setting di cura domiciliare, avverrà anche grazie all'implementazione in ogni ASL di un sistema di interconnessione dei dati che permetta ai dati clinici (anche derivanti da dispositivi medici) di essere disponibili in tempo reale sul cloud a tutti gli operatori che interagiscono con il paziente. Infine, il punto cruciale di questo intervento è la creazione delle Centrali Operative Territoriali, una ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore, con la funzione di coordinamento e collegamento dei diversi servizi sanitari territoriali, socio-sanitari e ospedalieri, nonché la rete dell'emergenza-urgenza, per garantire continuità, accessibilità e integrazione delle cure. Le Centrali Operative Territoriali saranno dotate dei mezzi tecnologici che permetteranno il controllo da remoto dei dispositivi forniti ai pazienti, supporteranno lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituiranno un punto di riferimento per i caregiver, nonché costituiranno un punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali per i pazienti

c) Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)
(Investimento 1.3)

Nel progetto di potenziamento dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di fornire alla comunità di riferimento una rete di servizi e strutture completa, ultima misura prevista è quella dello sviluppo delle cure intermedie. L'obiettivo della misura è quello di andare a rafforzare l'offerta dell'assistenza intermedia nella rete territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità. Gli Ospedali di Comunità sono strutture sanitarie a tutti gli effetti destinate a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o della riacutizzazione di condizioni croniche, necessitano di interventi sanitari clinici a bassa intensità e di breve durata. Queste strutture svolgono una funzione cruciale tra il domicilio dei pazienti e la fase di ricovero in ospedale, collocandosi nell'ambito del miglioramento generale della qualità del sistema di assistenza primaria al fine di personalizzare l'assistenza sanitaria, evitando, quando possibile, il disagio di un ricovero

ospedaliero, soprattutto per le persone più vulnerabili. L'implementazione di tale setting assistenziale, inoltre, favorirà la fase di dimissione lasciando alla famiglia e ai servizi socio-sanitari locali il tempo necessario per la riorganizzazione degli ambienti domestici alle esigenze che potrebbero essere emerse a seguito del ricovero, riducendo l'impatto, sociale ed economico sia sui pazienti che sulla loro famiglia.

Standard: almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti. - 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, contribuisce a una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

(Nicola LOPANE)



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 5, comma 17, del Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.

Rep. Atti n. *17/CR* del 20 febbraio 2020

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 20 febbraio 2020:

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza il 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR) concernente il nuovo "Patto per la salute per gli anni 2014-2016", che all'articolo 5, comma 17, prevede che, con intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano siano definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di comunità;

VISTO il decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" definisce all'Allegato 1, punto 10.1 le principali caratteristiche degli Ospedali di Comunità;

VISTO l'Accordo sancito in questa Conferenza il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) sul documento "Piano nazionale della cronicità", di cui all'articolo 5, comma 21 del nuovo Patto della salute per gli anni 2014-2016, di cui alla citata Intesa del 10 luglio 2014;

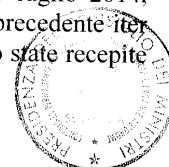
VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 che ha definito e aggiornato i Livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

VISTA la nota del 13 febbraio 2018, con la quale il Ministero della salute ha inviato lo schema di intesa in argomento, che in data 15 febbraio 2018 è stato partecipato alle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano dalla Segreteria di questa Conferenza con richiesta di assenso tecnico al Coordinamento della Commissione salute;

VISTA la mancata intesa sancita nel corso della seduta del 1° agosto 2019;

RILEVATA, l'opportunità di raggiungere comunque un'intesa in base alla citata previsione dell'art. 5, comma 17 Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. N.82/CSR) del 10 luglio 2014, tenendo conto della significativa attività svolta e di tutti gli elementi concordati nel precedente iter di approvazione con il Coordinamento interregionale in sanità, le cui indicazioni sono state recepite

AD



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

nel testo, fino alla data della citata seduta della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

VISTA la nota in data 13 febbraio 2020 con cui il Ministero della salute ha trasmesso un nuovo testo del provvedimento concordato e condiviso con le regioni, chiedendo che venga sottoposto alla Conferenza Stato-Regioni;

VISTA la nota in data 20 febbraio 2020 del Ministero dell'economia e finanze che ha rappresentato l'esigenza che nell'intesa venga inserita la clausola di invarianza;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni hanno espresso intesa sul documento recante i requisiti, strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità, Allegato A) al presente Atto;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

CONSIDERATO CHE

L'Ospedale di comunità rappresenta una struttura "intermedia" tra l'assistenza domiciliare e l'assistenza ospedaliera con funzioni diverse da quelle delle strutture residenziali extraospedaliere per malati cronici non autosufficienti, per disabili e per malati terminali, descritte nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017;

secondo quanto previsto dal citato decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015, n. 70, l'Ospedale di comunità è destinato alla presa in carico di pazienti che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio e di sorveglianza infermieristica continuativa;

è necessario adempiere a quanto previsto dall'articolo 5, comma 17, del Patto per la salute 2014 – 2016 definendo i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di comunità al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure;

è necessario rinviare ad un'apposita intesa, su proposta della Commissione permanente tariffe istituita con decreto ministeriale 18 gennaio 2016, la definizione degli aspetti tariffari delle prestazioni erogate dall'Ospedale di comunità, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 17, del citato Patto per la salute 2014-2016;

è opportuno rinviare a successive previsioni in via regolamentare gli aspetti riguardanti gli standard sulle dotazioni regionali in merito agli Ospedali di comunità, in osservanza ai principi di cui all'art.1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n.131;

RP



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

che il presente documento costituisce la base indispensabile per la realizzazione di un apposito flusso informativo finalizzato al monitoraggio delle prestazioni erogate dall'Ospedale di comunità in attuazione dell'articolo 5, comma 18, del citato Patto per la salute 2014-2016;

l'attività svolta dal Gruppo di lavoro istituito in data 19 maggio 2017 presso il Ministero della salute, con decreto del Direttore generale della Direzione generale della Programmazione Sanitaria, comprendente rappresentanti delle Regioni designati dalla Commissione Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell'Agenzia nazionale dei servizi sanitari regionali (AGENAS) e di diverse Direzioni generali del Ministero della salute, al fine di elaborare proposte per l'individuazione di requisiti uniformi sugli Ospedali di comunità;

la proposta del Ministro della salute prevede di inserire tra i requisiti organizzativi e gli standard minimi assistenziali il ruolo dell'infermiere con funzioni di coordinamento nonché il documento finale prodotto dal medesimo Gruppo di lavoro;

SANCISCE INTESA

Tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nei termini sotto indicati

Art. 1
(requisiti minimi)

1. È approvato il documento di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto, recante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di comunità, ai sensi dell'articolo 5, comma 17 del Patto per la salute 2014-2016, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014.

Art. 2
(Aspetti tariffari, inserimento nei LEA e standard)

1. Con successiva intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, su proposta della Commissione permanente tariffe, di cui all'articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016, istituita con decreto ministeriale 18 gennaio 2016, sono definiti gli aspetti tariffari delle prestazioni erogate dall'Ospedale di comunità in applicazione di quanto previsto all'art. 5, comma 17, del citato Patto per la salute 2014-2016.

BB





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

2. Con successiva intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e la promozione dell'appropriatezza del SSN, di cui all'articolo 1, comma 556 della legge 28 dicembre 2015 n. 208, istituita con decreto ministeriale 16 giugno 2016 e s.m.i, sono definiti gli aspetti relativi ai Livelli essenziali di assistenza.
3. Gli aspetti riguardanti la definizione di standard in merito alle dotazioni regionali sono rinviati al provvedimento che individuerà, con atto regolamentare, gli "standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza socio-sanitaria territoriale".

Art.3
(sistema informativo)

1. In applicazione dell'art.5, comma 18, del Patto per la salute 2014-2016, il Ministero della salute provvede nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) alla realizzazione del sistema informativo finalizzato al monitoraggio dell'attività svolta dall'Ospedale di comunità in coerenza con quanto previsto dal presente atto.

Art. 4
(clausola di invarianza)

1. All'attuazione della presente intesa si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il Segretario
Cons. Elisa Grande



Il Presidente
On. Francesco Boecchia

MP

0029996-11/10/2019-DGPROGS-MDS-P - Allegato Utente 2 (A02)



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio II

Allegato A

Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità

Indice

Caratteristiche generali.....	2
a) Definizione.....	2
b) Individuazione della sede.....	2
c) Posti letto.....	2
d) Target di utenza.....	2
e) Responsabilità.....	3
f) Modalità di accesso.....	3
Requisiti minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico – assistenziali.....	4
1) Requisiti generali:.....	4
2) Requisiti strutturali e tecnologici specifici.....	4
3) Requisiti organizzativi e standard clinico - assistenziali.....	4



Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità

Caratteristiche generali

a) Definizione

Il "Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità" (di seguito O.d.C.) come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

L'O.d.C. è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. L'O.d.C. non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari; in particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali di cui agli articoli dal 29 al 35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"

Il presente documento definisce i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli O.d.C. pubblici o privati, come indicato dall'art. 5, comma 17, dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 sul Patto per la salute 2014-2016 e in coerenza con quanto previsto dal D.M. 2 aprile 2015, n. 70, allegato 1, paragrafo 10 (Continuità ospedale-territorio) e 10.1 (Ospedali di comunità)

Le Regioni e le Province autonome definiscono i requisiti ulteriori per l'accreditamento delle stesse strutture ai sensi dell'art. 8-quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.. L'O.d.C. è una struttura pubblica o privata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti

b) Individuazione della sede

L'O.d.C. può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale.

c) Posti letto

L'O.d.C. ha un numero limitato di posti letto, di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

d) Target di utenza

Possono accedere all'O.d.C. pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche l'aumento di consapevolezza dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

Gli O.d.C. possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie **croniche riacutizzate** a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture temporanee potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (cfr. *Piano nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n.135/CSR*). Il personale deve essere adeguato al target di utenti per formazione e numerosità.



In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di O.d.C. dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

e) Responsabilità

La gestione e l'attività nell'O.d.C. sono basate su un approccio multidisciplinare, multi-professionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

La gestione delle attività dell'O.d.C. è riconducibile all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie.

La responsabilità igienico sanitaria dell'O.d.C. è in capo ad un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale.

La responsabilità gestionale-organizzativa complessiva dell'O.d.C. è in capo ad una figura individuata anche tra le professioni sanitarie dalla articolazione territoriale aziendale di riferimento e svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale

Analoga figura di responsabile è individuata dalle strutture private

La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita a:

- Un medico di medicina generale (pediatra di libera scelta se O.d.C. pediatrico), oppure
- un medico operante nella struttura scelto tra i medici dipendenti o convenzionati con il SSN o appositamente incaricato dalla direzione della struttura
- per le strutture private, un medico incaricato dalla struttura.

La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze.

L'assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore.

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione.

In caso di necessità, l'infermiere attivava figura medica prevista dai modelli organizzativi regionali

In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure di emergenza tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'O.d.C. sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure di emergenza del presidio ospedaliero.

f) Modalità di accesso

Per l'accesso all'O.d.C. è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri:

- diagnosi già definita
- prognosi già definita
- valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate
- programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso).

È inoltre auspicabile una valutazione multidimensionale anche in fase di accesso. L'accesso avviene su prescrizione del medico di medicina generale (pediatra di libera scelta se O.d.C. pediatrico), del medico di continuità assistenziale o dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero, anche direttamente dal Pronto Soccorso, previo accordo con la struttura secondo modalità fissate dalle Regioni.

Le modalità di accesso devono essere semplici e tempestive e possono prevedere l'uso di scale di valutazione standardizzate sia per accertare il livello di criticità/instabilità clinica sia per il livello di complessità assistenziale/autonomia del paziente, soprattutto in caso di dimissione da reparto ospedaliero.

L'utilizzo di scale di valutazione, opportunamente ripetuto durante la degenza e alla dimissione del paziente, consentirà di documentare l'attività svolta e di descrivere l'esito delle cure erogate.

Se necessario, in previsione della dimissione dall'O.d.C., potrà avvenire una valutazione multidimensionale da parte dell'equipe territoriale dedicata, per esplicitare eventuali percorsi territoriali post-dimissione del paziente (attivazione di assistenza domiciliare, erogazione di prestazioni o presidi a domicilio, trasferimento verso altre strutture della rete).



Requisiti minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico – assistenziali

1) Requisiti generali:

Ricettività: Modulo di norma da 15 - 20 posti letto organizzato in stanze da 1 o 2 letti.

Normativa di riferimento: L'O.d.C. deve essere realizzato nel rispetto dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza e continuità elettrica, sicurezza anti-infortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi (requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui al DPR 14.01.1997 e s.m.i.)

Servizi generali: L'O.d.C. deve essere dotato di servizi generali, nonché di opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

Sono ammesse esternalizzazioni per le funzioni di preparazione dei pasti, lavanderia e pulizia.

Accessibilità: Il percorso di accesso all'O.d.C. deve essere privo di barriere architettoniche e consentire un passaggio agevole di letto/barella/ausili per mobilità e deambulazione. Deve essere dotato di mezzo meccanico (ascensore/elevatore) dedicato e dimensionato per permettere il trasporto almeno del letto/barella e di un accompagnatore.

2) Requisiti strutturali e tecnologici specifici

I requisiti strutturali e tecnologici specifici degli ospedali di comunità sono definiti da ciascuna regione in relazione alla tipologia dell'attività svolta.

L'identificazione della struttura da utilizzare come Ospedale di Comunità deve seguire il criterio dell'economicità e razionalità e la progettazione degli spazi è orientata principalmente a garantire il benessere fisico e psicologico del paziente.

Aspetti strutturali da contemplare nei requisiti regionali

- Spazio attesa visitatori.
- Strutture di degenza con camere singole e camere da 2 a 4 PL aventi accesso diretto al bagno e poltrona comfort per il familiare e/o per la mobilizzazione del paziente
- Aree soggiorno/consumo pasti.
- Locale per visite e medicazioni.
- Locali di lavoro per personale.
- Spogliatoio per il personale con servizio igienico.
- Locale/spazio di deposito materiale pulito
- Locale/spazio di materiale sporco.
- Locale sosta e osservazione salme, in assenza di servizio mortuario.

Aspetti tecnologici da contemplare nei requisiti regionali

- Impianto di climatizzazione tale da garantire che la temperatura estiva e invernale sia compatibile con il benessere termico dei ricoverati.
- Impianto di erogazione ossigeno stabile o mobile
- Impianto di comunicazione e chiamata con segnalazione acustica e luminosa al letto.
- Dotazioni tecnologiche idonee a garantire assistenza ordinaria e in emergenza, compresi dispositivi diagnostici.
- Presidi antidecubito.

Attrezzature per mobilizzazione/mobilità compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti.

3) Requisiti organizzativi e standard clinico - assistenziali

L'O.d.C. pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, come i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e compresi i Servizi di Emergenza Urgenza territoriali.



A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari.

Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico e servizio sociale.

L'assistenza medica è assicurata dai medici indicati al precedente punto e), nel turno diurno (8-20) per almeno una ora di presenza settimanale per singolo ospite, sei giorni su sette; nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso Territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura anche ospedaliera in cui l'O.d.C. è situato.

Per un modulo fino a 20 posti letto dovrà essere garantita la presenza h24 di una figura infermieristica e di una adeguata presenza di figure di supporto diurne e notturne commisurate al case mix dei pazienti.

Le attività di coordinamento sono assicurate da un infermiere con funzioni di coordinamento per uno o per i due moduli, se presenti nell'O.d.C..

È auspicabile che venga assicurata la funzione dell'infermiere case manager.

I processi assistenziali garantiti dall'O.d.C. devono essere coerenti con i criteri di gestione del rischio clinico in uso presso il Distretto/Azienda sanitaria di afferenza.

Devono essere promossi ed assicurati: la formazione continua di tutto il personale, la valutazione e il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

L'Ospedale di Comunità costituisce un *setting* ideale per promuovere una maggiore integrazione sia con la Comunità Locale (associazioni di volontariato) che con i Servizi Sociali. La collaborazione tra ambito sanitario e sociale e la comunità locale rappresenta un elemento qualificante dell'Ospedale di Comunità a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni. Inoltre, la collaborazione con le associazioni di volontariato potrà offrire un utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei familiari/caregiver.

L'O.d.C. deve dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale che dovrà provvedere alla alimentazione del Sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate dai Presidi Residenziali di Assistenza Primaria/Ospedali di comunità, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

La Regione valuta periodicamente l'attività degli Ospedali di Comunità sul proprio territorio, utilizzando anche elementi di valutazione comuni a livello nazionale, raccolti con il flusso informativo che andrà a costituire il debito informativo nell'ambito del quale dovranno essere ricompresi gli indici di valutazione multidimensionale del paziente validati dalla letteratura scientifica.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 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'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178".

Rep. Atti n. **151/CSR** del 4 agosto 2021

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nell'odierna seduta del 4 agosto 2021:

VISTO l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA l'Intesa adottata il 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016" (Rep. Atti n. 82/CSR), all'articolo 5 (Assistenza territoriale) e all'articolo 6 (Assistenza sociosanitaria);

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016, sul documento "Piano nazionale della cronicità" (Rep. Atti n. 160/CSR), di cui all'articolo 5, comma 21, del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", all'articolo 21 sui percorsi assistenziali integrati e all'articolo 22 di caratterizzazione delle cure domiciliari in relazione all'intensità e alla complessità assistenziale;

VISTA l'Intesa adottata il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il "Patto per la Salute 2019-2021" (Rep. Atti n. 209/CSR) e in particolare la scheda 8 che prevede, nell'ambito dell'assistenza territoriale, la necessità di promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza domiciliare;

VISTO l'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 che ha modificato la disciplina di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 estendendo l'applicazione del sistema di autorizzazione all'esercizio, di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie e di accordi contrattuali, anche alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

TENUTO CONTO che l'estensione alle cure domiciliari del sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale dei soggetti erogatori, è finalizzato a garantire equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza;

VISTE le Intese del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e del 19 febbraio 2015 (Rep. n. 32/CSR) sul disciplinare tecnico dell'accredimento e relativo cronoprogramma di attuazione, che rappresentano il primo set di criteri, requisiti ed evidenze condivise a livello nazionale nel sistema di accreditamento istituzionale;

CONSIDERATO in particolare che, nell'ambito delle indicazioni sull'accredimento delle cure domiciliari, è stato inserito lo schema degli 8 criteri indicati nel Disciplinare tecnico dell'accredimento di cui alla richiamata Intesa del 20 dicembre 2012: Attuazione di un sistema di gestione dei servizi, Prestazioni e servizi, Aspetti strutturali, Competenze del personale, Comunicazione, Appropriatelyzza clinica e sicurezza, Processi di miglioramento ed innovazione, Umanizzazione;

VISTA la lettera del 24 giugno 2021, con la quale il Ministero della salute ha inviato i testi dei documenti relativi alla proposta di intesa di cui trattasi;

VISTA la nota del 5 luglio 2021, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha diramato i citati testi con contestuale convocazione di una riunione tecnica per il 15 luglio 2021;

TENUTO CONTO che nel corso della citata riunione le regioni hanno avanzato delle osservazioni trasmesse formalmente con nota del 19 luglio 2021 e inviate, da questo Ufficio di Segreteria, al Ministero della salute con nota in pari data;

VISTA la nota del 22 luglio 2021, diramata da questo Ufficio di Segreteria il 27 luglio 2021, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione dei suddetti documenti;

VISTO il formale assenso tecnico espresso dal Coordinamento tecnico della Commissione salute con nota del 27 luglio 2021;

CONSIDERATO che nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'Intesa sui citati documenti nelle versioni diramate il 27 luglio 2021;

ACQUISITO, quindi, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa, sul documento recante "Aspetti normativi e criteri di riferimento per il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle cure domiciliari (Allegato A)"; sulla "Proposta di requisiti di autorizzazione per lo svolgimento delle cure domiciliari (Allegato B)"; sulla "Proposta dei requisiti di accreditamento per lo svolgimento delle cure domiciliari (Allegato C)", nelle versioni diramate il 27 luglio 2021, parti integranti del presente Atto;

SI CONVIENE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta nei termini di seguito riportati:

- a) le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano entro 12 mesi dalla data di sottoscrizione della presente Intesa provvedono ad attivare, ai sensi dell'art. 8-ter e dell'art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari, in coerenza con quanto previsto agli allegati A, B e C determinando, in particolare, il fabbisogno secondo le funzioni di assistenza individuate in sede di programmazione sanitaria per garantire i livelli essenziali di assistenza;
- b) Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano che hanno già adottato un proprio sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari provvedono ad adeguare tale sistema con quanto previsto dagli allegati A, B e C entro 12 mesi dalla data di sottoscrizione della presente Intesa;
- c) nelle more dell'individuazione del sistema tariffario da parte della competente Commissione nazionale, le tariffe sono definite dalle singole Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano;
- d) si provvederà ad un monitoraggio annuale dell'attuazione della presente Intesa tramite le attività del "Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale" previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR);
- e) Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono all'attuazione delle disposizioni di cui alla presente intesa nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a disposizione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Il Presidente
On.le Mariastella Gelmini

Firmato digitalmente da GELMINI
MARIASTELLA
C.F. F
0 - PRESIDENZA CONSIGLIO DEI
MINISTRI

ALLEGATO A - "ASPETTI NORMATIVI E CRITERI DI RIFERIMENTO PER IL SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE E DI ACCREDITAMENTO DELLE CURE DOMICILIARI"

1. Indicazioni normative

Il riferimento normativo principale è costituito dalla legge 30 dicembre 2020, n. 178 (Legge di bilancio 2021), all'articolo 1, comma 406. Tale norma ha introdotto alcune modifiche alla disciplina di cui al decreto legislativo 23 dicembre 1992, n. 502 estendendo l'applicazione del sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie anche alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari. È un passaggio importante, in quanto si riconosce che le cure domiciliari richiedono una peculiare e complessa organizzazione, un "lavoro di rete" che coordina ed integra le varie figure professionali (medici, infermieri, professionisti della riabilitazione, operatori sociali e altre), organizzando anche le attività di supporto e di accesso alla specialistica ambulatoriale, acquisendo farmaci, dispositivi, presidi e gli ausili necessari per l'assistenza al domicilio, secondo le necessità rilevate. Viene pertanto riconosciuta la necessità che tali organizzazioni rispondano a precisi requisiti di sicurezza e qualità a garanzia della tutela della salute dei cittadini.

La programmazione sanitaria nazionale individua l'assistenza domiciliare quale *setting* privilegiato dell'assistenza territoriale. Il Dpcm 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, all'articolo 21 "Percorsi assistenziali integrati" stabilisce "*nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali*". L'assistenza domiciliare integrata si configura come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza e, per questo, comporta benefici in termini di benessere degli assistiti e in termini di appropriatezza ed efficienza nell'uso delle risorse.

L'articolo 22 dello stesso decreto articola le risposte assistenziali in più livelli di intensità e complessità assistenziale, individuati a partire dalla valutazione multidimensionale e dalla conseguente formulazione di piano assistenziale individuale. La classificazione nei diversi livelli è stata successivamente recepita nel flusso informativo SIAD sull'assistenza domiciliare. Il livello assistenziale è misurato dal Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cure (GDC) relative al periodo di presa in carico.

Questa metodologia mira a identificare gli interventi di livello base (con CIA inferiore a 0,14) che rispondono a bisogni di bassa complessità e, conseguentemente, richiedono interventi poco frequenti (meno di una volta alla settimana) e le cure domiciliari integrate classificate in tre livelli (I, II, III), per i quali è prevista una sempre maggiore intensità degli accessi, multiprofessionalità e complessità delle risposte.

Le cure domiciliari, in quanto livello essenziale di assistenza, rispondono ai principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale come definiti dall'articolo 1, commi 1 e 2, del D.lgs. 23 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., relativi alla dignità della persona umana, al bisogno di salute, all'equità di accesso all'assistenza, alla qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché all'economicità nell'impiego delle risorse.

La necessità di rafforzare il sistema di assistenza territoriale ha assunto una nuova rilevanza nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e in tal senso il c.d. "decreto rilancio", decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, contiene all'articolo 1 disposizioni volte a rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, di cui i servizi domiciliari costituiscono una componente cruciale. La norma potenzia le cure domiciliari, con uno stanziamento di risorse importante finalizzato a privilegiare, quando possibile, percorsi di cura e assistenza nei luoghi di vita della persona, a diversi gradienti di complessità, con ciò diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (sia nell'ambito dei ricoveri ospedalieri sia nelle strutture residenziali territoriali). È dimostrato quanto l'attivazione dei percorsi di cura domiciliari garantisca sicurezza e qualità di cure, risponda adeguatamente ai bisogni di salute della persona e del contesto familiare, favorisca il processo di umanizzazione delle cure e consenta, al contempo, di riservare il ricovero ospedaliero alle fasi acute della malattia. Le cure domiciliari integrate, ai sensi del citato D.L. 34/2020 sono rivolte sia ai pazienti affetti da Covid-19 o in isolamento domiciliare sia a tutti i "soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze



patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 65 del 18.03.2017 – S.O. n. 15. ».

Il Patto per la salute 2019-2021, approvato con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 18 dicembre 2019, alla scheda 8 prevede la necessità di promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza domiciliare e, nell'ambito dell'assistenza territoriale, concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali.

In precedenza il Patto per la salute 2014-2016, approvato con l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014, agli articoli 5 e 6, intendeva rafforzare strumenti e modalità di integrazione e qualificazione dell'assistenza a livello locale attraverso il rafforzamento dei punti unici d'accesso (PUA) per indirizzare il cittadino al percorso adeguato in relazione alle necessità, l'effettuazione di una valutazione multidimensionale (VMD) per accertare la presenza di condizioni cliniche, ambientali, familiari e sociali idonee alla permanenza a domicilio della persona non autosufficiente, la previsione di progetti di assistenza individuale (PAI) centrati sui bisogni integrati sia sanitari che sociali, formulati dall'equipe responsabile della presa in carico, la promozione di una più adeguata distribuzione delle prestazioni, dando evidenza al fabbisogno, espresso in funzione della popolazione da assistere, e l'organizzazione delle cure domiciliari sanitarie e sociosanitarie articolate per intensità, complessità e durata dell'assistenza.

Il Piano nazionale cronicità (Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016) ha definito un disegno strategico per la gestione dei pazienti in condizioni di cronicità a diversi gradi di evoluzione, che le Regioni possono attuare sul proprio territorio in considerazione dei servizi e delle risorse disponibili (parte I del Piano). Ha inoltre indicato alcune linee di indirizzo sulle principali patologie croniche caratterizzate da bisogni assistenziali specifici (parte II del Piano). Si è posto, infine, l'obiettivo di garantire una presa in carico precoce della persona, attraverso la prevenzione e il governo clinico dei percorsi assistenziali della persona e della sua famiglia, contribuendo a ridurre il peso clinico, sociale ed economico della malattia. Il Piano ha fornito indicazioni per favorire il buon funzionamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione tra le cure primarie, centrate sul medico di medicina generale (MMG) e la medicina specialistica, attraverso la continuità assistenziale e l'adozione dei piani diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA). Tale strategia contempla il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri anche avvalendosi degli strumenti forniti dalla "tecno-assistenza" e dalla digitalizzazione dei processi, quali i sistemi ICT e la telemedicina.

In linea con quanto sopra, i documenti allegati declinano i criteri di riferimento nazionali per l'autorizzazione e per l'accreditamento delle cure domiciliari alla luce degli articoli 21 (*Percorsi assistenziali integrati*) e 22 (*Cure domiciliari*) del già citato DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

L'articolo 21 stabilisce la necessità di avviare dei percorsi assistenziali integrati e garantire l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona attraverso la VMD dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale e la predisposizione di un progetto di assistenza individuale (PAI). Il PAI è redatto dall'equipe di cura sulla base degli indicatori dei bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale e prevede il coinvolgimento diretto della persona e della sua famiglia e di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale. L'approccio per percorso previsto dall'articolo 21 dei LEA rappresenta un'importante novità in quanto introduce il principio di governo clinico attraverso la gestione del caso (case management), riconducendo ad unitarietà le cure domiciliari ed evitando la frammentazione del bisogno in base all'organizzazione dei servizi.

L'articolo 22, come già sopra indicato, individua un livello di cure domiciliari di base e tre livelli di cure domiciliari integrate (ADI), con la finalità di assicurare una proporzionalità delle risposte in funzione della complessità dei bisogni garantendo la continuità tra le diverse fasi dell'assistenza territoriale.

Tutto ciò è coerente con quanto indicato dall'Allegato 1 del decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" che, al paragrafo 10, prevede la continuità delle cure tra territorio e ospedale, con la necessità di riorganizzare il sistema in una logica di continuità assistenziale organizzata in rete. L'interazione



funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere riveste, infatti, un ruolo centrale nella riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati e dei ricoveri ripetuti, spesso conseguenti alla mancata gestione del processo di dimissione protetta. Le iniziative di continuità delle cure e dell'assistenza tra il territorio e l'ospedale si identificano nei programmi di dimissione protetta e/o assistita che richiedono la disponibilità di strutture con varie funzioni e, tra queste, i servizi di cure domiciliari (CD) o le unità di cure palliative (CP).

Si fa, inoltre, riferimento alle Intese tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e del 19 febbraio 2015 (Rep. n. 32/CSR) sul disciplinare tecnico dell'accreditamento e relativo cronoprogramma di attuazione, in quanto rappresentano il primo set di criteri, requisiti ed evidenze condivise a livello nazionale nel sistema di accreditamento istituzionale. In particolare si è ritenuto di seguire, nell'ambito delle indicazioni sull'accreditamento delle cure domiciliari, lo schema degli 8 criteri indicati nel Disciplinare tecnico dell'accreditamento di cui all'Intesa del 20 dicembre 2012, di seguito sinteticamente riportati:

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”*;
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”*;
3. *Aspetti strutturali*, 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”*;
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”*;
5. *Comunicazione*, nella consapevolezza che una buona comunicazione e relazione tra professionisti e con le persone assistite 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”*;
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”*;
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”*;
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”*.



2. Attività svolta, scelte e obiettivi: la governance regionale del percorso, i requisiti di sicurezza e qualità dell'assistenza

Il presente documento scaturisce dal lavoro di un Gruppo misto tra Ministero della salute, Regioni e Province autonome, istituito presso la Direzione generale della programmazione sanitaria, al fine di caratterizzare e qualificare i servizi di cure domiciliari di cui all'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017, identificando criteri condivisi e omogenei sul territorio nazionale. Tale lavoro si inserisce nella recente cornice legislativa che, a seguito della pandemia, ha messo a disposizione importanti risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale e in particolare delle cure domiciliari, finanziando l'incremento del personale e dei servizi.

Il Gruppo ha avviato la sua attività attraverso il confronto sui differenti modelli ed esperienze regionali nell'ambito dell'organizzazione dei servizi di cure domiciliare. E' risultato che mentre è stata sviluppata una normativa regionale sui criteri di eleggibilità, sui profili di cura e sui sistemi tariffari, è meno rappresentata una normativa specifica sul sistema di accreditamento delle cure domiciliari.

Con questa proposta si intende superare questa carenza prevedendo, in analogia a quanto indicato dagli articoli 8 ter e 8 quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i, un sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale dei soggetti erogatori di cure domiciliari, che assicuri equità nell'accesso ai servizi, sicurezza e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. La finalità è quella di garantire al malato e alla sua famiglia cure adeguate durante tutto il decorso della malattia, per ogni età e sull'intero territorio nazionale, nonché favorire la messa a regime di sistemi di valutazione dei risultati raggiunti in un'ottica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria ai cittadini.

Il documento di accreditamento delle cure domiciliari è coerente con quanto definito dall'articolo 22 del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, sia per il livello base sia per quelli integrati (ADI) di I, II, III livello. Sono escluse le cure palliative domiciliari di cui all'articolo 23 del DPCM 12 gennaio 2017, in quanto è già contemplato il sistema di accreditamento delle strutture che costituiscono le reti locali di cure palliative ai sensi dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 152/CSR) e il sistema di accreditamento delle medesime reti di cure palliative, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 118/CSR).

La proposta individua i requisiti minimi per l'esercizio delle cure domiciliari e i requisiti ulteriori per l'accredimento istituzionale dei soggetti idonei a erogare cure domiciliari per conto del Servizio sanitario nazionale, fermo restando l'autonomia delle singole Regioni nell'ambito delle scelte programmatiche in merito al fabbisogno, alle modalità di erogazione dei servizi, all'individuazione delle procedure, alla contrattualizzazione. Nelle more dell'individuazione del sistema tariffario da parte della competente Commissione nazionale, le tariffe sono definite dalle singole Regioni e Province Autonome.

La proposta prevede che la governance dei percorsi di cure domiciliari sia nella titolarità della Regione, quale soggetto pubblico istituzionale, che effettua la programmazione e la definizione del fabbisogno, rilascia i provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, stipula (direttamente o tramite le aziende sanitarie) gli accordi contrattuali. Attua, inoltre, un sistema di vigilanza e di controllo che riguarda l'accertamento preventivo del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi e successivamente il controllo della permanenza degli stessi. Si tratta di un'ampia attività, che comprende la vigilanza e il controllo dei percorsi assistenziali attivati, delle procedure, della corretta compilazione e conservazione della documentazione clinica, del rispetto delle norme sulla sicurezza degli operatori e delle strutture, del rispetto della normativa sulla privacy. Il governo clinico-assistenziale dei percorsi di cure domiciliari è in carico alla Azienda sanitaria territoriale di riferimento.

La proposta contempla gli aspetti relativi alla valutazione multidimensionale, alla stesura del progetto di assistenziale individuale (PAI) che comprende, quando necessario, anche il piano di riabilitazione individuale (PRI). La definizione del fabbisogno, la valutazione e il monitoraggio dei risultati rientrano nell'ambito delle prerogative di competenza regionale.

Le modalità operative di effettuazione della valutazione multidimensionale e i requisiti per la stesura del progetto di assistenza individuale, redatti dall'equipe di presa in carico della persona assistita, sono definite



dalle Regioni e dalle Province Autonome, in coerenza con quanto già condiviso nel Patto per la salute 2014-2016.

Il documento introduce requisiti di miglioramento per garantire uniformità in merito ad aspetti essenziali del percorso di cura, quali la tempestività della presa in carico, la formalizzazione del Progetto di assistenza individuale, la rivalutazione periodica, gli strumenti per valutare l'efficacia e l'appropriatezza del progetto di assistenza individuale e monitorarne l'applicazione, l'integrazione professionale, la continuità delle cure e la circolazione delle informazioni tra l'ospedale e il territorio nelle loro diverse articolazioni (Distretti, MMG/PLS, specialisti, infermieri e altri professionisti sanitari, persone assistite e loro famiglie), e garantire una corretta compilazione dei flussi istituzionali di monitoraggio.

Sin dalla fase autorizzativa, si sono voluti sottolineare elementi essenziali per la sicurezza delle cure come la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), la formazione continua e l'integrazione professionale, il coinvolgimento e la partecipazione della persona assistita, della sua famiglia e dei caregiver.

Con questo documento si delineano, quindi:

- nell'allegato B, i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'erogazione di cure domiciliari in forma organizzata da parte di soggetti pubblici o privati, mentre il livello regionale definisce tempi, procedure, sistemi di verifica, eventuali altri requisiti;

- nell'allegato C, i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi ulteriori per l'accreditamento, aggiuntivi rispetto a quelli autorizzativi, prevalentemente focalizzati su aspetti organizzativi che possono determinare importanti ricadute sulla qualità assistenziale e affrontano tematiche di assoluta rilevanza – ad esempio governo clinico, rischio clinico, principi a garanzia dei LEA, diritti delle persone, che costituiscono la base per un concreto miglioramento della qualità. Questi requisiti sono stati articolati secondo i criteri previsti dall'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 20 dicembre 2012 "*Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento*", con l'obiettivo di determinare un livello qualitativamente elevato delle prestazioni offerte e di orientare lo svolgimento delle attività al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini utenti, al loro coinvolgimento e alla loro partecipazione al processo di cura, insieme alla rete familiare/di supporto.

Obiettivi essenziali sono la garanzia dell'equità nell'accesso ai servizi e della qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, la continuità assistenziale tra i diversi servizi, la trasparenza e la correttezza dell'azione amministrativa, la rendicontazione delle attività e dei risultati ottenuti.

I soggetti erogatori assicurano un programma di cure domiciliari personalizzate e, nel riconoscere la dignità e l'autonomia della persona assistita, offrono un'assistenza che deve rispettare requisiti di qualità e di appropriatezza, tenendo conto delle specificità dei percorsi e livelli assistenziali così come indicati negli articoli 21 e 22 del DPCM 12 gennaio 2017. Si prevede anche l'identificazione della tipologia delle figure professionali idonee a garantire un'adeguata assistenza in relazione ai differenti livelli di intensità e complessità dei bisogni della persona.

L'implementazione del documento dovrà avvenire previa valutazione del fabbisogno di cure domiciliari da parte delle Regioni ed essere seguita costantemente, sempre in ambito regionale, attraverso l'utilizzo di strumenti di monitoraggio e controllo.



ALLEGATO B - PROPOSTA REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI

(TIPOLOGIA: ORGANIZZAZIONE CHE EROGA CURE DOMICILIARI DI LIVELLO BASE, DI I, II, III LIVELLO)

NON SI APPLICA AI SINGOLI PROFESSIONISTI

Ai sensi del D.lgs. 502/92 e s.m.i., i requisiti di autorizzazione sono minimi, in quanto considerati 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. Ogni Regione e Provincia autonoma può definire, con propria normativa, requisiti minimi autorizzativi aggiuntivi ed è tenuta a disciplinare il sistema per verificarne l'attuazione.

1. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI	
L'Organizzazione che eroga cure domiciliari:	
1.1 AU - Sede organizzativa e operativa	- dispone almeno di una sede organizzativa, che può coincidere con una sede operativa, nell'ambito del territorio regionale, rapportata alla tipologia e alla complessità dell'attività svolta; tale sede svolge funzioni di centro organizzativo del servizio di cure domiciliari, di segreteria per informazioni e comunicazioni (call center), di raccolta di suggerimenti e reclami; dispone di sedi operative, dislocate sul territorio nel rispetto 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	- dispone di locali e spazi quali: per la sede organizzativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 <i>equipe</i>, 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ un locale/spazio (es. armadi) ad uso deposito del materiale pulito/magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative 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 faddove 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 <i>equipe</i>, 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, attrezzati 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.
2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI TECNOLOGICI	
In funzione dei livelli di attività erogata, l'Organizzazione garantisce:	
2.1 AU - Automezzi	- la disponibilità di mezzi di trasporto idonei a garantire la mobilità degli operatori e delle attività organizzative di supporto; - la conformità dei mezzi di trasporto alla normativa vigente (copertura assicurativa e altro); - un programma di controllo e manutenzione periodica dei mezzi;
2.2 AU - Apparecchiature	- tutte le attrezzature, i dispositivi medici e le apparecchiature elettromedicali, conformi alla normativa vigente, necessari a garantire l'erogazione delle rispettive prestazioni domiciliari erogate; - la dotazione minima delle apparecchiature, che deve essere sottoposta a verifiche periodiche, che comprende: stetoscopi, sfigmomanometri, glucometri, saturimetri, aspiratori;



2.3 AU - Dotazioni telefoniche ed informatiche	<ul style="list-style-type: none"> - l'adozione presso la sede organizzativa e operativa di un sistema informativo 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; - I supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e un sistema integrato di telecomunicazione e tecnologie audio-video con i relativi software, per creare, elaborare, archiviare, proteggere e scambiare dati elettronici comprese le prestazioni di telemedicina;
2.4 AU - Dispositivi di protezione individuale	<ul style="list-style-type: none"> - la Valutazione dei rischi ai sensi della vigente normativa o l'assegnazione dei dispositivi di protezione individuale agli operatori;
2.5 AU - Dotazioni per smaltimento rifiuti speciali	<ul style="list-style-type: none"> - le dotazioni necessarie per lo smaltimento dei rifiuti speciali come previsto dalla normativa vigente;
2.6 AU - Contenitori per campioni biologici	<ul style="list-style-type: none"> - i contenitori per il trasporto dei campioni biologici a norma di legge;
2.7 AU - Borse attrezzate	<ul style="list-style-type: none"> - le borse per il personale sanitario, dotate del materiale necessario per l'attività da svolgere verificato attraverso una check list predefinita - lo zaino per la gestione delle emergenze dotato di check list predefinita;
2.8 AU - Gestione e manutenzione di attrezzature/apparecchiature	<ul style="list-style-type: none"> - la verifica periodica dello stato di funzionamento e manutenzione delle apparecchiature in dotazione, mediante: <ul style="list-style-type: none"> o un inventario aggiornato delle attrezzature/apparecchiature utilizzate, o la presenza e la disponibilità di tutta la documentazione relativa ai collaudi, ispezioni e interventi di manutenzione e monitoraggio del funzionamento; - la presenza e la disponibilità della documentazione tecnica (con istruzioni per l'uso in lingua italiana) relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, per ogni verifica necessaria; - l'addestramento, qualora necessario, del personale coinvolto nell'utilizzo delle attrezzature e dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, opportunamente documentato.
3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI	
3.1 AU - Responsabilità e personale	
L'Organizzazione garantisce:	
3.1.1 AU - Responsabilità dell'Organizzazione	<ul style="list-style-type: none"> - che la responsabilità complessiva dell'Organizzazione stessa sia affidata a un direttore sanitario o, per le organizzazioni pubbliche, al responsabile medico designato dall'Azienda sanitaria. 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 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; - che, per i servizi di cure domiciliari integrate (ADI) vengano garantite le funzioni di coordinamento e responsabilità clinica, infermieristica e amministrativa; - che per ogni persona in carico per cure domiciliari sia garantita la continuità della presa in carico per tutta la durata dell'assistenza, coerentemente con il Piano Assistenziale;
3.1.2 AU - Dotazione di personale	<ul style="list-style-type: none"> - che la dotazione di personale, in termini numerici e di figure professionali coinvolte, sia proporzionata alla tipologia di attività che intende erogare integrando fra di loro le diverse figure professionali, 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 formazioni)	<ul style="list-style-type: none"> - che tutte le figure professionali siano in possesso dei requisiti necessari per svolgere la professione corrispondente, secondo la normativa vigente (titoli, eventuali abilitazioni, iscrizioni ad Albi ed Ordini professionali); - che sia effettuata la verifica dei titoli in possesso degli operatori; - che siano rispettati gli obblighi normativi di formazione continua per tutti i professionisti sanitari; - che vi sia formazione in merito a: <ul style="list-style-type: none"> o procedure interne organizzative, o procedure operative adottate (in funzione del profilo), o umanizzazione delle cure e qualità delle relazioni, o certificazione BLS/D (primo soccorso con l'impiego di defibrillatore semiautomatico) aggiornata, o sicurezza sul lavoro, o gestione del rischio clinico;



	<ul style="list-style-type: none"> - che esista evidenza della formazione; - l'effettuazione di programmi di formazione per il nuovo personale;
3.1.4 AU - Elenco degli operatori e fascicolo personale	<ul style="list-style-type: none"> - che sia presente, conservato e regolarmente aggiornato un elenco del personale impiegato, che riporti: <ul style="list-style-type: none"> o la tipologia e il numero delle figure professionali, il possesso dei relativi requisiti professionali, o la tipologia del rapporto di lavoro; - che sia data evidenza della turnazione del personale - 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; - che sia costituito un fascicolo, anche in formato elettronico, relativo a ciascun operatore che presta attività, composto da: <ul style="list-style-type: none"> o curriculum formativo aggiornato e la relativa documentazione, o attestazioni della formazione continua obbligatoria, o attestato di idoneità psico-fisica al lavoro, valutazione di idoneità effettuata dal Medico competente, o attestazione della formazione obbligatoria in materia di sicurezza sul lavoro, o attestazione dell'aggiornamento continuo del BLSd, o attestazione della formazione sulle procedure interne all'Organizzazione, o possesso della patente di guida adeguata all'eventuale veicolo utilizzato ai fini dell'attività erogata; - che il fascicolo personale degli operatori sia conservato nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali;
3.1.5 AU - Regolarità del rapporto di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> - nei confronti del proprio personale: <ul style="list-style-type: none"> o l'attuazione di condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro applicabili alla categoria di riferimento; o l'osservanza e l'applicazione di tutte le norme relative alle assicurazioni obbligatorie ed antinfortunistiche, previdenziali ed assistenziali; o l'applicazione della normativa in merito alla responsabilità civile in ambito sanitario,
3.1.6 AU - Identificabilità degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> - 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	
L'Organizzazione assicura:	
3.2.1 AU Tipologia di prestazioni e di servizi erogati	<ul style="list-style-type: none"> - che siano definite: <ul style="list-style-type: none"> ▪ il catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati, ▪ le modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari, ▪ la gestione delle eventuali urgenze; - che sia redatta la Carta dei Servizi (si veda punto 3.2.13); - che siano indicate le modalità di utilizzo di eventuali servizi sanitari erogati a distanza (telemedicina);
3.2.2 AU - Garanzia attività	<ul style="list-style-type: none"> - 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
3.2.5 AU - Regolamento interno	<ul style="list-style-type: none"> - che venga predisposto un Regolamento interno in cui siano definite: <ul style="list-style-type: none"> o le funzioni e le responsabilità di tutte le figure professionali in relazione alla tipologia di attività svolta, o le modalità di espletamento del servizio, o l'equipaggiamento del personale di assistenza, compreso l'abito professionale, o i sistemi di comunicazione; - che venga definito un organigramma/funzionigramma;
3.2.4 AU - Gestione del Rischio Clinico (RC)	<ul style="list-style-type: none"> - 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 mitigazione del rischio, le relative procedure e il monitoraggio; - che la valutazione dei rischi includa le Infezioni Correlate all'Assistenza; - che tutto il personale venga formato sul rischio clinico;



	<ul style="list-style-type: none"> - 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;
<p>3.2.5 AU - Procedure scritte sul percorso di cura</p>	<ul style="list-style-type: none"> - che, in funzione delle tipologie di cure domiciliari, siano definite procedure scritte in merito a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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;
<p>3.2.6 AU - Documentazione sanitaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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: <ul style="list-style-type: none"> o i dati anagrafici, o il caregiver, o la data di inizio delle cure domiciliari, o gli operatori di riferimento, o la diagnosi, o gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es. allergie, caduta), o il consenso informato, o gli strumenti di valutazione utilizzati, o il piano di trattamento (in relazione all'attività svolta) completo di eventuali aggiornamenti, o le prestazioni erogate, o l'eventuale necessità di ausili e/o presidi, o le verifiche, o i risultati raggiunti, o la data e la motivazione della chiusura del piano assistenziale; - che, per tutte le tipologie assistenziali, presso il domicilio della persona assistita, sia disponibile il diario assistenziale contenente, per ogni accesso: <ul style="list-style-type: none"> o data e ora, o operatore/i, o prestazioni svolte, o firma dell'operatore. <p>Può essere prevista anche la firma del paziente o del caregiver;</p>
<p>3.2.7 AU - Modalità di trattamento dei dati e privacy</p>	<ul style="list-style-type: none"> - che tutti i documenti e/o i dati relativi alle persone assistite siano custoditi nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili, prevedendo modalità di accesso solo al personale abilitato e protezione da accessi non autorizzati; - che il sistema di archiviazione della documentazione sanitaria consenta un rapido accesso ai dati da parte degli operatori coinvolti nel processo di cura;
<p>3.2.8 AU - Gestione di farmaci/presidi medico-chirurgici prodotti nutrizionali</p>	<ul style="list-style-type: none"> - che vengano definite le modalità di controllo e le relative registrazioni di giacenza, integrità, scadenza di farmaci, presidi medico-chirurgici e prodotti nutrizionali, ai sensi della normativa vigente; - che la documentazione relativa alle verifiche sia disponibile e correttamente conservata; - che i presidi e i dispositivi soddisfino le caratteristiche di corretta conservazione, sanificazione e manutenzione, facile trasportabilità e sicurezza nel trasporto e che siano contrassegnati con marchio CE qualora previsto;
<p>3.2.9 AU - Procedure specifiche</p>	<ul style="list-style-type: none"> - che siano disposte procedure: <ul style="list-style-type: none"> ▪ per garantire la sicurezza, la conservazione e il trasporto dei materiali biologici, ▪ per la sanificazione, la disinfezione e la sterilizzazione di strumenti, materiali e mezzi di trasporto (in cui sia descritto anche il monitoraggio delle stesse su apposito registro), ▪ per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, ▪ per la somministrazione a domicilio di farmaci, ▪ per 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 es. prevenzione e gestione delle lesioni cutanee da compressione, gestione dei cateterismi, gestione degli accessi vascolari, gestione della ventilazione meccanica invasiva o non invasiva e dell'ossigenoterapia, prevenzione delle cadute, valutazione del dolore etc.); - che le procedure siano aggiornate con una periodicità almeno triennale;



	- che le procedure siano diffuse agli operatori;
3.2.10 AU - <i>Integrazione professionale</i>	- 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; - che siano definiti ed applicati strumenti per il passaggio delle consegne;
3.2.11 AU - <i>Valorizzazione e sostegno alla famiglia</i>	- 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 - <i>Valorizzazione della partecipazione della persona assistita</i>	- che venga garantita la partecipazione della persona assistita nel processo di cura (<i>Empowerment</i>) attraverso momenti formalizzati nel piano assistenziale individuale e registrati nel diario assistenziale;
3.2.13 AU - <i>Materiale informativo</i>	- che venga redatta e periodicamente aggiornata una Carta dei Servizi, conforme alla normativa vigente, contenente informazioni relative almeno a: <ul style="list-style-type: none"> o prestazioni erogate, o modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari, o target di popolazione assistita, o orari, o tariffe praticate, o contatti o modalità di presentare eventuali reclami; - che la Carta dei Servizi sia facilmente accessibile per l'utenza,
3.2.14 AU - <i>Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi</i>	- 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 - <i>Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi</i>	- che venga definito di un documento con criteri e modalità per la valutazione della qualità dei servizi erogati; - che venga favorita la partecipazione del personale allo svolgimento di attività di valutazione (audi); - che vengano adottate modalità di valutazione della soddisfazione da parte dell'utente.



ALLEGATO C - PROPOSTA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI

criterio 1. *Attuazione di un sistema di gestione dei servizi, al fine di fornire evidenza di processi di pianificazione e verifica, coerenti con le indicazioni regionali ed efficaci nel promuovere la qualità, in quanto "fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza socio-sanitaria, una gestione dell'organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in un'ottica di miglioramento continuo"*

Requisito disciplinare AC	L'Organizzazione:
1.1 AC: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	<ul style="list-style-type: none"> - definisce in un piano triennale generale in cui vengono definiti gli obiettivi, la pianificazione e la programmazione delle cure domiciliari che intende garantire, identificandone la tipologia ai sensi dell'articolo 22 "Cure domiciliari" del DPCM 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, raccordandosi con l'Azienda sanitaria per i sistemi di relazione con i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, i servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, Infermiere di famiglia e di comunità, la centrale operativa territoriale;
1.2 AC: Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - definisce il proprio organigramma/funzionegramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni, - 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; - definisce le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale; - elabora e adotta un regolamento del personale;
1.4 AC: Presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> - adotta strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti; - 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; - garantisce che il Piano di Assistenza Individuale sia puntualmente aggiornato dall'equipe di cura in relazione alla modifica dei bisogni; - garantisce che il Piano di Assistenza Individuale contenga: <ul style="list-style-type: none"> o la 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; - verifica che le attività previste vengano effettuate;
1.5 AC: Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)	<ul style="list-style-type: none"> - 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 comprende, oltre a quanto previsto dal requisito autorizzativo 3.2.6 A.U.: <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; - garantisce la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del <i>diario assistenziale</i> che deve contenere, in conformità con il requisito autorizzativo 3.2.6 A.U., la parte della valutazione, della pianificazione, i tempi di durata del PAI e le modalità di verifica, le modalità di dimissione, la tracciabilità degli operatori che hanno



ALLEGATO C - PROPOSTA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI

	<p>effettuato valutazioni e prestazioni;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - assicura la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività e prestazioni erogate; - attua le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIAD-NSIS), laddove previsto; - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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; - il piano per il miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi; - relazione annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.

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 fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti e con i cittadini".

Requisito disciplinare AC	L'Organizzazione:
2.1 AC: Tipologia di prestazioni e di servizi erogati	<ul style="list-style-type: none"> - 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); - 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. - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 assicurata il coinvolgimento degli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel PAI; - 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; - adotta, a tal fine, procedure per la gestione dei percorsi e la definizione delle responsabilità; - adotta un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria;
2.3 AC: Continuità assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> - assicura la continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nei PAI; - 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; - 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; - garantisce, in particolare, anche con riferimento a dimissioni protette, che: <ul style="list-style-type: none"> 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;



ALLEGATO C - PROPOSTA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI

2.4 AC: Monitoraggio e valutazione	<ul style="list-style-type: none"> - 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; - 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; - mette in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate; - 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; - adotta modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività;
2.5 AC: Modalità di gestione della documentazione sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - adotta procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo; - analizza i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive; - formalizza e attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.

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

Requisito disciplinare AC	L'Organizzazione:
3.1 AC: Idoneità all'uso delle strutture (sede operativa e relative caratteristiche)	<ul style="list-style-type: none"> - dispone di una sede operativa sita nel territorio della Azienda sanitaria nella quale si esercita l'attività domiciliare; - è dotata di una segreteria operativa che garantisce la continuità del servizio, in coerenza con quanto previsto al punto 3.2.2 AU dei requisiti organizzativi; - 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); - assicura la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro.
3.2 AC: Contattabilità telefonica	<ul style="list-style-type: none"> - garantisce: <ul style="list-style-type: none"> 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 anche da strumento informatico per la trasmissione dei dati;
3.3 AC: Dotazioni Informatiche	<ul style="list-style-type: none"> - garantisce la presenza nella sede operativa di una dotazione informatica con: <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 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	<ul style="list-style-type: none"> - garantisce la presenza di una dotazione di materiali sanitari in relazione al livello di cure domiciliari da svolgere, come da indicazioni dell'Azienda sanitaria; - si attiene alle modalità aziendali della erogazione per i farmaci, le apparecchiature elettromedicali e i presidi necessari all'attività domiciliare.

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"



ALLEGATO C - PROPOSTA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI

Requisito disciplinare AC	L'Organizzazione:
4.1 AC: Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica	<ul style="list-style-type: none"> - garantisce l'individuazione di un responsabile della formazione; - 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; - 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	<ul style="list-style-type: none"> - mette in atto un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il nuovo personale; - formalizza e mette in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti; - adotta e mette in atto di un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale per il nuovo personale entro il 1° anno; - prevede una valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento;
4.3 AC: Valutazione del personale	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

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 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"

Requisito disciplinare AC	L'Organizzazione:
5.1 AC: Modalità di comunicazione interna alla struttura, per favorire la partecipazione degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> - 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 AC: Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione	<ul style="list-style-type: none"> - effettua indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori; - facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità;
5.3 AC: Modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone assistite e ai caregiver	<ul style="list-style-type: none"> - attua una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/caregiver; - 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 AC: Coinvolgimento delle persone assistite, dei suoi familiari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> - adotta modalità operative finalizzate a preservare e favorire i rapporti fiduciosi tra le persone assistite e gli operatori anche contenendo il <i>turn over</i> del personale; - garantisce che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale; - 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; - 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 AC: Modalità di ascolto delle persone assistite	<ul style="list-style-type: none"> - prevede un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/caregiver, le cui conclusioni sono riportate nel fascicolo sanitario domiciliare; - 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; - prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (<i>Customer satisfaction</i>) anche in funzione delle disposizioni regionali.



ALLEGATO C - PROPOSTA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI

Criterio 6 Appropriately 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'Organizzazione:
6.1 AC: Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche	<ul style="list-style-type: none"> - 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; - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 di cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici e cateteri venosi, o valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario; - garantisce il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale);
6.3 AC: Programma per la gestione del rischio clinico	<ul style="list-style-type: none"> - 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; - definisce le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico.



ALLEGATO C - PROPOSTA REQUISITI DI ACCREDITAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLE CURE DOMICILIARI

Criteria 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	L'Organizzazione:
7.1 AC: Progetti di miglioramento	- 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.
7.3 AC: Adozione di iniziative di innovazione	- predisporre strumenti adeguati, che consentono di acquisire e, quindi, utilizzare le innovazioni tecnologiche e organizzative previste dall'Azienda sanitaria di riferimento, compresa la Telemedicina, nell'ottica di un costante miglioramento qualitativo dei servizi erogati e tenendo conto anche dei fabbisogni emergenti nell'ambito dell'equipe curante.

Criteria 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	L'Organizzazione:
8.1 AC: Programmi per l'umanizzazione delle cure	- 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 <i>counseling</i> (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di "cattive notizie"); - attua modalità concordate con l'Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili; - 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.

