**CURE DOMICILIARI**

**VERBALE DI SOPRALLUOGO N° \_\_\_**

In data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso l’unità d’offerta: (*tipologia e denominazione*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede operativa/organizzativa:

indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

soggetto gestore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

legale rappresentante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

l’equipe di vigilanza composta da:

*Nome e Cognome, UO di appartenenza, qualifica dell’operatore*, (responsabile dell’istruttoria);

*Nome e Cognome, UO di appartenenza, qualifica dell’operatore*

alla presenza di:

*Nome e Cognome e qualifica di chi presenzia al sopralluogo*

identificato/a tramite \_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / persona nota all’equipe

ha effettuato un sopralluogo per la verifica dei requisiti organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici, di esercizio/accreditamento di seguito specificati, nell’ambito dell’istruttoria avviata per:

* Istanza di riclassificazione prot. ATS n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* SCIA/SCIA con contestuale richiesta di accreditamento di riclassificazione prot. ATS n.\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* verifica a seguito di DGR n. \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per post accreditamento
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REQUISITI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTO CURE DOMICILIARI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| REQUISITI GENERALI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTODGR n. 2569/2014 – All.1; DGR n. 6867/2022; DPR 14/01/1997 | | | | |
| **Rif.norm.** | | **Area tematica** | | **Esito** |
| ES  2.3.1. | | **Titolo di godimento dell’immobile** | | SI/NO |
| UdO realizzata con finanziamenti statali/regionali:  (*in caso di finanziamenti statali/regionali indicare la tipologia*) | | | | |
| Titolo di godimento dell’immobile sede dell’attività (barrare una delle opzioni):   * Proprietà * Locazione * Comodato d’uso * Appalto * Concessione * Affitto ramo d’azienda * Altro (*specificare*) | | | | |
| Titolo in base al quale è esercitata l'attività (barrare una delle opzioni):   * Gestione diretta di un bene non di proprietà * Gestione diretta di un bene di proprietà * Concessione * Altro (*specificare*) | | | | |
| Scadenza titolo di godimento dell'immobile (nel caso in cui la struttura non sia di proprietà del Gestore): | | | | |
| Dati identificativi del proprietario (se l’immobile sede dell’attività è di proprietà di soggetto diverso dal gestore): (*indicare persona fisica/ragione sociale*) | | | | |
| Note: | | | | |
| **Esito delle verifiche relative al possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente** | | | | |
| ES 2.3.2.a | **AGIBILITÀ** | | | **SI/NO** |
|  | | | Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni):   * Certificato di agibilità dei locali rilasciato dal Comune * Copia protocollata dell'avvenuta richiesta di agibilità * Copia protocollata della dichiarazione di agibilità di edifici destinati ad attività economiche * Dichiarazione di fine lavori protocollata dal Comune (solo per edifici esistenti, ove l'intervento di modifica strutturale non richieda nuova agibilità) * SCAGI (Segnalazione Certificata Inizio Attività per Agibilità) ai sensi dell’art.24, comma 1 del DPR 380/2001 così come modificato dall’art. 3 del D. Lgs n. 222/2016 * Solo per i casi in cui non sia possibile reperire né richiedere l’agibilità, presenza di idonee attestazioni del possesso dei requisiti igienico-sanitari rilasciate da tecnici abilitati * Altra documentazione idonea ad attestare il possesso dell’agibilità (da indicare nelle note) | SI/NO |
|  | | | Note: *Note ed estremi della documentazione esaminata* |  |
| ES 2.3.2.b *dgr 2569/2014* | | | **PROTEZIONE ANTISISMICA** | SI/NO/NP |
|  | | | Verifiche di idoneità statica.  Documentazione esaminata (barrare una delle opzioni):   * Collaudo statico ai sensi della Legge 1086/1971 (nuovi edifici), se non già presente all’interno dell’agibilità * Collaudo statico per le parti di nuova costruzione (edifici esistenti – ampliamenti) se non già presente all’interno dell’agibilità * Certificato di idoneità statica dell’intero edificio (edifici esistenti e modifiche senza interventi strutturali) se non già presente all’interno dell’agibilità * Altra documentazione idonea a attestare il rispetto della normativa antisismica (da indicare nelle note) | SI/NO/NP |
| * UdO inserita in edifici strategici o rilevanti come previsto dalla DDUO n. 7237 del 22/05/2019, verifica di sicurezza ai sensi delle NTC 2018 paragrafo 8.3 | SI/NO/NP |
|  | | | Note: *Note ed estremi della documentazione esaminata (nel caso sia indicato NP per verifiche vulnerabilità sismica, specificarne le motivazioni)* |  |
| ES 2.3.2.c *dgr 2569/2014* | | | **PROTEZIONE ANTINCENDIO** | **SI/**  SI/NO/NP **NO/NP** |
|  | | | Documentazione prevenzione incendi (barrare una delle opzioni):   * Ricevuta SCIA antincendio di cui all’art. 4 del D.P.R. 151/2011, rilasciata dal Comando dei Vigili del Fuoco (solo per cat. C all. 1 D.P.R. 151/201: con dichiarazione di impegno a comunicare l’esito dell'istruttoria dei Vigili del Fuoco) * CPI (solo per cat. C all. 1 D.P.R. 151/2011) * Ricevuta rilasciata dal Comando dei Vigili del Fuoco della richiesta di rinnovo periodico di conformità antincendio (art. 5 del D.P.R. 151/2011) * Dichiarazione di esclusione dall'elenco dell'Allegato 1 del D.P.R. 151/2011 * Altra documentazione idonea a attestare il rispetto della normativa antincendio (da indicare nelle note) | SI  SI/NO/NP /NO/NP |
| Note: | SI/NO/NP |
| Piano delle emergenza per rischio incendi e valutazione del rischio   * presenza del piano delle emergenze per rischio incendio (parte del DVR) * per attività avviate da meno di 90 giorni, in attesa di redazione del DVR, presenza del Documento di valutazione del rischio incendio ai sensi del D.Lgs. 81/2008, del D.M. 2/09/2021 e D.M. 3/09/2021 | SI/NO/NP |
| Atto di designazione dei coordinatori e degli addetti delle squadre antincendio con attestati dei relativi corsi obbligatori come previsto dal D.M. 2/09/2021 |  |
| Documentazione attestante l’esecuzione di prove evacuazione annuali se dovuto | SI/NO/NP |
| Registro dei controlli dei presidi antincendio ai sensi del punto 2 dell’art. 6 DPR 151/2011 secondo la periodicità prevista | SI/NO |
| *Note: Note ed estremi della documentazione esaminata* |  |
| ES 2.3.2.d *dgr 2569/2014* | | | **PROTEZIONE ACUSTICA** | **SI/NO/NP** |
|  | | | Presenza del documento di collaudo dei requisiti acustici passivi degli edifici o della porzione di edificio in cui è inserita l’UdO (esclusivamente per nuove costruzioni e ristrutturazioni di edifici esistenti realizzati dall’entrata in vigore del DPCM del 5/12/1997, a partire dal 20/2/1998 | SI/NO/NP |
|  | | | Note: *Note ed estremi della documentazione esaminata*  *nel caso sia indicato NP specificarne le motivazioni* |  |
| ES 2.3.2.e *dgr 2569/2014* | | | **SICUREZZA ELETTRICA E CONTINUITÀ ELETTRICA** | **SI/NO** |
| Impianti elettrici | | | * Verifica dell’impianto elettrico di messa a terra secondo il D.P.R. 462/2001 secondo la periodicità prevista attestata da idonea documentazione (2 o 5 anni) * Impianto di nuova costruzione, non ancora soggetto a controllo periodico   dichiarazione di conformità dell’impianto elettrico completa di progetto, nei casi previsti, ai sensi del D.M. 37/2008   * Dichiarazione Conformità ai sensi della L.46/90 o del D.M. 37/08 | SI/NO |
| * Controlli periodici (art. 86 D.Lgs. 81/08) | SI/NO |
|  | | | Note: *Note ed estremi della documentazione esaminata* | |
| Impianti di protezione contro le scariche atmosferiche | | | Conformità dell’impianto di protezione contro le scariche atmosferiche.  Documentazione esaminata:   * dichiarazione di autoprotezione redatta da un tecnico abilitato (nel caso l’impianto non sia previsto) * dichiarazione di conformità dell’impianto di protezione contro le scariche atmosferiche completa di progetto ai sensi del D.M. 37/2008 * altra documentazione idonea a attestare la conformità dell’impianto di protezione contro le scariche atmosferiche (da indicare nelle note) | SI/NO |
|  | | | Note (o altra documentazione esaminata): |  |
| Dispositivi elettromedicali | | | Elenco completo dei dispositivi elettromedicali in uso con relative conformità CE | SI/NO/NP |
| Verifica periodica dei dispositivi elettromedicali   * secondo le scadenze previste * dispositivi di nuova costruzione, non ancora soggetti a controlli periodici | SI/NO/NP |
|  | | | Note: (il gestore dichiara la non presenza) | |
| ES 2.3.2.f *dgr 2569/2014* | | | **SICUREZZA ANTIINFORTUNISTICA** | **SI/NO** |
|  | | | * presenza del Documento di valutazione dei rischi * per attività avviate da meno di 90 giorni, in attesa di redazione del DVR | SI/NO |
| Valutazione dei rischi interferenti   * presenza del DUVRI - Documento di valutazione dei rischi da interferenza * dichiarazione di assenza di lavori ai sensi dell’art. 26 DLgs 81/08 | SI/NO |
|  | | | *Note: Note ed estremi della documentazione esaminata* | |
| ES 2.3.2.g *dgr 2569/2014* | | | **IGIENE E SICUREZZA DEI LUOGHI DI LAVORO** | **SI/NO** |
| Locali interrati e seminterrati | | | Autorizzazione in deroga ex art.65 D.Lgs. 81/2008, in caso di utilizzo ai fini lavorativi di locali interrati e seminterrati | SI/NO/NP |
|  | | | *Note: Note ed estremi della documentazione esaminata* | |
| Impianti di sollevamento | | | Per ciascun impianto di sollevamento di pertinenza/al servizio dell’unità d’offerta sono presenti *se all’interno dei locali dell’unità d’offerta C-Dom e ad uso esclusivo (il requisito è assolto in presenza di uno dei due documenti sotto riportati)*   * verifiche periodiche ai sensi del DPR n 162/99 attestate da idonea documentazione * collaudo se di nuova costruzione e non ancora soggetto a verifica | SI/NO/NP |
|  | | | *Note: Note ed estremi della documentazione esaminata* | |
| Impianto a gas | | | Conformità impianto a gas   * dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/08 o della Legge 46/90 *se all’interno dei locali dell’unità d’offerta C-Dom e ad uso esclusivo* | SI/NO/NP |
|  | | | *Note: Note ed estremi della documentazione esaminata* | |
| ES 2.3.2.h *dgr 2569/2014* | | | **PROTEZIONE RADIAZIONI IONIZZANTI** | **SI/NO** |
|  | | | Documentazione esaminata :   * Dichiarazione di assenza di sorgenti radioattive/apparecchiature radiodiagnostiche | SI/NO |
|  | | | *Note: Note ed estremi della documentazione esaminata* |  |
| ES 2.3.2.i *dgr 2569/2014* | | | **ELIMINAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE** | **SI/NO** |
|  | | | barrare una delle opzioni:   * dichiarazione presente nella documentazione di agibilità * verifica nel corso del sopralluogo | SI/NO |
|  | | | *Note: Note ed estremi della documentazione esaminata* |  |
| ES 2.3.2.j *dgr 2569/2014 e AU3.5. dgr 6867/2022* | | | **SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI** | **SI/NO/NP** |
|  | | | * Dichiarazione di assenza di produzione presso la sede organizzativa e operativa * Contratto con ditta autorizzata allo smaltimento dei rifiuti sanitari a rischio infettivo in corso di validità e relativa documentazione degli avvenuti smaltimenti | SI/NO/NP |
| Verifica della presenza degli idonei contenitori per la raccolta a rischio infettivo | SI/NO/NP |
| Verifica della presenza di idoneo spazio di stoccaggio | SI/NO/NP |
|  | | | *Note: Note ed estremi della documentazione esaminata* |  |
| *Es 2.3.2.k* *dgr 2569/2014* | | | **IMPIANTO TRATTAMENTO ARIA** | SI/NO/NP |
|  | | | Presenza impianto (UTA) trattamento aria  *(se all’interno dei locali dell’unità d’offerta C-Dom e ad uso esclusivo)* | SI/NO/NP |
| Dichiarazione di conformità ai sensi del DM 37/2008 o L. 46/90 degli impianti di trattamento dell’aria | SI/NO/NP |
| Relazione tecnica con indicazione dei parametri termo – igro – volumetrici | SI/NO/NP |
| Documentazione inerente verifiche periodiche manutentive degli impianti secondo un piano di manutenzione definito dal Gestore:   * presenza del piano di manutenzione definito dal Gestore e della documentazione relativa alle verifiche periodiche manutentive * presenza del piano di manutenzione definito dal Gestore (impianto di nuova installazione non ancora soggetto alle verifiche periodiche manutentive) | SI/NO/NP |
|  | | | *Note: Note ed estremi della documentazione esaminata* | |
| *ES 2.3.2.l* | | | **IMPIANTI DISTRIBUZIONE GAS MEDICALI** | **SI/NO/NP** |
|  | | | Presenza di   * impianto centralizzato distribuzione dei gas medicali * altre soluzioni tecniche in grado di soddisfare il requisito, anche ricorrendo all’utilizzo di bombole * Dichiarazione di assenza | SI/NO/NP |
| Dichiarazione di conformità e marcatura CE dell’impianto | SI/NO/NP |
| Documentazione inerente verifiche e manutenzioni periodiche dell’impianto | SI/NO/NP |
|  | | | *Note: Note ed estremi della documentazione esaminata* | |
| ES 2.3.2.m *dgr 2569/2014* | | | **MATERIALI ESPLODENTI** | **SI/NO** |
|  | | | Verificata tramite (barrare una delle opzioni):   * Dichiarazione di assenza di materiale esplodenti | SI/NO |
|  | | | Note: |  |
|  | | | | |
| REQUISITI SPECIFICI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DI ESERCIZIO E DI ACCREDITAMENTODGR n. 6867/2022 | | | | |
| Conformità allo stato dei luoghi delle planimetrie presentate con istanza/SCIA | | | | SI/NO |
| Note: | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1. AU Sede organizzativa e operativa dgr 6867/2022 | **SEDE ORGANIZZATIVA** |  |
|  | La sede organizzativa regionale, coincide con una sede operativa | SI/NO |
| La sede organizzativa è ubicata in questa ATS? (indicare Comune e ATS) | SI/NO |
| Sedi operative, almeno una nell’ ATS in cui l’erogatore intende esercitare | SI/NO |
| Procedura che assicuri il collegamento delle sedi tra loro in relazione alla distribuzione degli interventi territoriali | SI/NO/NP |
| Note: |  |
| AC 3.2.4.d dgr 2569/2014 | Segnaletica visibile anche a distanza e di facile comprensione | SI/NO |
| Note: |  |
| 2.2. AU Locali e spazi della sede organizzativa e operativa  *dgr 6867/2022 e successive note regionali* | **QUALORA LA SEDE ORGANIZZATIVA SIA A SÈ STANTE \*:** | SI/NO/NP |
| * **1 LOCALE** per l’organizzazione dei servizi, le attività amministrative e di segreteria - call center (aperto secondo il requisito 3.2.2.) * **1 LOCALE** dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di equipe, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico * **1 SPAZIO** (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio (eventualmente condivisibile con altra udo qualora le Cure Domiciliari siano ubicate all’interno del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore ma in spazio dedicato e ben identificato da specifica cartellonistica) * **1 SPAZIO** dotato di armadio con chiusura di sicurezza per la conservazione sicura della documentazione sanitaria * **SERVIZI IGIENICI per il personale**, accessibili e attrezzati per la disabilità -L. 236/89 - (eventualmente condivisibili con altra udo, qualora le Cure Domiciliari siano ubicate all’interno del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore) * **SERVIZI IGIENICI per gli utenti**, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico (eventualmente condivisibili con altra udo qualora le Cure Domiciliari siano ubicate all’interno del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore)   \* qualora la sede organizzativa sia ubicata in altra ATS indicare: *“valutazione non di competenza di questa ATS, ma richiesta alla ATS in cui insiste la sede organizzativa”* |  |
| Note: se la sede non è aperta al pubblico verificare solo la presenza di un solo servizio igienico |  |
|  | **QUALORA LA SEDE OPERATIVA SIA SÈ STANTE:** | SI/NO/NP |
| * **1 LOCALE** dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di equipe, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico * **1 SPAZIO (**front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio (eventualmente condivisibile con altra udo qualora le Cure Domiciliari siano ubicate all’interno del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore ma in spazio dedicato e ben identificato da specifica cartellonistica) * **1 SPAZIO** dotato di armadio con chiusura di sicurezza per la conservazione della documentazione sanitaria * **1 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 * **1 LOCALE/SPAZIO** (es. armadi) per deposito del materiale sporco, con uno spazio delimitato adibito al lavaggio, nonché alla sterilizzazione dei materialiladdove non venga utilizzato solo materiale monouso o non ci si avvalga di servizi esterni di sterilizzazione * **1 SPOGLIATOIO** per il personale (eventualmente condivisibile con altra udo qualora le Cure Domiciliari siano ubicate all’interno del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore). *Tenuto conto di quanto previsto dal Dlgs 81/2008 allegato 4 comma punto 1.12.il requisito dello spogliatoio può ritenersi soddisfatto anche attraverso la messa a disposizione degli operatori di armadietti* * **SERVIZI IGIENICI PER IL PERSONALE** accessibili e attrezzati per la disabilità -L. 236/89 - (eventualmente condivisibili con altra udo qualora le Cure Domiciliari siano ubicate del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore) * **SERVIZI IGIENICI PER GLI UTENTI,** attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico (eventualmente condivisibili con altra udo qualora le Cure Domiciliari siano ubicate del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore) |  |
| Note: se la sede non è aperta al pubblico verificare solo la presenza di un solo servizio igienico |
| **QUALORA LE SEDI ORGANIZZATIVA E OPERATIVA SIANO CONDIVISE:** | SI/NO/NP |
| * **1 LOCALE** per l’organizzazione dei servizi, le attività amministrative e di segreteria - call center * **1 LOCALE** dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di equipe, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico * **1 SPAZIO** (front office) per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio (eventualmente condivisibile con altra udo qualora le Cure Domiciliari siano ubicate all’interno del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore ma in spazio dedicato e ben identificato da specifica cartellonistica) * **1 SPAZIO** dotato di armadio con chiusura di sicurezza per la conservazione sicura della documentazione sanitaria * **1 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 * **1 LOCALE/SPAZIO (ES. ARMADI)** per deposito del materiale sporco, con uno spazio delimitato adibito al lavaggio, nonché alla sterilizzazione dei materiali laddove non venga utilizzato solo materiale monouso o non ci si avvalga di servizi esterni di sterilizzazione * **1 SPOGLIATOIO** per il personale (eventualmente condivisibili con altra udo qualora le Cure Domiciliari siano ubicate all’interno del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore) *Tenuto conto di quanto previsto dal Dlgs 81/2008 allegato 4 comma punto 1.12.il requisito dello spogliatoio può ritenersi soddisfatto anche attraverso la messa a disposizione degli operatori di armadietti* * **SERVIZI IGIENICI** per il personale accessibili e attrezzati per la disabilità -L. 236/89 - (eventualmente condivisibili con altra udo qualora le Cure Domiciliari siano ubicate all’interno del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore) * **SERVIZI IGIENICI** per gli utenti, attrezzati per la disabilità, nel caso in cui la sede sia aperta al pubblico (eventualmente condivisibili con altra udo qualora le Cure Domiciliari siano ubicate del medesimo edificio, gestita dallo stesso erogatore) |  |
| Note: se la sede non è aperta al pubblico verificare solo la presenza di un solo servizio igienico |
| Le sedi organizzativa/operativa sono ubicate presso altra udo, gestita da un soggetto gestore diverso, con spazi ben identificati non già ricompresi tra quelli abilitati/accreditati, con specifica cartellonistica e con contratto di messa a disposizione degli spazi, con definiti i locali specificatamente dedicati alle attività domiciliari e di esclusiva competenza ed utilizzo da parte del presente soggetto gestore.  Gli accessi e i percorsi sono separabili in caso di emergenza pandemica o presenza di idonea procedura per operare in sicurezza in caso di pandemia. | SI/NO/NP |
| Note: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TECNOLOGICI | | |
| 3.1 AU *dgr 6867/2022* | **AUTOMEZZI** | **SI/NO** |
|  | Nel documento organizzativo è esplicitato la modalità per gli operatori per raggiungere i domicili degli utenti:   * mezzi di trasporto idonei messi a disposizione dal datore di lavoro; * uso di mezzi di trasporto idonei messi a disposizione dai lavoratori; * utilizzo di mezzi pubblici. | SI/NO |
| Sono esplicitate o evidenziate le modalità di verifica (copertura assicurativa e altro, programma di controllo e manutenzione periodica dei mezzi) della conformità dei mezzi di trasporto di proprietà.  In caso in cui sono messi a disposizione dagli operatori il requisito può essere assolto con dichiarazione di assunzione di responsabilità in capo al professionista incaricato nell’ambito del disciplinare di incarico | SI/NO |
| Note: |  |
| 3.2 AU *dgr 6867/2022* | **APPARECCHIATURE GESTIONE E MANUTENZIONE** | **SI/NO** |
|  | Dichiarazione del gestore della disponibilità di tutte le attrezzature, i dispositivi medici, e le eventuali apparecchiature elettromedicali, conformi alla normativa vigente, necessari a garantire l’erogazione delle rispettive prestazioni domiciliari erogate | SI/NO |
| Dichiarazione del gestore della disponibilità di una dotazione minima delle apparecchiature, che devono essere sottoposte a verifiche periodiche e che devono comprendere: stetoscopi, sfigmomanometri, glucometri, saturimetri, aspiratori. | SI/NO |
| Dichiarazione del gestore di disponibilità di tutti i materiali sanitarisecondo l’elenco di cui allo specifico Allegato 1 dgr 6867/2022 - appendice | SI/NO |
| Presenza di:   * procedura di programmazione degli acquisti di apparecchiature biomediche e dispositivi medici, * inventario aggiornato delle apparecchiature/attrezzature utilizzate * documentazione relativa ai collaudi, ispezioni e interventi di manutenzione e monitoraggio del funzionamento * documentazione tecnica (con istruzioni per l’uso in lingua italiana) relativa alle singole attrezzature, obbligatoriamente fornita al momento dell’acquisto, per ogni verifica necessaria   E’ opportunamente documentato l’addestramento, qualora previsto, del personale coinvolto nell’utilizzo delle attrezzature e dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali. | SI/NO |
| * 1. AU *dgr 68672022* | **DOTAZIONI TELEFONICHE ED INFORMATICHE** | **SI/NO** |
|  | * Dichiarazione da parte dell’ente gestore di presenza di supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e di un sistema integrato di telecomunicazione e tecnologie audio-video con i relativi software, per creare, elaborare, archiviare, proteggere e scambiare dati elettronici * Dichiarazione da parte dell’ente gestore di adeguamento ai tempi previsti da regione per le prestazione di telemedicina | SI/NO |
| * 1. AU dispositivi di protezione individuale *dgr 6867/2022* | Disponibilità ed evidenza di assegnazione dei dispositivi di protezione individuale agli operatori secondo DVR | SI/NO |
| * 1. AU contenitori per campioni biologici *dgr 6867/2022* | Presenza di contenitori per i trasporti biologici a norma di legge | SI/NO |
| * 1. AU borse attrezzate *dgr 6867/2022* | Borse per il personale sanitario, dotate del materiale necessario per l’attività da svolgere verificato attraverso una check list predefinita dal responsabile sanitario | SI/NO |
| Disponibilità dello zaino per la gestione delle emergenze, dotato di check list predefinita dal responsabile sanitario (pertinente in relazione ai protocolli in uso) a disposizione degli operatori presso la sede operativa | SI/NO |
| Note: |  |

**ORGANIZZATIVI E GESTIONALI - Responsabilità e personale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 1. AU Responsabilità dell’organizzazione *dgr 6867/2022* | Responsabile sanitario medico con esperienza biennale in gestione dei servizi sociosanitari o corsi di management sanitario, con funzioni di organizzazione del servizio e di valutazione e miglioramento della qualità. *indicare cognome e nome*: | SI/NO |
| Evidenza di attribuzione di compiti: responsabile del mantenimento dei requisiti sanitari previsti, della verifica di qualità degli interventi svolti e della corretta gestione (acquisizione, stoccaggio,distribuzione, utilizzo o 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). | SI/NO |
| Sono garantite le funzioni:   * coordinamento e responsabilità clinica; * coordinamento infermieristico; * coordinamento amministrativo. | SI/NO |
| Note: |  |
| * 1. AU Dotazione di personale *dgr 6867/2022 e successive note regionali* | È garantita la presenza delle seguenti figure professionali:   * medici con specializzazione in:   -geriatria/disciplina equipollente o medicina interna/disciplina equipollente  -fisiatra/disciplina equipollente   * infermieri * Fisioterapista e altri operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione (DM Sanità 29.3.2001) * OSS * psicologo * altre figure professionali necessarie a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nei PI, PAI – *indicare le qualifiche se presenti*. | SI/NO |
| Note: |  |
| 2.4 AC Definizione delle responsabilità *dgr 6867/2022* | Presenza di pianta organica/funzionigramma/organigramma in cui sono riportati i nominativi del personale in servizio, la tipologia di rapporto di lavoro, la qualifica e le competenze specifiche | SI/NO |
| Rivalutazione periodica del sistema organizzativo ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità e comunque con una periodicità non superiore al triennio | SI/NO |
| Note: |  |
| * 1. AU Requisiti per il personale (titoli e formazione) *dgr 6867/2022* | Presenza di criteri di selezione del personale che includano anche la conoscenza della lingua italiana | SI/NO |
| Evidenza che il gestore verifica il:   * possesso dei requisiti necessari per svolgere la professione, secondo la normativa vigente, (titoli, eventuali abilitazioni, iscrizioni agli albi e Ordini professionali) * rispetto degli obblighi normativi di formazione continua per tutti i professionisti sanitari   Presenza di procedure per l’inserimento e affiancamento/addestramento con evidenza di efficacia e programmi di formazione per il nuovo personale, garantendo, entro il primo anno, la formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale | SI/NO |
| Adozione 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. | SI/NO |
| La formazione garantisce secondo la tempistica normativa in vigore e il fabbisogno rilevato, per tutto il personale, le tematiche relative a:   * procedure interne organizzative; * procedure operative adottate (in funzione del profilo); * umanizzazione delle cure e qualità delle relazioni; * certificazione BLSD (primo soccorso con l’impiego di defibrillatore e semiautomatico) aggiornata almeno per le figure sanitarie; * sicurezza sul lavoro; * gestione del rischio clinico. | SI/NO |
| Note: |  |
| 8.1. AC Programmi per l’umanizzazione delle cure *dgr 6867/2022* | È assicurata la copertura del fabbisogno formativo di tutti gli operatori addetti all’assistenza in un arco di tempo triennale, sulla base delle esigenze specifiche rispetto all’utenza da assistere e su tematiche relative all’umanizzazione delle cure.  È prevista per tutti gli operatori (n.b.: anche per coloro che non concorrono allo standard della udo la formazione su tematiche relative alla comunicazione e alle tecniche di relazione con gli utenti e i caregiver, anche rispetto alla gestione dei conflitti) | SI/NO |
|  | Note: |  |
| 5.1 AC Valutazione del personale *dgr 6867/2022* | È previsto un processo per la valutazione dell’idoneità al ruolo dei neo-assunti | SI/NO |
| È presente 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 | SI/NO |
| Note: |  |
| 4.4 AU Elenco degli operatori e fascicolo personale *dgr 6867/2022* | Presenza di un sistema di rilevazione dell’attività svolta dagli operatori | SI/NO |
| Evidenza della turnazione del personale, compreso lo schema di distribuzione programmata degli orari di lavoro, i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie e permessi | SI/NO |
| Presenza di un archivio storico dei turni effettuati e della documentazione relativa ai servizi svolti, contenente i dati degli accessi a domicilio | SI/NO |
| Presenza di fascicolo per ciascun operatore anche in formato elettronico, conservato nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali, composto da:   * curriculum formativo aggiornato e la relativa documentazione; * attestazione della formazione continua obbligatoria; * attestato di idoneità psicofisica al lavoro, valutazione di idoneità effettuata dal medico competente; * attestazione dell’aggiornamento continuo del BLSD almeno per il personale sanitario; * attestazione della formazione sulle procedure interne all’organizzazione; * possesso della patente di guida in caso di utilizzo di mezzo proprio o del gestore. | SI/NO |
| Note: |  |
| * 1. AU Regolarità del rapporto di lavoro *dgr 6867/2022* | Sono garantite:  - le condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro applicabili alla categoria di riferimento  - l’osservanza e l’applicazione di tutte le norme relative alle assicurazioni obbligatorie e antinfortunistiche, previdenziali e assistenziali  - l’applicazione di normativa in merito alla responsabilità civile in ambito sanitario | SI/NO |
| NOTA: autocertificazione del gestore ai sensi del DPR 445/2000 |  |
| Polizza assicurativa per responsabilità civile del soggetto gestore (quietanza di pagamento per l’annualità in corso), con:   * data di attivazione non successiva alla presentazione dell’istanza /SCIA di riclassificazione; * copertura anche per fatti accidentali e imputabili a negligenza, imprudenza o imperizia; * assenza di franchigie opponibili ai terzi danneggiati.   In alternativa, programma assicurativo di gestione diretta del rischio, idoneamente documentato | SI/NO |
| Note: |  |

**PROCEDURE E GESTIONE DELL’ATTIVITÀ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5.1. AU Politiche di gestione delle risorse umane/economiche *dgr 6867/2022* | Documento in cui siano definite ed esplicitate l’organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche. | SI/NO |
| Note: |  |
| * 1. AU Garanzia attività *dgr 6867/2022 e note regionali successive* | Il gestore ha definito come garantire l’attività amministrativa per 5 giorni a settimana (da lunedì a venerdì) per almeno un turno di lavoro (ad es 9:00-18:00), con ricezione delle telefonate e in aggiunta (almeno una delle seguenti):   * apertura della sede al pubblico; * apertura della sede su appuntamento; * colloquio al domicilio; * altro (*specificare*). | SI/NO |
| Presenza di informativa all’utenza (ad es. sito, cartellonistica, brochure informativa, carta dei servizi….) | SI/NO |
| L’attività sanitaria è garantita:   * per 5 giorni a settimana (da lunedì a venerdì) per i percorsi che prevedono solo attività prestazionali o monoprofessionali; * per 7 giorni settimanali per i percorsi che prevedono attività domiciliari integrate (un numero non inferiore a 42 ore settimanali, in ragione della risposta al bisogno collegato ai Piani di Assistenza Individuali aperti); | SI/NO |
| È prevista possibilità per gli assistiti di accoglimento dei messaggi tramite segreteria telefonica negli orari di chiusura dell’attività amministrativa. | SI/NO |
| Note: |  |
| 3.3. AC continuità assistenziale *dgr 6867/2022* | Garantisce la copertura delle cure con la loro distribuzione su:  **5 giorni** a settimana (dal lunedì al venerdì) per attività prestazionali o monoprofessionali **7 giorni** settimanali per le attività integrate (un numero non inferiore a 49 ore settimanali di assistenza distribuita sui 7 giorni in ragione della risposta al bisogno collegato ai Piani di Assistenza Individuali aperti) | SI/NO |
| Note: |  |
| * 1. AU Regolamento interno *dgr 6867/2022*   *AC 2.4* | Presenza di organigramma/funzionigramma nel quale sono identificati:   * un referente per i rapporti con gli uffici che sul territorio si occupano di protezione giuridica e di servizi sociali (uffici di protezione giuridica delle ASST, comuni, centri per l’assistenza domiciliare o altri); * il responsabile del sistema Informativo; * il responsabile delle attività di valutazione e miglioramento della qualità; * il responsabile della formazione del personale. | SI/NO |
| Presenza di regolamento interno in cui sono definite:   * funzioni e responsabilità di tutte le figure professionali in relazione alla tipologia di attività svolta; * modalità di espletamento del servizio; * equipaggiamento del personale di assistenza, compreso l’abito professionale (divisa); * modalità di identificazione del personale (cartellino di riconoscimento riportante almeno il nome e cognome dell’operatore, ruolo, logo e nome dell’organizzazione stessa), nel rispetto della normativa sulla privacy (rif AU 4.6); * sistemi di comunicazione. | SI/NO |
| Note: |  |
| * 1. AU Gestione del rischio clinico dgr 68672022 | Adozione di un documento che renda evidente e comprenda:   * la valutazione del rischio clinico, in relazione alla tipologia e al livello dell’attività svolta * le azioni definite di mitigazione del rischio * le relative procedure * il monitoraggio * la valutazione dei rischi delle infezioni correlate all’assistenza. | SI/NO |
| Presenza di piano per la gestione del rischio clinico comprensivo   * della prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza * obiettivi * ruoli * responsabilità * sistema di verifica e monitoraggio * modalità di formazione dedicata | SI/NO |
| Note: |  |
| * 1. AU procedure scritte sul percorso di cura dhr 6867/2022 | Presenza di procedure/protocolli relativi a:   * Modalità di accesso dell’utente (vedere anche quanto definito al AU 5.2) * Modalità e strumenti di gestione della valutazione del bisogno attraverso strumenti validati * Definizione del Piano di Assistenza Individuale, semplificato per le cure domiciliari prestazionali o monoprofessionali (valutazione/condivisione/pianificazione attività/verifica risultati raggiunti)   NB: escluso il prelievo per il quale è sufficiente la registrazione della prestazione   * 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 * garanzia della continuità della presa in carico della persona assistita, anche in caso di urgenza o eventi imprevisti (rif. AU 4.1) * Modalità di compilazione e conservazione, archiviazione e controllo del FASAS e di ogni altra documentazione comprovante l’attività sociosanitaria erogata. La procedura deve contenere la 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 o nel diario assistenziale (rif. AU 4.1). | SI/NO |
| Note: |  |
| * 1. AU Documentazione sanitaria *dgr 6867/2022 e*   6.3. AC | Fascicolo Socio-Sanitario domiciliare contenente i dati relativi alla persona assistita e all’attività, nel quale siano presenti le sezioni relative a:   * Anamnesi riferita alle diverse aree , comprensiva di dati anagrafici, diagnosi, eventuali eventi di rischio sanitario e assistenziale, * Analisi e valutazione del singolo utente e dove necessario deli suo contesto familiare (data di inizio delle cure domiciliari, eventuali strumenti di valutazione utilizzati in coerenza con la tipologia di prestazioni da erogare , l’eventuale necessità di ausili/presidi, caregiver, operatori di riferimento, * Percorso dell’utente dell’udo (PI/PAI e diario con le prestazioni erogate) e piano di trattamento (in relazione all’attività svolta) completo di eventuali aggiornamenti (PAI) redatto in modo da assicurare l’integrazione degli interventi di ciascun professionista e il trasferimento reciproco delle informazioni (AU 5.10). Verifiche, risultati raggiunti e data e la motivazione della chiusura del piano assistenziale * Modulistica relativa alla tutela della privacy e al consenso informato per i singoli atti sanitari proposti e alla tutela della persona se attivata (consenso informato/DAT)   Il FASAS è adottato in forma semplificata per le Cure Domiciliari prestazionali o monoprofessionali (contenente i dati anagrafici, operatore, caregiver, PAI semplificato e diario) | SI/NO |
| Note:FASAS verificato/i n. .....( modello in caso di nuove attivazioni) |  |
| Diario assistenziale, conservato presso il domicilio della persona assistita, anche in formato digitale, contenente, per ogni accesso:   * + data e ora ( di inizio e fine prestazione)   + operatore/i   + prestazioni svolte   firma dell’operatore | SI/NO |
| Note: contenuto nella procedura “gestione del FASAS” o FASAS verificato/i n. ..... |  |
| La documentazione sociosanitaria della persona assistita è a disposizione degli operatori coinvolti nel PAI. | SI/NO |
| Note: |  |
| 2.5 AC Presa in carico *dgr 6867/2022* | È garantita l'adozione di strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti (semplificato per i percorsi che prevedono solo attività prestazionali) | SI/NO |
| Per i percorsi integrati il PAI contiene:   * + la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali (formulata dall’equipe di valutazione della ASST)   + l’identificazione degli obiettivi di salute   + la pianificazione delle attività   + la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare   + le figure professionali coinvolte e il referente del caso   + il caregiver della persona assistita   gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica di bisogni | SI/NO |
| Per le attività prestazionali il PAI è semplificato (valutazione/condivisione/pianificazione attività/verifica risultati raggiunti | SI/NO |
| Note:verificato con procedura relativa alla gestione del FASAS e/o PAI a campione |  |
| 2.6 AC Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati) *dgr 6867/2022 e 6.3. AC* | Disponibile presso il domicilio, il diario assistenziale (anche in formato elettronico) con valutazione, pianificazione, PAI e tracciabilità degli operatori che hanno effettuato valutazioni e prestazioni | SI/NO |
| È adottato il Fascicolo Socio-sanitario domiciliare informatizzato, integrato secondo standard di interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico che comprende:   * il PAI con tutti gli elementi descritti al punto precedente * le conclusioni del colloquio di presa in carico coerente al livello di prestazioni da erogare che può coincidere con il primo accesso al domicilio * elementi di rischio specifico del paziente * le attività e le prestazioni erogate * le valutazioni periodiche e i relativi esiti * la data e le motivazioni della chiusura del PAI * il documento di dimissione   Per le attività prestazionali o monoprofessionali il fascicolo sociosanitario deve contenere: PAI semplificato, diario | SI/NO  /IN CORSO DI ADEGUAMENTO (entro il 2/8/2023) |
| Note: verificato con procedura specifica e/o FASAS a campione |  |
| 5.7 AU Modalità di trattamento dei dati e privacy *dgr 6867/2022* | I documenti e/o i dati relativi alle persone assistite sono custoditi nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili | SI/NO |
| Sono presenti procedure per la gestione della sicurezza nell’accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria che preveda anche la modalità di protezione da accessi non autorizzati. | SI/NO |
| Note: |  |
| 5.8 AU Gestione di farmaci/presidi medico chirurgici prodotti nutrizionali *dgr 6867/2022* | Modalità di controllo e le relative registrazioni di giacenze, integrità, scadenza di presidi medico chirurgici ed eventuali prodotti nutrizionali ai sensi della normativa vigente | SI/NO |
| La documentazione relativa alle verifiche è disponibile e correttamente conservata | SI/NO |
| I presidi e i dispositivi soddisfano le caratteristiche di corretta conservazione, sanificazione e manutenzione, facile trasportabilità e sicurezza nel trasporto e che siano contrassegnati con marchio CE qualora previsto | SI/NO |
| Note: |  |
| 5.9 AU Procedure specifiche *dgr 6867/2022* | Sono adottati Protocolli/ Procedure per:   * garantire modalità efficaci di informazione/comunicazione con pazienti e familiari/caregiver, in relazione a quanto previsto dal PAI * garantire la sicurezza, la conservazione e il trasporto dei materiali biologici * la sanificazione, la disinfezione e la sterilizzazione degli strumenti, materiali e contenitori di trasporto (in cui sia descritto anche il monitoraggio delle stesse su apposito registro) * la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza * approvvigionamento, conservazione e smaltimento, nonché somministrazione dei farmaci * il corretto smaltimento dei rifiuti, ivi compresi quelli speciali, in conformità alla normativa vigente, se pertinente * la gestione delle emergenze urgenze anche in funzione dell’attivazione della rete di emergenza/urgenza * l'identificazione, la segnalazione e la gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella * la gestione degli accessi vascolari e terapia infusionale * prevenzione e gestione delle lesioni da pressione e altre lesioni cutanee * prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione * prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio) * valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale * gestione dei cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici * valutazione e gestione del dolore, anche mediante l’integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario * igiene personale * gestione dell’incontinenza * la somministrazione della terapia trasfusionale secondo quanto previsto dalla normativa specifica vigente e in cui sia fatto riferimento alla tracciabilità del prodotto, pertinente solo qualora il gestore abbia previsto di effettuarla a domicilio nel rispetto della procedura del centro trasfusionale con cui il gestore stipula un accordo scritto * altre procedure specifiche relative all’attività svolta (ad esempio, gestione della ventilazione meccanica invasiva o non invasiva e dell’ossigeno terapia ecc.) | SI/NO |
| Presenza piano di diffusione a tutti gli operatori per l’applicazione delle procedure e protocolli in uso | SI/NO |
| Aggiornamento con periodicità almeno triennale | SI/NO |
| Note: |  |
| *7.1 AC Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche dgr 6867/2022* | In aggiunta al requisito AU 5.9 adotta e applica tutti i protocolli, le procedure di buona pratica professionale e le istruzioni operative formulati secondo i principi della Evidence Based (EBP) corredati da indicatori di esito | SI/NO |
| Garantisce la diffusione e l’accessibilità del personale alla raccolta aggiornata di regolamenti interni, linee guida e documenti di riferimento nazionali e internazionali |  |
| Note: |  |
| 5.10 AU Integrazione professionale *dgr 6867/2022* | Presenza di meccanismi operativi che favoriscano la comunicazione tra gli operatori (bacheche, intranet, riunioni periodiche, fogli informativi) del servizio e azioni per un eventuale miglioramento, anche con la programmazione e l’effettuazione di regolari riunioni di equipe | SI/NO |
| Note: |  |
| 5.11 AU valorizzazionee sostegno alla famiglia dgr 6867/2022 | Tra gli obiettivi della presa in carico assistenziale, viene dato rilievo alla valorizzazione e al sostegno del ruolo della famiglia, garantendo l’attività educazionale di formazione e addestramento, necessaria ai familiari/ caregiver per la gestione della persona assistita a domicilio, formalizzata nel diario assistenziale (mediante firma dei caregiver). | SI/NO |
| Note: verifica attraverso la specifica procedura/modalità operativa condivisa o verifica a campione di n. xxx FASAS |  |
| 5.12 AU valorizzazione della partecipazione della persona assistita dgr 6867/2022 | Viene garantita la partecipazione della persona assistita nel processo di cura (empowerment) attraverso:   * momenti formalizzati nel piano assistenziale individuale e registrati nel diario assistenziale   la persona assistita e i familiari/caregiver sono coinvolti nella definizione del piano assistenziale (evidenza della condivisione del PAI da parte dell’utente/familiari/caregiver) | SI/NO |
| Note: |  |
| 5.13. AU materiale informativo *dgr 6867/2022* | *Presenza di Carta dei servizi datata e aggiornata contenente informazioni relative a:*   * + Prestazioni erogate   + Modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari   + Target di popolazione assistita   + Orari dell’attività amministrativa e sanitaria   + Modalità operative a garanzia dell’attività di front office (specificare se sede operativa aperta al pubblico, possibilità di appuntamenti, colloqui presso il domicilio…)   + Contatti: modalità e orari per contatti con il servizio di C-Dom   + Modalità in cui è assicurata la continuità di assistenza   + Modalità di presentazione di eventuali reclami   + Indicazioni in merito alle modalità di utilizzo di eventuali servizi sanitari erogati a distanza (telemedicina)   + Tariffe praticate (Non Pertinente per C-Dom contrattualizzati) | SI/NO |
| Note: *Evidenza: Carta dei Servizi facilmente accessibile per l’utenza* |  |
| 3.1 AC Tipologia di prestazioni e di servizi erogati  *dgr 2569/2014* | In aggiunta al requisito AU 5.13 la carta dei servizi, datata, esposta, a disposizione del pubblico, pubblicata sul sito web (se esistente) dell’unità d’offerta, contiene   * + le condizioni che danno titolo all’accesso;   + criteri di presa in carico e dimissioni dell’utente;   + la descrizione dell’unità d’offerta;   + le modalità di erogazione delle prestazioni e la descrizione delle attività previste, riferite alla specifica tipologia di unità d’offerta;   + l’orario di funzionamento dell’unità d’offerta (un numero non inferiore a 49 ore settimanali di assistenza distribuita sui 7 giorni in ragione della risposta al bisogno collegato ai Piani di Assistenza Individuali aperti);   + la raggiungibilità della struttura con i mezzi di trasporto;   + gli strumenti e le modalità atte a tutelare i diritti delle persone assistite, i tempi di gestione delle segnalazioni e dei reclami, le indicazioni in caso di dimissioni, trasferimento ad altra struttura e per assicurare la continuità delle cure;   + gli strumenti, le modalità e i tempi di valutazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei caregiver rispetto alla qualità dei servizi e delle prestazioni usufruite, nonché per la rilevazione dei disservizi;   + le tempistiche e le modalità per l’accesso alla documentazione sociosanitaria o per ottenerne il rilascio inclusi i costi   + la scheda di rilevazione del grado di soddisfazione dell’utenza e la scheda per esprimere apprezzamenti o lamentele o per denunciare i disservizi. | SI/NO |
| Note: |  |
| 5.14. AU Modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi *dgr 6867/2022* | Sono definiti strumenti per:   * la raccolta e tracciabilità dei reclami; * la raccolta e tracciabilità dei disservizi; * la predisposizione dei relativi piani di miglioramento; * diffusione delle azioni di miglioramento, se di interesse collettivo. | SI/NO |
| 3.4. AC monitoraggio e valutazione *dgr 68672022* | Il soggetto gestore:   * Effettua l’analisi di eventi avversi, incidenti near misses accaduti durante la cura, anche tramite audit * adotta modalità per dare evidenza dei risultati agli operatori * si attiene alle modalità previste dall’ASST 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. | SI/NO |
| Note: |  |
| 5.15. AU Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi *dgr 6867/2022* | È definito un documento con criteri e modalità per la valutazione della qualità dei servizi erogati | SI/NO |
| È prevista la partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione della qualità attraverso la verbalizzazione dell’audit | SI/NO |
| Sono adottate modalità di rilevazione della soddisfazione da parte dell’utente almeno annuale | SI/NO |
| È elaborato un piano annuale, entro il primo trimestre dell’anno solare (entro 90 gg. per i nuovi accreditamenti) per il miglioramento della qualità dei servizi, che consideri anche le criticità emerse dall’analisi dei reclami e dei disservizi in cui vengono descritti   * gli obiettivi * le attività previste * gli indicatori per il monitoraggio, | SI/NO |
| Viene garantita la diffusione del piano annuale di miglioramento a tutto il personale | SI/NO |
| È predisposta la Relazione annuale in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi | SI/NO |
| Viene garantita l'Analisi dei risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e la messa in atto di eventuali azioni correttive | SI/NO |
| Note: |  |

**ORGANIZZATIVI E GESTIONALI *Area tematica:******sistema di gestione dei servizi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1. AC Adozione del modello organizzativo e del codice etico ai sensi del decreto legislativo 231/2001 *dgr 2569/2014* | Per gestori con capacità contrattuale sociosanitaria > o = a € 800.000 presenza dell’attestazione annuale inviata alla ATS di:l’adozione del codice etico e modello organizzativo ai sensi del D. Lgs.vo 231/2001;   * + nomina dell'organismo di vigilanza, con l’identificazione dei componenti e la descrizione delle loro qualifiche;   + formazione e informazione al proprio personale sulla materia;   + avvenuta acquisizione della relazione annuale dell'organismo di vigilanza. | SI/NO/NP |
| Note: |  |
| 2.2. AC Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto *dgr 6867/2022* | È adottato il Piano triennale generale in cui vengono definiti gli obiettivi, la pianificazione e la programmazione delle cure domiciliari che intende garantire, raccordandosi con la/le ASST sul cui territorio eroga le prestazioni domiciliari, 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 e la centrale operativa territoriale | SI/NO |
| Note: |  |
| 2.3.AC Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali dgr 6867/2022 | È adottato un Documento nel quale siano descritte le modalità di coordinamento con le reti assistenziali, tra cui la rete delle cure palliative, la rete della terapia del dolore, la rete delle cure palliative e della terapia del dolore pediatrica | SI/NO |
| Note: |  |
| 2.6 AC modalità e strumenti di gestione delle informazioni | Il soggetto gestore si dota di un sistema di contabilità analitica riferito alla singola udo, nel rispetto della normativa vigente e delle indicazioni regionali | SI/NO |
| Note: |  |
| ***Area tematica: Tipologia e caratteristiche delle prestazioni*** | |  |
| 3.2. AC eleggibilità e presa in carico dei pazienti *dgr 6867/2022* | La presa in carico (ossia il tempo che trascorre dalla data del primo contatto alla definizione del PAI) è garantita:   * entro 72 ore fatte salve eventuali necessità di continuità assistenziale da garantire in corso di dimissioni protette * anche successive alle 72 ore per prestazioni differibili a giudizio dell’inviante | SI/NO |
| È prevista modalità di coinvolgimento degli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel Piani di Assistenza Individuale (PAI) | SI/NO |
| Note: |  |
| 3.3. AC continuità assistenziale *dgr 6867/2022* | È garantita la gestione di eventuali cambi del personale di riferimento con informazione all’utente/parente/caregiver. | SI/NO |
| Note: |  |
|  | |  |
| ***Area tematica: Comunicazione e relazione tra i professionisti e con i pazienti*** | |  |
| * 1. AC Modalità di valutazione della relazione tra il personale e l’organizzazione dgr 6867/2022 | Sono garantite/i:   * indagini periodiche (almeno annuali) di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori * momenti di analisi e controllo sulle criticità. | SI/NO |
| Note: |  |
| * 1. AC Coinvolgimento delle persone assistite, dei loro familiari e caregiver nelle scelte clinico assistenziali *dgr 6867/2022* | sono adottate modalità operative finalizzate a preservare e favorire i rapporti fiduciari tra le persone assistite e gli operatori anche contenendo il turn over del personale (es. azioni finalizzate a minimizzare la rotazione del personale per salvaguardare la continuità del rapporto di assistenza con i medesimi operatori per tutta la durata della presa in carico) | SI/NO |
| Note: |  |
|  | |  |
| ***Area tematica: Umanizzazione delle cure*** | |  |
| 8.1. AC Programmi per l’umanizzazione delle cure *dgr 6867/2022* | Sono previste ed attuate modalità per il supporto bopsicologico delle persone fragili concordate e condivise con le indicazioni dell’ASST territoriale. | SI/NO |
| Adotta modalità operative per vigilare che 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 | SI/NO |
| Note: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TAB. 1 STANDARD ASSISTENZIALI** | | | |
| Elenco degli operatori ai fini della verifica del possesso del titolo di studio e dell’iscrizione al relativo Albo/Ordine (se prevista) | | | |
| **Cognome e Nome** | **Qualifica** | **Titolo di studio** | **Iscrizione Albo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Note: | | | |

**Eventuale documentazione acquisita nel corso del sopralluogo:**

xxx

**Osservazioni:**

xxx

**Dichiarazioni del Legale Rappresentante, del delegato e di altra persona incaricata:**

xxx

**Esito dell’ispezione – Valutazione sintetica:**

* l’Unità d’Offerta risulta in possesso dei requisiti oggetto di verifica
* l’Unità d’Offerta non risulta in possesso dei requisiti oggetto di verifica
* l’esito della presente istruttoria è subordinata ad ulteriori valutazioni

**Documentazione richiesta nel corso del sopralluogo:**

xxx

la documentazione dovrà pervenire, entro e non oltre il\_\_\_\_\_\_\_\_\_, al seguente indirizzo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali ulteriori provvedimenti saranno adottati con atti distinti ai sensi della normativa vigente, con particolare riferimento a quanto disposto dall’art. 27 quinquies della L.R.33/2009 e s.m.i., e ai sensi di quanto indicato nel contratto, laddove sottoscritto.

Il sopralluogo si conclude alle ore xxx.

Il presente verbale compilato in ogni sua parte (sbarrare o eliminare le eventuali parti non utilizzate) è redatto in due copie identiche al termine del sopralluogo.

Un originale del presente verbale, costituito da n. xx pagine, viene consegnato al Legale Rappresentante/all’incaricato/delegato presente che si impegna a trasmetterlo al Legale Rappresentante.

Per la ATS Per l’Ente Gestore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(trattamento dei dati sensibili secondo specifiche indicazioni aziendali)