

**REQUISITI DI ACCREDITAMENTO
PER EROGAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov _____
 il _____ residente a _____ Prov _____
 Via _____ n° _____ Codice Fiscale _____
 Telefono n° _____ mail _____ PEC _____
 _____ In _____
 qualità di _____ della Società/Ente/Azienda/altro _____

consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/200;

DICHIARA

Di essere in possesso di tutti i requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale, previsti dal POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALL'ALLEGATO 3 DELLA DGRC 21/2023, COSÌ COME INTEGRATI DALLA DGRC 28/2024;

<u>Criterio 1. Attuazione di un Sistema di gestione di 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 garanzie 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"</u>		
		SI/NO
1.1 AC: MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA E DI SUPPORTO		
A.	E' definito 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'art. 22 "Cure domiciliari" del DPCM del 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 (MMG) e i Pediatri di libera scelta (PLS), 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		
A.	E' previsto il coordinamento 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, la rete della terapia del dolore pediatrica;	
1.3 AC: DEFINIZIONE DELLE RESPONSABILITÀ		
A.	E' definito responsabilità/funzioni; organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni;	
B.	E' presente una pianta organica in cui sono riportati i nominativi del personale in servizio, la tipologia di rapporto di lavoro, la qualifica e le competenze specifiche secondo quanto previsto dal modello regionale;	

C.	Sono definite le modalità di rivalutazione periodica del sistema organizzativo secondo quanto stabilito a livello regionale;	
D.	E' elaborato e adottato un regolamento del personale;	
1.4 AC: PRESA IN CARICO		Si/no
A.	Sono adottati strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti;	
B.	E' garantito che il Piano di Assistenza Individuale redatto dall'UVM/UVI ai sensi dell'art.21 del DPCM 12 gennaio 2017, sia pienamente attuato;	
C.	E' garantito che il Piano di Assistenza Individuale venga aggiornato secondo quanto stabilito dall'UVM/UVI cura in relazione alla modifica dei bisogni;	
D.	Garantisce che il Piano di Assistenza Individuale contenga:	
	a. la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali,	
	b. l'identificazione degli obiettivi di salute,	
	c. la pianificazione delle attività,	
	d. la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare,	
	e. le figure professionali coinvolte e il referente del caso,	
	f. il <i>caregiver</i> della persona assistita,	
	g. gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica dei bisogni;	
E.	E' verificato che le attività previste vengano effettuate;	
1.5 AC: MODALITÀ E STRUMENTI DI GESTIONE DELLE INFORMAZIONI (SISTEMI INFORMATIVI E DATI)		
	E' adottato, coerentemente con quanto previsto dall'art.22 del DPCM 12 gennaio 2017 in merito ai livelli di intensità assistenziale, il <i>fascicolo sanitario domiciliare</i> informatizzato, integrato secondo standard di interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico e periodicamente aggiornato, che comprenda:	Si/no
	a. il PAI,	
	b. le conclusioni del colloquio di presa in carico,	
	c. elementi di rischio specifici del paziente,	
	d. le attività e prestazioni erogate,	
	e. le rivalutazioni periodiche e i relativi esiti,	
	f. la data e le motivazioni della chiusura del PAI,	
	g. il documento di dimissione;	

(segue) Criterio 1. Attuazione di un Sistema di gestione di 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 garanzie 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”		
(segue) 1.5 AC: MODALITÀ E STRUMENTI DI GESTIONE DELLE INFORMAZIONI (SISTEMI INFORMATIVIE DATI)		Si/no
B	E' garantita la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del <i>fascicolo sanitario domiciliare</i> , con relativo <i>diario assistenziale</i> , in conformità al requisito autorizzativo 3.2.6 AU;	
C	E' assicurata 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;	
D	E' assicurata la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività di prestazioni assistite e delle attività e prestazioni erogate;	
E	Sono attuate le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle cure domiciliari (SIAD-NSIS), laddove previsto;	
F	E' garantita 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 MODALITÀ E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI		
1.6 AC:		
A	E' elaborato un piano annuale per il miglioramento della qualità dei servizi in cui vengono descritti gli obiettivi, le attività previste, gli indicatori per il monitoraggio tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali;	
B	il piano di miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi;	
C	Viene redatta relazione annuale in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.	

Criterio 2. Prestazioni e servizi, indicando l'offerta delle prestazioni nell'ottica della presa in carico, garantendo, ove necessario, la continuità nell'ambito di PDTA strutturati ed espliciti, in quanto “È 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”		
2.1 AC: TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI E DI SERVIZI EROGATI		Si/no
A.	Sono erogate le prestazioni comprese nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza indicando le tipologie (cure domiciliari di base, di I°, II° e III° livello);	
B.	E' definita, sulla base delle indicazioni regionali e aziendali, una Carta dei servizi che assicuri la piena informazione circa l'assetto organizzativo, i servizi erogati in rapporto ai livelli assistenziali, il <i>target</i> /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;	
C.	E' periodicamente aggiornata la Carta dei servizi e ogni qual volta intervengano modifiche sostanziali nell'erogazione dei servizi;	
2.2 AC: ELEGGIBILITÀ E PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI		
A.	E' assicurata la presa in carico dei pazienti nelle cure domiciliari integrate sulla base del PAI e della valutazione multidimensionale dei bisogni. la responsabilità clinica è attribuita al Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta, in coerenza con quanto stabilito dall'art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017; va assicurato il coinvolgimento degli specialisti di riferimento in relazione a quanto stabilito nel PAI;	

B.	E' garantita la presa in carico degli assistiti secondo le indicazioni regionale e aziendali anche in merito ai criteri prioritari per l'accesso e ai tempi di attesa;	
C.	Sono adottate, a tal fine, procedure per la gestione dei percorsi e la definizione delle responsabilità;	
D.	E' adottato un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria;	
2.3 AC: CONTINUITÀ ASSISTENZIALE		
A.	E' assicurata la continuità dell'assistenza in relazione alla natura dei bisogni e delle prestazioni da erogare, così come indicato nel PAI;	
B.	E' garantita 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;	
C.	L'Organizzazione è in grado di garantire il trattamento di almeno 1.000 utenti/casi in linea di A.D.I. base, I, II e III Livello/ anno	
D.	E' individuato un Referente del caso per la persona assistita, i familiari/caregiver e per gli altri operatori dell'équipe assistenziale, riportate nel fascicolo sanitario domiciliare e nel diario assistenziale;	
	E' garantito, in particolare, anche con riferimento a dimissioni protette, che:	
	a. 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 sanitario domiciliare e nel diario assistenziale,	

(segue) Criterio 2. Prestazioni e servizi, indicando l'offerta delle prestazioni nell'ottica della presa in carico, garantendo, ove necessario, la continuità nell'ambito di PDTA strutturati ed espliciti, in quanto "È 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"

(segue) 2.3 AC: CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Si/no

b. la documentazione sanitaria della persona assistita a disposizione degli operatori coinvolti nel PAI;

2.4 AC: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

A.	E' effettuata l'analisi di eventi avversi, incidenti, <i>near misses</i> accaduti durante la cura, anche tramite audit, e adotta modalità per dare evidenza dei risultati agli operatori;	
B.	Ci 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;	
C.	Sono messe in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate;	
D.	E' adottato un sistema di monitoraggio e di valutazione quali-quantitativa delle attività erogate, in particolare in merito ai criteri di eleggibilità del paziente, di presa in carico e di continuità assistenziale, in aderenza alle indicazioni e agli indicatori previsti dalle Regioni;	
E.	Sono adottate modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività;	

2.5 AC: MODALITÀ DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

A.	Sono adottate procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo;	
B.	Sono analizzati i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria ed adottate eventuali azioni correttive;	
C.	Sono formalizzate e attuate procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.	

Critério 3. Aspetti strutturali, ad integrazione dei requisiti minimi autorizzativi, 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"		
3.1 AC: IDONEITÀ ALL'USO DELLE STRUTTURE (SEDE OPERATIVA E RELATIVE CARATTERISTICHE)		Si/no
A.	Si dispone di sedi operative, dislocate sul territorio dell'Azienda sanitaria nella quale si esercita l'attività domiciliare, nel rispetto dei criteri di prossimità;	
B.	La sede è dotata di una segreteria operativa che garantisca la continuità del servizio;	
C.	la sede operativa è dotata dei locali e degli spazi idonei in rapporto alla tipologia dell'attività svolta;	
D.	E' assicurata la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro.	
3.2 AC: CONTATTABILITÀ TELEFONICA		
	a. nella sede operativa è 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),	
	b. è garantita 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		
	E' garantita la presenza nella sede operativa di una dotazione informatica con:	
	a. <i>personal computer</i> dedicati all'attività,	
	b. almeno una stampante dedicata all'attività,	
	c. una connessione <i>internet</i> ,	
	d. dispositivi tecnologici utili alla trasmissione da remoto dei dati per il monitoraggio dell'assistenza, relativi alle prestazioni erogate in funzione degli obiettivi del PAI,	
	e. dispositivi digitali per l'erogazione di servizi a distanza (telemedicina), specifiche per le tipologie di prestazioni che si intendono effettuare in tali modalità (<i>telemonitoraggio telecontrollo medico, teleassistenza e altro</i>), ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 e delle normative vigenti;	
3.4 AC: DOTAZIONI DI MATERIALI SANITARI		
A.	E' garantita la presenza di una dotazione di materiali sanitari in relazione al livello di cure domiciliari da svolgere;	
B.	E' garantita la consegna a domicilio dei farmaci, delle apparecchiature elettromedicali e dei presidi necessari all'attività domiciliare e la corretta gestione degli stessi.	
Critério 4. Competenze del personale, per assicurare il possesso e il mantenimento da parte del personale delle conoscenze e abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività, in questo "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"		
4.1 DOTAZIONE ORGANICA		Si/no
A.	la dotazione di personale, in termini di figure professionali coinvolte, è proporzionata alla tipologia di attività che si intende erogare, integrando fra di loro le diverse figure professionali, secondo standard operativi e di funzionalità di cui all'allegato a, fase ii della dgrc 28/2023	
B.	la dotazione di personale è adeguata rispetto alla tipologia e al volume delle attività erogate per cd base, di i, ii e iii livello e comunque non inferiore a quanto definito con la tabella 3 di cui all'allegato a approvato con delibera di giunta 28/2024	
C.	che la sede operativa è dotata di personale come definito con la tabella 3 di cui all'allegato a approvato con delibera di giunta 28/2024	

4.2 AC: PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA FORMAZIONE NECESSARIA E SPECIFICA		
A.	E' garantita l'individuazione di un responsabile della formazione;	
B.	E' garantita la definizione di un piano annuale di formazione che preveda la rilevazione dei bisogni formativi, la programmazione delle attività formative, la valutazione dell'efficacia delle stesse e della soddisfazione da parte del personale;	
C.	E' curata la formazione negli ambiti specifici, richiamati al punto "nuovo personale", "procedure, "umanizzazione";	
4.3 AC: INSERIMENTO E ADDESTRAMENTO DI NUOVO PERSONALE		
A.	E' presente un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il nuovo personale;	
B.	E' formalizzata e mette in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neoassunti;	
C.	E' adottato e messo in atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale per il nuovo personale entro il 1° anno;	
D.	E' prevista una valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento;	
4.3 AC: VALUTAZIONE DEL PERSONALE		
A.	E' elaborato un piano di valutazione periodica (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.	

Critério 5. Comunicazione, nella consapevolezza che una buona comunicazione e relazione tra professionisti e con i pazienti costituisce garanzia e allineamento ai comportamenti professionali attesi ed i pazienti partecipano alla scelta di trattamento, in quanto "Una buona comunicazione e relazione fra i professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nell'erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti alla scelta di trattamento"

5.1 AC: MODALITÀ DI COMUNICAZIONE INTERNA ALLA STRUTTURA, PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE DEGLI OPERATORI		Si/no
A.	Sono messi in atto meccanismi operativi che favoriscono la comunicazione tra gli operatori del servizio e azioni per un eventuale miglioramento, anche con la programmazione e l'effettuazione di regolari riunioni di équipe;	
5.2 AC: MODALITÀ DI VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE TRA IL PERSONALE E L'ORGANIZZAZIONE		
A.	Sono effettuate indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori;	
B.	Sono facilitati momenti di analisi e confronto sulle criticità;	
5.3 AC: MODALITÀ E CONTENUTI DELLE INFORMAZIONI DA FORNIRE ALLE PERSONE ASSISTITE E AICAREGIVER		
A.	E' attuata una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/caregiver;	
B.	E' definita, attuata e documentata 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, etc.), 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		
A.	Sono adottate 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;	
B.	E' garantito che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale;	
C.	E' garantito 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;	
D.	E' messo in atto un sistema per la valutazione della efficacia della modalità di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e familiari/caregiver anche mediante l'utilizzo dei dati derivati 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		
A.	E' previsto un colloquio di presa in carico delle persone assistite e dei familiari/ <i>caregiver</i> , le cui conclusioni sono riportate nel fascicolo sanitario domiciliare;	
B.	E' acquisito 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;	
C.	Sono previsti strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (<i>Customer satisfaction</i>) anche in funzione delle disposizioni regionali.	

Critério 6. Approprietezza 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 sistemati e metta a disposizione strumenti per supportare le proprie articolazioni nell'adozione delle pratiche migliori, in quanto "L'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati"		
6.1 AC: APPROCCIO ALLA PRATICA CLINICA SECONDO EVIDENZE SCIENTIFICHE		Si/no
A.	Sono applicati tutti i protocolli, le procedure di buona pratica professionale e le istruzioni operative presenti nell'Azienda sanitaria di riferimento, formulati secondo i principi della <i>Evidence based Practice (EBP)</i> , corredati di indicatori di esito;	
B.	E' garantita 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		
	Sono applicate 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:	
	a. prevenzione e gestione delle lesioni da pressione,	
	b. prevenzione e gestione della sindrome da immobilizzazione,	
	c. prevenzione delle cadute (inclusa la valutazione del rischio),	
	d. somministrazione delle terapie farmacologiche,	
	e. somministrazione della terapia trasfusionale,	
	f. valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale,	
	g. gestione di cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici e cateteri venosi,	
	h. valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario;	
B.	E' garantito il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale);	
6.3 AC: PROGRAMMA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO		
A.	E' elaborato, sulla base della valutazione del rischio già prevista nei requisiti per l'autorizzazione, il <i>piano per la gestione del rischio clinico</i> , che deve essere rivalutato in sede di rilascio e di rinnovo dell'accreditamento, in cui vengono definiti gli obiettivi, le attività per la riduzione dei rischi e gli indicatori per il monitoraggio;	
B.	Sono definite le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico.	

 <u> Criterio 7. Processi di miglioramento e 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"</u> 		
7.1 AC: PROGETTI DI MIGLIORAMENTO		Si/no
A.	E' definito, formalizzato e diffuso a tutto il personale il programma annuale per il miglioramento della qualità dei servizi e della sicurezza, comprensivo dei relativi indicatori;	
7.2 AC: ADOZIONE DI INIZIATIVE DI INNOVAZIONE		
A.	Sono predisposti strumenti adeguati, che consentono di acquisire e, quindi, utilizzare le innovazioni tecnologiche e organizzative previste dall'Azienda sanitaria di riferimento, compresa la Telemedicina, nell'ottica di un costante miglioramento qualitativo dei servizi erogati e tenendo conto anche dei fabbisogni emergenti nell'ambito dell'équipe curante.	

 <u> Criterio 8. Umanizzazione, al fine di rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, in quanto "L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è un impegno comune a tutte le strutture"</u> 		
8.1 AC: PROGRAMMI PER L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE		Si/no
A.	E' garantita 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");	
B.	Sono attuate le modalità concordate con l'Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili;	
C.	E' garantito che 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.	

DOTAZIONE DI PERSONALE

qualifica

nominativo

- Direttore tecnico
 - Infermiere 25 unità di cui uno con funzione di Coordinatore
 - Professionisti della Riabilitazione: n. 20 (fisioterapisti nella misura di almeno 15, logopedisti, terapisti occupazionali) di cui uno con funzioni di Coordinatore
 - Dietista n. 2 unità di personale
 - Assistente sociale n. 1 unità di personale
 - Operatore socio sanitario almeno n. 20 unità di personale
 - Collaboratori amministrativi: n. 3 unità (di cui uno coordinatore)
- Per ogni sede operativa, ove non coincida con quella organizzativa, occorre prevedere almeno:**
- 1 direttore tecnico Medico specialista
 - 1 collaboratore amministrativo addetto alla sede operativa

MEDICO
SPECIALISTA

PSICOLOGO

N.B: Tutta la documentazione cartacea attestante il possesso dei requisiti di accreditamento è allegata alla presente istanza (in formato ZIP, RAR, ARJ (eventualmente su supporto magnetico (chiavetta USB, CD, DVD))