



Delibera della Giunta Regionale n. 21 del 17/01/2023

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

Oggetto dell'Atto:

DGR 421/2022 (INTESA N. 151/CSR DEL 4 AGOSTO 2021 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"). DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DELLE ORGANIZZAZIONI PUBBLICHE E PRIVATE PER L'EROGAZIONE DI CURE DOMICILIARI.

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che ai fini della organizzazione e potenziamento delle cure domiciliari in Campania:

- a) con DGRC 41 del 14 febbraio 2011 è stato approvato il documento "il sistema dei servizi domiciliari in Campania" recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari;
- b) con DGRC 278 del 21 giugno 2011 è stato recepito l'Accordo n.239/csr del 16 dicembre 2010 tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore;
- c) con DGRC 790 del 21 dicembre 2012 sono state approvate le linee operative per l'accesso unitario ai servizi sociosanitari;
- d) con DCA n. 1 del 7 gennaio 2013 è stato approvato il documento recante "Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della regione Campania";
- e) con DCA 15/2014 sono state approvate le linee di indirizzo per l'organizzazione e l'esecuzione dell'assistenza domiciliare di cui alla legge 05/06/90 n. 135 e s.m.i;
- f) con DCA n. 83 del 31 ottobre 2019 è stato approvato il "Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria territoriale 2019-2021";
- g) con DGRC 475 del 03 novembre 2020 è stato approvato il piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale, dove è previsto il potenziamento delle cure domiciliari;

PREMESSO, altresì, che:

- a) l'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178 ha modificato la disciplina di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 estendendo l'applicazione del sistema della autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari;
- b) in data 4 agosto 2021 è stata stipulata 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 151/CSR);
- c) la menzionata Intesa prevede che le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano: provvedono:-
 - c.1 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 e definiscano il proprio sistema di governante delle cure domiciliari;
 - c.2 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;
- d) con DGRC 41 del 3 agosto 2022 la regione Campania ha adottato l'atto di "Recepimento dell'Intesa n. 151/CRS del 4 agosto 2021 sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e

per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO delle
ttuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”;

RILEVATO che:

- a) il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021 ha istituito il Dispositivo per la ripresa e la resilienza, prevedendo che ciascuno Stato membro presenti alla Commissione europea un Piano nazionale per la ripresa e la resilienza (PNRR), per definire un programma di riforme e investimenti fino al 2026 ed ottenere così le risorse assegnate sotto forma di prestiti e/o sovvenzioni;
- b) con decisione di esecuzione Consiglio n. 10160-2021, che ha recepito la proposta della Commissione Europea, il PNRR dell'Italia è stato approvato in via definitiva;
- c) il PNRR individua sei Missioni per migliorare la capacità di ripresa dell'Italia e per organizzare la risposta alla crisi pandemica (1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; 2. Rivoluzione verde e transizione ecologica; 3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile; 4. Istruzione e ricerca; 5. Inclusione e coesione; 6. Salute), a loro volta suddivise in cluster o insieme di progetti omogenei;
- d) con D.M. del 29/4/2022 sono state approvate le “Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare”;
- e) con DGRC 174 del 7 giugno 2022 è stato recepito il documento “Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare approvato con DM del 29 aprile 2022;
- f) nell’ultima seduta dell’anno 2022 della Conferenza Stato-Regioni, tra i diversi documenti approvati, vi è anche l’approvazione del riparto delle risorse PNRR destinate al rafforzamento dell’Assistenza domiciliare, pari a 2,7 miliardi di euro, di cui una parte destinata al potenziamento dell’offerta pubblica;

CONSIDERATO che dall’istruttoria dei competenti Uffici regionali risulta che:

- a) si rende necessario dare piena attuazione agli indirizzi nazionali in materia di autorizzazione e accREDITAMENTO delle cure domiciliari di cui all’Intesa del 4 agosto 2021, potenziando il sistema di cure domiciliari, migliorando la qualità dell’assistenza e armonizzando la normativa regionale con gli indirizzi nazionali;
- b) l’estensione alle cure domiciliari del sistema di autorizzazione all’esercizio e di accREDITAMENTO istituzionale dei soggetti erogatori, pubblici e privati, è finalizzata a garantire equità nell’accesso ai servizi e qualità delle cure nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza;
- c) relativamente all’offerta pubblica, nel corso dell’anno 2023, sarà necessario programmare con le AA.SS.LL. un rafforzamento della gestione diretta dell’erogazione delle Cure Domiciliari, tramite le Unità Organizzative Complesse che si occupano del servizio, tenuto conto della determinazione del fabbisogno secondo le funzioni di assistenza individuate in sede di programmazione sanitaria;

PRESO ATTO che, i competenti uffici della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, all’esito dell’istruttoria di competenza, hanno elaborato i documenti relativi a:

- a) procedure per il rilascio dell’autorizzazione all’esercizio;
- b) requisiti minimi autorizzativi per l’erogazione delle cure domiciliari;
- c) requisiti di accREDITAMENTO per l’erogazione delle cure domiciliari;
- d) schema di Domanda per la manifestazione di interesse all’erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata;

"a programmazione delle azioni di sviluppo e potenziamento del sistema di presa in carico delle cure domiciliari;

RITENUTO, pertanto:

- a) di dover approvare i menzionati documenti relativi a:
 - a.1 le procedure per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio (allegato 1);
 - a.2 i requisiti minimi autorizzativi per l'erogazione delle cure domiciliari (allegato 2);
 - a.3 i requisiti di accreditamento per l'erogazione delle cure domiciliari (allegato 3);
 - a.4 lo schema di Domanda per la manifestazione di interesse all'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata (allegato 4);
 - a.5 il documento sulla programmazione delle azioni di sviluppo e potenziamento del sistema di presa in carico delle cure domiciliari (allegato 5);
- b) di dover precisare che:
 - b.1 al fine di salvaguardare la continuità assistenziale e scongiurare qualsiasi rischio di interruzione dell'erogazione dei livelli di assistenza, è necessario prevedere una fase transitoria in cui le AA.SS.LL. dovranno continuare ad avvalersi dei soggetti che attualmente garantiscono le cure domiciliari, fermo restando il divieto di indire nuove gare o stipulare nuovi contratti con gli erogatori;
 - b.2 per il rilascio dell'accreditamento occorrerà che le strutture rispondano ai cosiddetti requisiti ulteriori di qualificazione, nonché che esse siano funzionali agli indirizzi di programmazione regionale; tali indirizzi verranno individuati in base al fabbisogno di assistenza – da aggiornare annualmente con separato provvedimento di Giunta;
- c) di dover demandare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale il compito di monitorare lo stato di avanzamento delle procedure in questione, eventualmente mediante costituzione di apposito Gruppo di Lavoro con rappresentanti delle AA.SS.LL. e di So.Re.Sa. e nel rispetto delle scadenze previste;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 19 dicembre 2022 avente ad oggetto "*Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie*";

PROPONE e la Giunta, in conformità, a voti unanimi

DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono integralmente riportati e confermati

1. di approvare i seguenti documenti, che formano parte integrante e sostanziale del presente atto, relativi a:
 - 1.1 le procedure per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio (allegato 1);
 - 1.2 i requisiti minimi autorizzativi per l'erogazione delle cure domiciliari (allegato 2);
 - 1.3 i requisiti di accreditamento per l'erogazione delle cure domiciliari (allegato 3);
 - 1.4 lo schema di Domanda per la manifestazione di interesse all'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata (allegato 4);

lla programmazione delle azioni di sviluppo e potenziamento del sistema di
elle cure domiciliari (allegato 5);

2. di precisare che:

2.1 al fine di salvaguardare la continuità assistenziale e scongiurare qualsiasi rischio di interruzione dell'erogazione dei livelli di assistenza, è necessario prevedere una fase transitoria in cui le ASL potranno continuare ad avvalersi dei soggetti che attualmente garantiscono le cure domiciliari, fermo restando il divieto di indire nuove gare;

2.2 per il rilascio dell'accreditamento occorrerà che le strutture rispondano ai cosiddetti requisiti ulteriori di qualificazione, nonché che esse siano funzionali agli indirizzi di programmazione regionale; tali indirizzi verranno individuati in base al fabbisogno di assistenza, da determinarsi con separato provvedimento della Giunta, da aggiornare annualmente;

3. di demandare alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale il compito di monitorare lo stato di avanzamento delle procedure in questione, eventualmente mediante costituzione di apposito Gruppo di Lavoro con rappresentanti delle AA.SS.LL. e di So.Re.Sa. e nel rispetto delle scadenze previste;

4. di inviare il presente provvedimento al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale, alla Direzione Generale per le Politiche sociali e Sociosanitarie, alle Aziende Sanitarie Locali ed al BURC per la pubblicazione, nonché all'Ufficio competente per la pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale della Regione Campania per l'assolvimento degli obblighi di trasparenza.

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

Critério 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”*

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 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; |

(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”

1.4 AC: PRESA IN CARICO	
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)	
A.	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:
	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 INFORMATIVI E DATI)	
B.	E' garantita la compilazione e la disponibilità presso il domicilio della persona assistita del fascicolo sanitario domiciliare, con relativo diario assistenziale, 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 AC: MODALITÀ E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI	
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.

Critério 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	
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.	E' individuato un Referente del caso per la persona assistita, i familiari/ <i>caregiver</i> e per gli altri operatori dell'équipe assistenziale, riportate nel fascicolo sanitario domiciliare e nel diario assistenziale;
D.	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 o 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

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)

- | | |
|----|---|
| 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

- | | |
|----|--|
| A. | 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 i 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. |

Criterio 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 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”;
4.2 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 e di partecipazione dei pazienti 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	
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 AI CAREGIVER	
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 fiduciari 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/caregiver, 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. Appropriatelyzza 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 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	
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	
A.	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 	
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 	
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.

REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI PER EROGAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

In relazione al “bisogno di salute dell’assistito” ed al livello di intensità, complessità e durata dell’intervento assistenziale le cure domiciliari integrate si articolano nei seguenti livelli:

- a) cure domiciliari di livello base - Coefficiente di intensità assistenziale (CIA) inferiore a 0,14
- b) cure domiciliari di I° livello - Coefficiente di intensità assistenziale (CIA) tra 0,14 e 0,30
- c) cure domiciliari di II° livello base - Coefficiente di intensità assistenziale (CIA) tra 0,31 e 0,50
- d) cure domiciliari di III° livello base - Coefficiente di intensità assistenziale (CIA) maggiore di 0,50

1. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI	
<i>L’organizzazione che eroga le cure domiciliari:</i>	
1.1 AU - Sede organizzativa e operativa	
a)	dispone di una sede organizzativa, che può coincidere con una sede operativa, nell’ambito del territorio regionale;
b)	la sede organizzativa svolge funzioni di centro organizzativo del servizio di cure domiciliari, di segreteria per informazioni e comunicazioni (<i>call center</i>), di raccolta suggerimenti e reclami;
c)	dispone di sedi operative, dislocate sul territorio dell’Azienda sanitaria nella quale si esercita l’attività domiciliare, nel rispetto dei criteri di prossimità;
d)	le sedi sono collegate tra loro in relazione alla distribuzione degli interventi territoriali.
1.2 AU - Locali e spazi della sede organizzativa e operativa	
<i>Dispone di locali e spazi quali per la sede organizzativa:</i>	
a)	un locale per l’organizzazione dei servizi, le attività amministrative e di segreteria (<i>call center</i>), aperto, della superficie minima interna di mq. 9;
b)	un locale dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di équipe, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti, con superficie minima interna di 12 mq;
c)	uno spazio (<i>front office</i>), per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio;
d)	uno spazio per la conservazione sicura della documentazione sanitaria;
e)	servizi igienici per il personale;
f)	servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità ;

(segue) 1. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI	
<i>Dispone di locali e spazi quali per la sede operativa:</i>	
g)	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 presidis sanitari ;
h)	un locale/spazio (es. armadi) per deposito di 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;
i)	spogliatoi per il personale;
j)	un locale dedicato alla direzione del servizio e alle riunioni di équipe, utilizzabile anche per colloqui con gli utenti, con superficie minima interna di 12 mq;
k)	uno spazio (<i>front office</i>), per la gestione delle segnalazioni e delle richieste del servizio;
l)	uno spazio per la conservazione sicura della documentazione sanitaria;
m)	servizi igienici per il personale;
n)	servizi igienici per gli utenti, attrezzati per la disabilità;
Tutti i locali devono essere in possesso dei requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente.	

2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI TECNOLOGICI	
<i>In funzione dei livelli di attività erogata, l'organizzazione garantisce:</i>	
2.1 AU - Automezzi	
a)	la disponibilità di mezzi di trasporto idonei a garantire la mobilità degli operatori e delle attività organizzative di supporto;
b)	la conformità dei mezzi di trasporto alla normativa vigente (copertura assicurativa e altro);
c)	Un programma di manutenzione e controllo periodici dei mezzi;
2.2 AU - Apparecchiature	
a)	tutte le attrezzature, i dispositivi medici e le apparecchiature elettromedicali, conformi alla normativa vigente (vedi scheda 01-1.), necessari a garantire l'erogazione delle rispettive prestazioni domiciliari erogate;
b)	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	
a)	l'adozione presso la sede organizzativa e operativa di un sistema informatico utile all'organizzazione dell'assistenza, specifico per l'attività nei diversi livelli assistenziali che consenta l'immediata individuazione del fascicolo delle persone assistite e il controllo aggiornato del profilo di assistenza;

(segue) 2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI TECNOLOGICI	
<i>In funzione dei livelli di attività erogata, l'organizzazione garantisce:</i>	
b)	i supporti tecnologici in termini di apparecchiature telefoniche e un sistema integrato di telecomunicazioni 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	
a)	la Valutazione dei rischi ai sensi della vigente normativa e l'assegnazione dei dispositivi di protezione individuale agli operatori.
2.5 AU - Dotazioni per smaltimento rifiuti speciali	
a)	le dotazioni necessarie per lo smaltimento dei rifiuti speciali come previsto dalla normativa vigente.
2.6 AU - Contenitori per campioni biologici	
a)	i contenitori per il trasporto dei campioni biologici a norma di legge.
2.7 AU - Borse attrezzate	
a)	le borse per il personale sanitario, dotate di materiale necessario per l'attività da svolgere verificato attraverso una <i>check list</i> predefinita:
	a. ausili utili alla somministrazione dei farmaci
	b. guanti monouso
	c. sfigmomanometro
	d. fonendoscopio
	e. sticks per la determinazione della glicemia
	f. siringhe monouso
	g. contenitore per aghi e taglienti resistente alla puntura e agli spandimenti
	h. provette per esami ematici
	i. contenitori sterili per la raccolta di materiale biologico
	j. contenitore a chiusura ermetica per il trasporto delle provette e/o contenitori
	k. lacci emostatici
	l. disinfettanti
	m. soluzioni per la detersione delle mani
	n. cotone idrofilo
	o. garze e cerotti
	p. set sterili per medicazioni
b)	lo zaino per la gestione delle emergenze dotato di <i>check list</i> predefinita:
	a. pallone autoespansibile con maschere di varie misure
	b. cannule orofaringee di varie misure
	c. sfigmomanometro con fonendoscopio
	d. laccio, siringhe e agocannule
	e. materiale per medicazione
	f. farmaci (adrenalina, atropina, dopamina, lidocaina, naloxone, furosemide, glucosio al 33%, metilprednisolone, soluzione fisiologica e glucosata, bicarbonato di sodio).

(segue) 2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI TECNOLOGICI	
<i>In funzione dei livelli di attività erogata, l'organizzazione garantisce:</i>	
2.8 AU - Gestione e manutenzione di attrezzature/apparecchiature	
	la verifica periodica dello stato del funzionamento e manutenzione delle apparecchiature in dotazione, mediante:
a)	a. un inventario aggiornato delle attrezzature
	b. la presenza e la disponibilità di tutta la documentazione relativa ai collaudi, ispezioni e interventi di manutenzione e monitoraggio del funzionamento;
b)	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;
c)	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	
<i>l'organizzazione garantisce:</i>	
3.1.1 AU - Responsabilità dell'organizzazione	
	che le responsabilità complessive 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:
	a. del mantenimento dei requisiti sanitari previsti,
	b. della verifica della qualità degli interventi svolti,
a)	c. della corretta gestione (acquisizione, stoccaggio, distribuzione, utilizzo e manutenzione) di tutto il materiale sanitario/ presidi/ attrezzature/ apparecchiature,
	d. della sorveglianza del personale e sulla documentazione sanitaria da quest'ultima,
	e. della gestione del rischio clinico,
	f. della definizione delle modalità di comunicazione e raccordo con i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta e degli Specialisti di riferimento;
b)	che sia individuato un Referente del caso (Case Manager) e le figure professionali coinvolte
3.1.2 AU - Dotazione di personale	
a)	che la dotazione del personale, in termini numerici e di figure professionali coinvolte, sia proporzionale alla tipologia delle 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 (Progetto di Assistenza Individuale), come da Deliberazione n. 41/20211 e DCA .N. 1/2013 e smi

(segue) 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI	
<i>l'organizzazione garantisce:</i>	
<i>* personale dipendente della struttura da accreditare</i>	
3.1.3 AU - Requisiti per il personale (titoli e formazione)	
a)	che tutte le figure professionali siano in possesso dei requisiti necessari per svolgere la professione corrispondente, secondo la normativa vigente (titoli, eventuali abilitazioni, iscrizione ad Albi ed Ordini professionali);
b)	che sia effettuata la verifica dei titoli in possesso degli operatori;
c)	che siano rispettati gli obblighi normativi di formazione continua per tutti i professionisti sanitari;
d)	che vi sia formazione in merito a:
	a. procedure interne organizzative,
	b. procedure operative adottate (in funzione del profilo),
	c. umanizzazione delle cure e qualità delle relazioni,
	d. certificazione BLS (primo soccorso con defibrillatore semiautomatico) aggiornata,
	e. sicurezza sul lavoro,
	f. gestione del rischio clinico,
	e) che esista evidenza della formazione, f) l'effettuazione di programmi di formazione per il nuovo personale.
3.1.4 AU - Elenco degli operatori e fascicolo personale	
a)	a. la tipologia e il numero delle figure professionali e il possesso dei relativi requisiti professionali,
	b. la tipologia del rapporto di lavoro;
b)	che sia data evidenza della turnazione del personale;
c)	che sia conservato, per il periodo previsto dalla norma vigente, un archivio storico dei turni effettuati e della documentazione relativa ai servizi svolti, contenente i dati degli accessi a domicilio;

(segue) 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI	
(segue) 3.1 AU - Responsabilità e personale	
<i>l'organizzazione garantisce:</i>	
(segue) 3.1.4 AU - Elenco degli operatori e fascicolo personale	
d)	a. che sia costituito un fascicolo, anche in formato elettronico, relativo a ciascun operatore che presta attività, composto da:
	b. curriculum formativo aggiornato e la relativa documentazione,
	c. attestazioni della formazione continua obbligatoria,
	d. attestato di idoneità psico-fisica al lavoro, valutazione di idoneità effettuata dal Medico competente,
	e. attestazione della formazione obbligatoria in materia di sicurezza sul lavoro,
	f. attestazione dell'aggiornamento continuo del BLS,
	g. attestazioni della formazione sulle procedure interne all'organizzazione,
	h. possesso della patente di guida adeguata all'eventuale veicolo utilizzato ai fini dell'attività erogata;

e)	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	
	nei confronti del proprio personale:
a)	a. l'attuazione di condizioni normative e contributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro applicabili alla categoria di riferimento,
	b. l'osservanza e l'applicazione di tutte le norme relative alle assicurazioni obbligatorie ed antinfortunistiche, previdenziali e assistenziali,
	c. l'applicazione della normativa in merito alla responsabilità civile in ambito sanitario;
3.1.6 AU - Identificabilità degli operatori	
<i>l'organizzazione garantisce:</i>	
a)	l'utilizzo di strumenti per l'identificazione degli operatori nel rispetto della normativa sulla <i>privacy</i> (cartellino di riconoscimento riportante almeno: nome e cognome dell'operatore, ruolo, logo e nome dell'organizzazione stessa).
3.2 AU - Procedure e gestione delle attività	
<i>l'organizzazione assicura:</i>	
3.2.1 AU - Tipologia di prestazioni e di servizi erogati	
a)	che siano definiti:
	a. il catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati,
	b. le modalità di accesso e di attivazione delle cure domiciliari,
	c. la gestione delle eventuali urgenze;
b)	che sia redatta la Carta dei Servizi (vedi punto 3.2.13);
c)	che siano indicate le modalità di utilizzo di eventuali servizi sanitari erogati a distanza (telemedicina)

(segue) 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI	
(segue) 3.2 AU - Procedure e gestione delle attività	
<i>l'organizzazione assicura:</i>	
3.2.2 AU - Garanzia attività	
	che l'attività amministrativa sia garantita per almeno 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) e quella sanitaria per 5 giorni a settimana (dal lunedì al venerdì) per le cure domiciliari di base e di 1° livello, per 7 giorni settimanali per le cure domiciliari integrate di 2° e 3° livello;
3.2.3 AU - Regolamento interno	
	che venga predisposto un Regolamento interno in cui siano definite:
a)	a. le funzioni e le responsabilità di tutte le figure professionali in relazione alla tipologia di attività svolta,
	b. le modalità di espletamento del servizio,
	c. l'equipaggiamento del personale di assistenza, compreso l'abitoprofessionale,
	d. i sistemi di comunicazione;
b)	che venga definito un organigramma/funzionigramma;
3.2.4 AU - Gestione del Rischio Clinico (RC)	
a)	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;

b)	che la valutazione dei rischi includa le Infezioni Correlate all'Assistenza;
c)	che tutto il personale venga formato sul rischio clinico;
d)	che sia elaborato un piano per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza degli operatori e delle persone assistite, che comprenda anche la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e definisca ruoli, responsabilità, monitoraggio, verifiche e formazione dedicata;
3.2.5 AU - Procedure scritte del percorso di cura	
a)	a. che, in funzione delle tipologie di cure domiciliari, siano definite procedure scritte in merito a:
	b. modalità e strumenti di gestione della valutazione del bisogno attraverso strumenti validati,
	c. definizione del Piano di assistenza individuale (semplificato per le cure domiciliari di base),
	d. criteri e modalità di erogazione delle prestazioni e di comunicazione interna,
	e. modalità e strumenti del passaggio di consegna,
	f. criteri di chiusura della presa in carico e di valutazione della persona assistita al momento della dimissione;
3.2.6 AU - Documentazione sanitaria	
a)	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:
	a. i dati anagrafici,
	b. il caregiver,
	c. la data di inizio delle cure domiciliari,
	d. gli operatori di riferimento,
	e. la diagnosi,
	f. gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es. allergia, caduta),
	g. il consenso informato,
	h. gli strumenti di valutazione utilizzati,
	i. il piano di trattamento (in relazione all'attività svolta) completo di eventuali aggiornamenti,
	j. le prestazioni erogate,
	k. l'eventuale necessità di ausili e/o presidi,
	l. le verifiche,
	m. i risultati raggiunti,
n. la data e la motivazione della chiusura del piano assistenziale;	
b)	che, per tutte le tipologie assistenziali, presso il domicilio della persona assistita, sia disponibile il diario assistenziale contenente, per ogni accesso:
	a. data e ora,
	b. operatore/i,
	c. prestazioni svolte,
	d. firma dell'operatore,
	e. firma del paziente o del caregiver;
3.2.7 AU - Modalità del trattamento dei dati e privacy	

a)	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;
b)	che il sistema di archiviazione della documentazione sanitaria consenta un rapido accesso ai dati da parte degli operatori coinvolti nel processo di cura;
3.2.8 AU - Gestione di farmaci/presidi medico-chirurgici/prodotti nutrizionali	
a)	che vengano definite le modalità di controllo e le relative registrazioni di giacenze, integrità, scadenza di farmaci, presidi medico-chirurgici e prodotti nutrizionali, ai sensi della normativa vigente;
b)	che la documentazione relativa alle verifiche sia disponibile e correttamente conservata;
c)	che i presidi e i dispositivi soddisfino le caratteristiche di corretta conservazione, sanificazione e manutenzione, facile trasportabilità e sicurezza nel trasporto e che siano contrassegnati con marchio CE qualora previsto;
3.2.9 AU - Procedure specifiche	
a)	che siano disposte procedure:
	a. per garantire la sicurezza, la conservazione e il trasporto dei materiali biologici,
	che siano disposte procedure:
	b. 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),
	c. per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza,
	d. per la somministrazione a domicilio di farmaci,
	e. per la somministrazione della terapia trasfusionale secondo quanto previsto dalla normativa specifica vigente e in cui sia fatto riferimento alla tracciabilità del prodotto,
	f. per la gestione delle emergenze urgenze,
	g. per la gestione degli accessi vascolari,
	h. per il corretto smaltimento dei rifiuti, ivi compresi quelli speciali, in conformità alla normativa vigente,
	i. 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 e non invasiva e dell'ossigenoterapia, prevenzione delle cadute, valutazione del dolore etc.);
b)	che le procedure siano aggiornate con una periodicità almeno triennale;
c)	che le procedure siano diffuse agli operatori.
3.2.10 AU - Integrazione professionale	
a)	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;
b)	che siano definiti ed applicati strumenti per il passaggio delle consegne.
3.2.11 AU - Valorizzazione e sostegno alla famiglia	
a)	che, tra gli obiettivi della presa in carico assistenziale, venga dato rilievo alla valorizzazione e al sostegno del ruolo della famiglia, garantendo l'attività educativa, di formazione e addestramento, necessaria ai familiari/caregiver per la gestione della persona assistita a domicilio, formalizzata nel diario assistenziale (mediante firma del caregiver)
3.2.12 AU - Valorizzazione della partecipazione della persona assistita	

a)	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 - Materiale informativo	
	che venga redatta e periodicamente aggiornata una Carta dei Servizi, conforme alla normativa vigente, contenente informazioni relative almeno a:
a)	a. prestazioni erogate,
	b. modalità di accesso e attivazione delle cure domiciliari,
	c. <i>target</i> di popolazione assistita,

(segue) 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI	
(segue) 3.2 AU - Procedure e gestione delle attività	
<i>l'organizzazione assicura:</i>	
(segue) 3.2.13 AU - Materiale informativo	
	d. orari,
	e. tariffe praticate,
	f. contatti,
	g. modalità di presentazione di eventuali reclami;
3.2.14 AU - Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi	
a)	che vengano definiti strumenti per la raccolta dei reclami, la tracciabilità dei disservizi e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento
3.2.15 AU - Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	
a)	che venga definito un documento con criteri e modalità per la valutazione della qualità dei servizi erogati;
b)	che venga favorita la partecipazione del personale allo svolgimento di attività di valutazione (<i>audit</i>);
c)	che vengano adottate modalità di valutazione della soddisfazione da parte dell'utente.

ALLEGATO n.4

Domanda per la manifestazione di interesse all'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)**

Alla Direzione Generale per la Tutela
della Salute
Regione Campania
pec: dg.500400@pec.regione.campania.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov _____ il _____ residente
a _____ Prov _____, alla _____ Via
_____ n° _____
Codice Fiscale _____ in qualità di legale rappresentante della
(soggetto giuridico) _____

denominata _____ con P.I. _____
con sede Legale in _____
Prov. _____ alla _____ Via _____ Telefono _____
n° _____ E-mail _____
_____ PEC _____

Con riferimento _____ alla _____ denominata
_____ con sede in _____
Prov _____ alla _____
Via _____, A.S.L. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate all'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

Manifesta il proprio interesse al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per erogare

(barrare con un X una o piu' due opzioni a seconda della fattispecie nella quale si esprime la propria candidatura)

- Cure domiciliari di livello base:** "Coefficiente di intensità assistenziale" (CIA) inferiore a 0,14. Non presuppongono necessariamente la presa in carico del paziente, né una obbligatoria valutazione multidimensionale e una individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

- **Cure domiciliari Integrate (ADI) di I livello:** caratterizzate da un CIA1 compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso. Questa tipologia di intervento richiede la valutazione multidimensionale, la “presa in carico” della persona e la definizione di un “Progetto di Assistenza individuale” (PAI ovvero di un “Progetto Riabilitativo Individuale” (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi;
- **Cure domiciliari Integrate (ADI) di II livello:** caratterizzate da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50 in relazione alla criticità e complessità del caso. Le Cure domiciliari di II livello richiedono la valutazione multidimensionale, la “presa in carico” della persona e la definizione di un “Progetto di Assistenza individuale” (PAI ovvero di un “Progetto Riabilitativo Individuale” (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi;
- **Cure domiciliari Integrate (ADI) di III livello:** caratterizzate da un elevato livello di complessità, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver.

DICHIARA

	si	no
1. di essere in possesso di autorizzazione per servizi di ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CON SERVIZI SANITARI ai sensi dell’art 4 e seguenti del regolamento Regionale n. 4/2014		
2. di essere in possesso di autorizzazione ai sensi della DGRC 7301/01 e/o accreditamento ai sensi del Regolamento Regionale 22/06/2007, n. 1, in corso di validità, per attività sanitaria di FKT ex art. 44 Legge 833/78, per riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 e per attività rientranti nella macroarea Sociosanitaria; (indicare tipologia) di cui si allega copia		
3. Le organizzazioni private con comprovata esperienza nella gestione di servizi di assistenza domiciliare erogate negli ultimi 24 mesi per conto di un’Azienda Sanitaria Locale selezionata coerentemente con le indicazioni di cui al Decreto Commissariale n. 1 del 7 gennaio 2013.		

Per erogare in conformità a quanto innanzi dichiarato **prestazioni in assistenza domiciliare di natura infermieristica-riabilitativa- assistenziale-tutelare nell’ambito dei piani di assistenza individualizzati - p.a.i. di cure domiciliari di livello base, di I, II, III livello.**

dichiara, altresì

	si	no
1. Di essere già in possesso dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi stabiliti dalla Intesa Stato Regioni n.151/2022		
2. Di adeguarsi ai requisiti autorizzativi strutturali tecnologici e organizzativi stabiliti dalla Intesa Stato Regioni n.151/2022 entro il 30.04.2023		

- di voler operare nel territorio dell'ASL _____ , e che la propria sede organizzativa è ubicata nel comune/distretto di _____
- che la propria sede operativa coincide con quella organizzativa (la sede operativa ed organizzativa possono coincidere come da requisiti autorizzativi

Oppure che

che si avvale di altri sedi operative conformi ai requisiti di cui al presente atto nei comuni/Distretti:

1. _____
2. _____
3. _____

Di aver preso visione della Informativa in materia di privacy ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (Ue) 2016/679 reperibile sul sito istituzionale della Regione Campania, al link <http://www.regione.campania.it/regione/it/privacy/privacy>.

Autorizza il trattamento dei suoi dati personali ai sensi e per gli effetti del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, ai fini e nei limiti delle esigenze legate al procedimento di accreditamento.

Luogo e data _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
(Per esteso e leggibile)

N.B. ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA UNA COPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Allegato 5. Documento sulla programmazione delle azioni di sviluppo e potenziamento del sistema di presa in carico delle cure domiciliari

SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI.

DATI DI PRESA IN CARICO E IPOTESI TARGET

Il presente documento è predisposto ai fini della programmazione delle azioni di sviluppo e potenziamento del sistema di presa in carico delle cure domiciliari, con il fine di fornire alle AA.SS.LL. il dato univoco per l'analisi dell'impatto, in termini di organizzazione e di risorse da impiegare per garantire il raggiungimento del target fissato dal d.m. 77 del 23 maggio 2022 **"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".-recepito con delibera 683/2022.**

Standard: - 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

Gli Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare: - % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA-coefficiente di intensità assistenziale¹).

Inoltre è fornita un'indicazione in merito all'incremento degli utenti under 65 da prendere in carico, allineando temporalmente il target di presa in carico al 2026, tenuto conto degli obiettivi/valori soglia determinati periodicamente per il Sistema di garanzia dei lea-SIVEAS.

Valutazioni in merito al fabbisogno di risorse da assegnare ed impiegare per l'implementazione del sistema di cure domiciliari sono rinviate a documenti successivi. Tale documento potrà essere aggiornato con ulteriori elementi successivamente individuati.

La scelta di utilizzare i dati NSIS, anziché i dati della piattaforma sinfonia è determinata dall'esigenza di adoperare allineare il dato a quanto il Ministero della Salute utilizza per le valutazioni nelle diverse sedi di verifica.

La fonte dati è il flusso ministeriale SIAD-Sistema Informativo per l'assistenza domiciliare istituito con D.M. il 17/12/2008, alimentato dalle singole Regioni che fruiscono di un dashboard nel quale sono resi evidenti sotto forma di report aggregati gli indicatori anche in sede di verifica per la valutazione del raggiungimento obiettivi lea-Nuovo Sistema di garanzia dei lea-che il Ministero della Salute ha provveduto a sviluppare ulteriormente in funzione del target di cui al D.M. 77 per le cure domiciliari e per il PNRR..

Infatti, il Ministero della Salute ha reso disponibile alle Regioni all'interno del Dashboard NSIS, "Assistiti over 65 trattati in adi in rapporto alla popolazione anziana (per 100)" bis sempre alimentata dal flusso SIAD, un' ulteriore reportistica che dà evidenza dell'indicatore di presa in carico degli utenti anziani in cure domiciliari e che aggrega tutti i coefficienti di intensità CIA ,dal CIA base alle cure domiciliari palliative.

Per la presa in carico degli utenti, compresi gli under 65, per il sistema di garanzia SIVEAS , è invece utilizzato, il numero di utenti in carico/popolazione residente suddiviso per coefficiente di intensità assistenziale CIA-da 1 a 3; anche tale dato è reso disponibile nel dashboard NSIS.

Pertanto utilizzeremo in modo diversificato entrambi gli indicatori e i relativi dati presenti nel dashboard NSIS.

Gli indicatori da considerare sono due e sono di seguito riportati .

ID.	INDICATORE	SIGNIFICATO	VALORE soglia 2021 .
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) misurato sulla popolazione residente di riferimento	Indicatore composito che fornisce indicazioni sull'offerta del servizio di assistenza domiciliare integrata per pazienti trattati con i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3).	<ul style="list-style-type: none"> • Livello I (CIA 1): >2,93 • Livello II (CIA 2): >2,18 • Livello III (CIA 3): >0,40 <p>Indicatore ed aggiornato ogni anno per la verifica dell'erogazione e mantenimento lea</p>

ID.	INDICATORE	SIGNIFICATO	VALORE SOGLIA/target
7	Numero di anziani con età ≥ 65 anni presi in carico in ADI su Numero totale della popolazione anziana con età ≥ 65 anni	Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	Entro l'anno 2026 il 10% della popolazione anziana deve essere trattata nelle cure domiciliari integrate

¹ La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare -SIAD) attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico.

Non saranno trattati in questo documento obiettivi relativi alla presa in carico in cure domiciliari palliative, se non con riferimento alla presa in carico degli anziani in cui 4-che di norma si riconduce alle cure palliative domiciliari.

Utilizzeremo per questa breve analisi i dati anno 2021 del Ministero della Salute, resi disponibili nel Dashboard NSIS per gli indicatori di presa in carico.

Il dato attualmente disponibile è relativo all'anno 2021, poiché in via di conferimento l'ultimo trimestre anno 2022 e pertanto il dato non è completo.

Il report di numero di utenti in adi che riporta il numero complessivo di utenti in adi suddiviso per fasce di età, articolato sul dato complessivo regionale e sul dato aziendale con modalità differenti.

Il secondo report è il report degli utenti in carico suddiviso per coefficiente di intensità assistenziale-CIA, anch'esso proposto nella duplice modalità aggregata per regione e suddivisa per ASL .

Il report regionale - "Assistiti over 65 trattati in adi in rapporto alla popolazione anziana (per 100)" bis - rileva una percentuale di anziani ultrasessantacinquenni in cure domiciliari pari al 2.45% sulla popolazione anziana ultrasessantacinquenne residente-vedi tabella n. 1

Tabella n.1.flusso siad - Data Aggiornamento: 19/01/2023

Descrizione Regione	Assistiti over 65	Popolazione* over 65	Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 65 e under 75	Popolazione over 65 e under 75	Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65 under 75	Assistiti over 75	Popolazione over 75	Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75
CAMPANIA	27.376	1.118.545	2,45	5.545	607 741	0,91	21.831	510.804	4,27

Nella tabella 2 si espone il dato regionale suddiviso per aziende sanitarie reso disponibile dalla piattaforma NSIS per l'anno 2021; il dato di presa in carico degli ultrasessantacinquenni in adi è pari al 2.20% calcolato sulla popolazione anziana residente. Il report riporta gli anziani in adi per i 3 coefficienti di intensità assistenziale, escludendo per tale rappresentazione il cia base. Lo scarto tra il dato regionale complessivo che comprende il cia base e questo aziendale di cui alla tabella 2 è di circa 3000 utenti -27.376 su base regionale e dato aggregato aziendale 24.460 esclusi i cia base o 0. Non sono disponibili i dati di pazienti anziani in adi comprensivi di cia0 suddivisi su base aziendali .

Tabella 2 anziani in adi con dati di erogazione-cia 1, cia2 , ca3 -Data Aggiornamento: 24/06/2022

	Assistiti over 65	Assistiti over 65 con Pic erogate *100 ab. over 65	Assistiti over 65 e under 75	Popolazione over 65 e under 75	Assistiti over 65 under 75 con Pic erogate *100 ab. over 65 under 75	Assistiti over 75	Assistiti over 75 con Pic erogate *100 ab. over 75
A.S.L. AVELLINO	1.789	1,95	331	46.693	0,71	1.458	3,24
A.S.L. BENEVENTO	1.321	2,09	161	31.318	0,51	1.160	3,64
A.S.L. CASERTA	2.604	1,56	615	92.207	0,67	1.989	2,67
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO	3.296	1,67	551	106.021	0,52	2.745	3,00
A.S.L. NAPOLI 2 NORD	3.955	2,34	1.082	99.533	1,09	2.873	4,14
A.S.L. NAPOLI 3 SUD	2.814	1,41	536	110.895	0,48	2.278	2,56
A.S.L. SALERNO	8.861	3,84	1.587	121.074	1,31	7.274	6,63
	24.640	2,20	4.863	607.741	0,80	19.777	3,87

Per la stima dell'incremento di utenti anziani in cure domiciliari -con cia base, 1, 2, 3, 4- al 2026, rispetto al dato di presa in carico del 2021, assegnando un target del 10%, lo scenario è quello esposto nella tabella 3.

Tabella 3.target incremento di utenti ultra65nni in cure domiciliari vs anno 2022

Popolazione over 65 attuale		Assistiti over 65 con PIC erogate (SIAD 2021)	Popolazione ultrasessantacinquenne al 2026	Target Popolazione >65 anni presa in carico al 10% al 2026	Numero pazienti da incrementare per raggiungere il target del 10%
Campania	1.118.545	27376	1.211.771	121.177	+ 87.500

E' stata utilizzata quale base dati per effettuare le stime ed elaborazioni della popolazione anziana residente al 2026, i dati del sito Istat² dedicato alla previsioni demografiche, che riporta i dati per i comuni con popolazione superiore ai 20.00 abitanti. Il dato è relativo allo scenario mediano con il quale si prevede un incremento da 1.118.545 a 1.211.771.

Nella tabella sottostante vi è la stima di incremento popolazione su base A.S.L.

Tabella 4 . ultra65nni residenti nel 2026 proiezione demografica scenario mediano

Descrizione ASL	Popolazione >65 anno 2022	Popolazione <65 anno 2026	Differenza popolazione anziana> 65
AVELLINO	91.750	96.877	5.127
BENEVENTO	63.149	65.039	1.890
CASERTA	166.607	183.107	16.500
NAPOLI 1 CENTRO	197.455	215.721	18.266
NAPOLI 2 NORD	169.002	184.197	15.195
NAPOLI 3 SUD	199.799	218.194	18.395
SALERNO	230.783	248.636	17.853
Totale	1.118.545	1.211.771	93.226

Ai fini della stima degli obiettivi si è assunto che nel 2026 la popolazione presa in carico sarà divisa nelle diverse classi di complessità/intensità assistenziale, come suggerito ed ipotizzato dalle proiezioni effettuate dall'Agenas che è partita dall'analisi dell'indicatore 23 del SIAD-indicatore relativo alle prese in carico suddivise per cia-coefficiente di intensità assistenziale- e ha riproposto per la presa in carico degli anziani³ una distribuzione in base ai coefficienti di intensità assistenziale.

Considerato che il numero di utenti da incrementare è pari a +87.500 di utenti per raggiungere il target 10% di anziani in adi al 2026, la suddivisione per coefficiente di intensità è la seguente:

² Sito demo.istat.it STATISTICA SPERIMENTALE PREVISIONI DEMOGRAFICHE COMUNALI 1 GENNAIO 2021-2031.

³ Tale ipotesi è ripercorsa anche nella Nota metodologica elaborata dall'Agenas nel giugno 2022 per la stima del fabbisogno di personale degli enti del SSN per lo sviluppo del sistema di cure domiciliari, vedasi Intesa, ai sensi dell'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, come modificato dall'articolo 1, comma 269, lett. c), della legge n. 234/2021, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, per gli anni 2022, 2023 e 2024. ID MONITOR 4844 Rep. Atti n. 267/CSR del 21 dicembre 2022

tabella 5. Distribuzione per cia degli utenti in cure domiciliari obiettivo.

intensità assistenziale	Tasso di presa in carico suddiviso per cia	Numero utenti da incrementare vs 2022 distribuiti per intensità assistenziale	Numero utenti complessivi target al 10% distribuiti per intensità assistenziale
60%in cure domiciliari di base-cia 0;	60%	52.500	72.706
20%in cure domiciliari integrate di I livello , cia 1 ;20%		17.500	24.235
10%in cure domiciliari integrate di II livello ,cia 2; 10%		8.750	12.118
4%in Cure domiciliari integrate di III livello-cia3; 4%		5.250	4.847
6%in Cure palliative domiciliari-cia 4	6%	3.500	7.271
		87.500	121.177

Il dato complessivo è riportato anche su base aziendale: l'obiettivo di presa in carico del 10% degli anziani in cure domiciliari al 2026, è ripartito per Aziende Sanitarie e suddiviso per coefficiente di intensità assistenziale nella tabella successiva n. 6. Inoltre, è stata calcolata la percentuale in utenti suddiviso per CIA.

Tabella 6. target 10% anziani in cure domiciliari 10%anno 2026 suddivisi per cia(cia0, cia1, cia2,cia3,cia4)

Descrizione ASL	CIA Base		CIA 1		CIA 2		CIA 3		CIA 4		Target 10% anno 2026 Assistiti over 65 con pic erogate
	Utenti con Pic erogate	% utenti con cia 0/ utenti totali	Utenti con Pic erogate	% utenti con cia 1/ utenti totali	Utenti con Pic erogate	% utenti con cia 2/ utenti totali	Utenti con Pic erogate	% utenti con cia 3/ utenti totali	Utenti con Pic erogate	% utenti con cia 4/ utenti totali	
A.S.L. AVELLINO	5.813	60%	1.938	20%	969	10%	388	4%	581	6%	9.688
A.S.L. BENEVENTO	3.902		52		650		260		390		6.504
A.S.L. CASERTA	10.986		146		1.831		732		1.099		18.311
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO	12.943		173		2.157		863		1.294		21.572
A.S.L. NAPOLI 2 NORD	11.052		147		1.842		737		1.105		18.420
A.S.L. NAPOLI 3 SUD	13.092		175		2.182		873		1.309		21.819
A.S.L. SALERNO	14.918		199		2.486		995		1.492		24.864
TOTALE CAMPANIA	72.706		969		12.118		4.847		7.271		121.177

In relazione agli indicatori ed obiettivi di presa in carico della popolazione complessiva, come già riportato la misurazione della capacità di erogazione nel sistema di garanzia avviene mediante l'indicatore D22Z che riporta gli utenti con prese in carico-pic erogate suddivise per intensità assistenziale; dalla misurazione in questo caso sono esclusi il gdc 0 e il cia base .I valori soglia sono determinati dal Ministero nell'ambito del nuovo Sistema di Garanzia SIVEAS.A fini puramente indicativi si propone il report anno 2021 estratto dalla Dashboard NSIS che riporta le pic erogate, nella tabella 7 per tutte le fasce di età della popolazione e nella successiva tabella 8, per gli utenti under 65.

Tabella 7. anno 2021 flusso siad pic erogate per coefficiente di assistenziale.tutte le fasce di età

Descrizione ASL	GdC 0		CIA Base		CIA 1		CIA 2		CIA 3		CIA 4		Totale Pic erogate	Popolazione 2021
	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico		
A.S.L. AVELLINO	144,00	0,36	84,00	0,21	583,00	1,45	1.103,00	2,74	169,00	0,42	303,00	0,75	2.386,00	402.929,00
A.S.L. BENEVENTO	13,00	0,05	32,00	0,12	186,00	0,70	492,00	1,84	147,00	0,55	604,00	2,26	1.474,00	266.716,00
A.S.L. CASERTA	170,00	0,19	35,00	0,04	846,00	0,94	1.611,00	1,79	341,00	0,38	557,00	0,62	3.560,00	901.903,00
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO	58,00	0,06	243,00	0,26	1.393,00	1,49	2.059,00	2,20	328,00	0,35	475,00	0,51	4.556,00	935.971,00
A.S.L. NAPOLI 2 NORD	2.068,00	2,04	285,00	0,28	1.298,00	1,28	2.327,00	2,29	525,00	0,52	1.897,00	1,87	8.400,00	1.015.501,00
A.S.L. NAPOLI 3 SUD	79,00	0,08	323,00	0,31	982,00	0,95	1.238,00	1,20	253,00	0,24	693,00	0,67	3.568,00	1.035.273,00
A.S.L. SALERNO	338,00	0,32	2.012,00	1,89	3.347,00	3,14	12.085,00	11,34	1.405,00	1,32	4.564,00	4,28	23.751,00	1.065.967,00
Totale	2.870,00	0,51	3.014,00	0,54	8.635,00	1,54	20.915,00	3,72	3.168,00	0,56	9.093,00	1,62	47.695,00	5.624.260,00

La dashboard ministeriale riporta il tasso di pic erogate suddivise per CIA calcolato in relazione alla popolazione residente. Di seguito il report estratto per l'anno 2021 relativo alle prese in carico pic per utenti under 65, tabella n. 8.

Tabella – 8. pic erogate per coefficiente di assistenziale utenti under 65 -anno 2021 flusso siad

Descrizione ASL	GdC 0		CIA Base		CIA 1		CIA 2		CIA 3		CIA 4		Totale Pic erogate	Popolazione residente di riferimento under 65
	Pic erogate	Tasso di prese in carico	Pic erogate	Tasso di prese in carico/pop residente	Pic erogate	Tasso di prese in carico/pop residente	Pic erogate	Tasso di prese in carico/pop residente	Pic erogate	Tasso di prese in carico/pop residente	Pic erogate	Tasso di prese in carico/pop residente		
A.S.L. AVELLINO	25,00	0,08	13,00	0,04	49,00	0,16	113,00	0,36	20,00	0,06	71,00	0,23	291,00	311.179,00
A.S.L. BENEVENTO	1,00	0,00	2,00	0,01	8,00	0,04	28,00	0,14	8,00	0,04	64,00	0,31	111,00	203.567,00
A.S.L. CASERTA	26,00	0,04	20,00	0,03	165,00	0,22	302,00	0,41	69,00	0,09	135,00	0,18	717,00	735.296,00
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO	7,00	0,01	40,00	0,05	395,00	0,53	324,00	0,44	42,00	0,06	96,00	0,13	904,00	738.516,00
A.S.L. NAPOLI 2 NORD	1.280,00	1,51	73,00	0,09	446,00	0,53	564,00	0,67	137,00	0,16	635,00	0,75	3.135,00	846.499,00
A.S.L. NAPOLI 3 SUD	11,00	0,01	42,00	0,05	72,00	0,09	103,00	0,12	26,00	0,03	131,00	0,16	385,00	835.474,00
A.S.L. SALERNO	35,00	0,04	172,00	0,21	590,00	0,71	1.508,00	1,81	202,00	0,24	1.094,00	1,31	3.601,00	835.184,00
TOTALE CAMPANIA	1.385,00	0,31	362,00	0,08	1.725,00	0,38	2.942,00	0,65	504,00	0,11	2.226,00	0,49	9.144,00	4.505.715,00

Nell'ottica di qualificare l'assistenza domiciliare per gli utenti under 65, si può ipotizzare quale obiettivo di presa il raggiungimento del valore soglia individuato per il CIA 1, CIA 2, CIA 3 in sede di garanzia dei livelli di assistenza.

Pertanto si propone ai soli fini indicativi la tabella 9 che espone l'obiettivo di incremento degli utenti under 65, partendo dalla proiezione della popolazione residente in Campania nell'anno 2026, elaborata con la medesima modalità utilizzata per definire la popolazione anziana residente utilizzata per la definizione dell'obiettivo target di anziani nella prima parte di questo documento.

L'obiettivo è incrementare il numero di prese in carico per gli utenti under65, migliorando il tasso di presa in carico in relazione alla popolazione residente nel periodo di riferimento.

Ogni Azienda potrà programmare azioni finalizzate a raggiungere contestualmente l'obiettivo target di anziani in cure domiciliari (10% /popolazione anziana residente) e il miglioramento del valore soglia per la presa in carico di utenti under 65, avendo quale riferimento il valore soglia assegnato per la misurazione delle pic erogate ed aggiornato periodicamente in base alle indicazioni ministeriali.

Ai fini della valutazione e dell'individuazione del valore soglia di cui all'indicatore D22Z, il Ministero considera anche gli anziani presi in carico e il relativo livello di assistenza garantito, escludendo il CIA base.

Pertanto, come già evidenziato, gli indicatori e i relativi obiettivi non sono del tutto sovrapponibili.

Di seguito i target ipotizzati e valorizzati utilizzando la popolazione residente 0-64 al 2026, che possono consentire di ipotizzare eventuali scenari di programmazione, da perseguire nell'orizzonte temporale 2023-2026 e che eventualmente le Aziende Sanitarie potranno riprogrammare nel biennio successivo (2027-2028), anche aggiornando il valore soglia in relazione a future stime e valutazioni.

- **Livello I (CIA 1):** >2,93
- **Livello II (CIA 2):** >2,18
- **Livello III (CIA 3):** >0,40

Tabella 9. Ipotesi di target presa in carico utenti under 65 anno 2026, suddivisi per cia

Descrizione ASL	pic erogate	Tasso di prese in carico	pic erogate	Tasso di prese in carico	pic erogate	Tasso di prese in carico	pic erogate
A.S.L. AVELLINO	853		635		146		1.633
A.S.L. BENEVENTO	560		417		96		1.072
A.S.L. CASERTA	2.078		1.546		355		3.978
A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO	2.062		1.534		352		3.948
A.S.L. NAPOLI 2 NORD	2.368		1.762		404		4.534
A.S.L. NAPOLI 3 SUD	2.311		1.720		394		4.425
A.S.L. SALERNO	2.327		1.731		397		4.455
totale	12.558	2,93	9.344	2,18	2.143	0,50	24.045