

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE 18 agosto 2022, n. 0107/Pres.

Regolamento per il rilascio dell'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti in attuazione dell'articolo 64 della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 (Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006).

Modifiche e integrazioni approvate da:

Vedi anche quanto disposto dall'art. 8, c. 26, L.R. 15/2022 (B.U.R. 9/11/2022, S.O. n. 40).
Vedi anche quanto disposto dall'art. 21, c. 2, L.R. 16/2022 (B.U.R. 16/11/2022, S.O. n. 43).
Vedi anche quanto disposto dall'art. 8, c. 3, L.R. 21/2022 (B.U.R. 30/12/2022, S.O. n. 48).
Vedi anche quanto disposto dall'art. 8, c. 3, L.R. 14/2023 (B.U.R. 30/10/2023, S.O. n. 31).
Vedi anche quanto disposto dall'art. 8, c. 1, L.R. 15/2023 (B.U.R. 29/12/2023, S.O. n. 37).

Titolo I

Disposizioni generali

Art. 1 - Oggetto
Art. 2 - Ambito di applicazione
Art. 3 - Soggetti competenti
Art. 4 - Corrispettivo

Titolo II

Fase transitoria

Capo I

Disposizioni generali

Art. 5 - Definizione
Art. 6 - Destinatari
Art. 7 - Durata

Capo II

Procedimento di accreditamento provvisorio

Art. 8 - Presentazione delle istanze
Art. 9 - Istruttoria

Capo III

Procedimento di accreditamento definitivo

- Art. 10 - Istruttoria
- Art. 11 - Procedimento di riesame
- Art. 12 - Adozione del decreto
- Art. 13 - Durata

Titolo III Regime ordinario

- Art. 14 - Nuovi accreditamenti
- Art. 15 - Presentazione delle istanze
- Art. 16 - Fase istruttoria
- Art. 17 - Procedimento di riesame
- Art. 18 - Adozione del decreto
- Art. 19 - Durata
- Art. 20 - Rinnovo dell'accREDITamento
- Art. 21 - Integrazione dell'accREDITamento

Titolo IV Disposizioni finali

- Art. 22 - Vigilanza della Direzione centrale
- Art. 23 - Norma transitoria
- Art. 24 - Entrata in vigore

TITOLO I

DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1

(Oggetto)

1. Ai sensi dell'articolo 64 della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 (*Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006*) il presente regolamento disciplina il procedimento e i requisiti per il rilascio dell'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti di cui all'articolo 2, autorizzate all'esercizio ai sensi del decreto del Presidente della Regione 13 luglio 2015, n. 0144/Pres. (*Regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani*).

2. Ai sensi dell'articolo 8, comma 16 della legge regionale 2 novembre 2021, n. 16 (*Misure finanziarie intersettoriali*), l'accreditamento istituzionale delle strutture di cui al comma 1 prevede una fase transitoria e un successivo regime ordinario, disciplinati rispettivamente ai Titoli II e III del presente regolamento.

3. I requisiti per il rilascio dell'accreditamento istituzionale sono contenuti negli allegati A e B al presente regolamento.

Art. 2

(Ambito di applicazione)

1. Le disposizioni del presente regolamento si applicano:
- a) alle residenze per anziani non autosufficienti di primo, secondo e terzo livello autorizzate all'esercizio ai sensi del D.P.Reg. 144/2015, fatto salvo quanto previsto all'articolo 6, comma 2 del presente regolamento;
 - b) ai servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti autorizzati all'esercizio ai sensi del D.P.Reg. 144/2015.

Art. 3

(Soggetti competenti)

1. L'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti di cui all'articolo 2, è rilasciato dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità dell'Amministrazione regionale, di seguito in breve Direzione centrale.

2. Nell'esercizio delle proprie competenze, la Direzione centrale si avvale, anche per l'effettuazione di sopralluoghi, di professionisti denominati valutatori in conformità a quanto previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, recepita con Deliberazione della Giunta Regionale 19 luglio 2013, n. 1303 (*Recepimento dell'intesa, rep n 259/csr del 20.12.2012, ai sensi dell'art 8, comma 6, della legge 131/2003, tra il governo, le regioni e le province autonome sul documento recante "disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" in attuazione dell'art. 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012*).

3. La Direzione centrale è competente per la vigilanza in relazione all'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti. La stessa si avvale, nell'esercizio dell'attività di vigilanza, dei soggetti di cui al comma 2.

4. Per l'effettuazione dei sopralluoghi di cui al comma 2, la Direzione centrale incarica un numero di valutatori variabile in base alla complessità organizzativa della struttura da accreditare. Il numero di valutatori non è comunque inferiore a due.

5. L'accreditamento istituzionale è condizione necessaria per la stipula degli accordi contrattuali di cui all'articolo 65 della legge regionale 22/2019.

Art.4 (Corrispettivo)

1. Il richiedente l'accreditamento istituzionale, il rinnovo di cui all'articolo 20 o l'integrazione di cui all'articolo 21 è tenuto a versare il corrispettivo dei costi sostenuti dall'Amministrazione regionale per i sopralluoghi prima dello svolgimento degli stessi. L'importo e le modalità del versamento sono determinati con provvedimento della Direzione centrale.

TITOLO II

FASE TRANSITORIA

CAPO I DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 5 (Definizione)

1. Nel corso della fase transitoria i soggetti di cui all'articolo 2 accedono all'accreditamento istituzionale attraverso i seguenti procedimenti:

- a) accreditamento provvisorio;
- b) accreditamento definitivo.

Art. 6
(Destinatari)

1. Ai sensi dell'articolo 8, comma 16 della legge regionale 16/2021, la fase transitoria riguarda le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti convenzionate con il Servizio sanitario regionale.

2. In deroga a quanto previsto dall'articolo 2, comma 1, lettera a), possono accedere all'accreditamento nella fase transitoria anche le strutture residenziali di livello base di cui all'articolo 8 del D.P.Reg. 144/2015 già convenzionate con il Servizio sanitario regionale alla data di entrata in vigore del presente regolamento.

Art. 7
(Durata)

1. La fase transitoria si conclude entro tre anni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento.

2. Dopo la conclusione della fase transitoria si applicano le disposizioni relative al regime ordinario di cui al titolo III.

CAPO II
PROCEDIMENTO DI ACCREDITAMENTO PROVVISORIO

Art. 8
(Presentazione delle istanze)

1. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, i titolari dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture di cui all'articolo 6 presentano alla Direzione centrale istanza di accreditamento con modalità web tramite apposito applicativo gestionale.¹

2. Nelle more dell'attivazione del sistema informatizzato di cui al comma 1, l'istanza di accreditamento e la documentazione ad essa allegata vengono presentate tramite posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo: salute@certregione.fvg.it.

3. L'istanza deve contenere le seguenti informazioni:

- a) sede e denominazione della struttura;
- b) generalità del legale rappresentante;
- c) livello autorizzativo della struttura, numero e tipologia di posti letto autorizzati;

¹ Il termine è prorogato al 30 giugno 2023, ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, c. 26, L.R. 15/2022 (B.U.R. 9/11/2022, S.O. n. 40).

4. All'istanza devono essere allegati:
- a) per le strutture private, dichiarazione di non sussistenza di situazioni di incompatibilità, previste dalla vigente normativa, nel rapporto di lavoro con il personale comunque impiegato nella struttura;
 - b) questionario di autovalutazione preliminare sul possesso dei requisiti di accreditamento di cui agli allegati A e B;
 - c) elenco nominativo del personale, firmato dal legale rappresentante, con indicazione del datore di lavoro, della qualifica e del titolo di studio posseduto, della funzione organizzativa assegnata, nonché del monte ore settimanale;
 - d) elenco dei fornitori esterni di prestazioni e servizi di cui si avvale la struttura;
 - e) carta dei diritti e dei servizi;
 - f) organigramma;
 - g) piano della qualità;
 - h) piano della formazione;
 - i) ulteriore documentazione attestante il possesso dei requisiti essenziali di cui agli allegati A e B.

5. La mancata presentazione dell'istanza di cui al comma 1 nei termini ivi previsti comporta la risoluzione della convenzione in essere tra il titolare della struttura e l'Azienda sanitaria.

Art. 9 (Istruttoria)

1. La Direzione centrale effettua il controllo sulla regolarità e completezza dell'istanza e della documentazione allegata e procede alla verifica dei documenti attestanti il possesso dei requisiti essenziali indicati negli allegati al presente regolamento.

2. In caso di istruttoria con esito positivo, la Direzione centrale adotta un decreto di accreditamento provvisorio. In caso contrario, fissa al richiedente un termine non superiore a sessanta giorni per l'acquisizione di documentazione integrativa o sostitutiva, eventualmente corredata da osservazioni scritte. In assenza di riscontro o qualora le integrazioni richieste non risultino idonee, la Direzione centrale adotta un decreto di rigetto, previa comunicazione al soggetto interessato dei motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza ai sensi dell'articolo 10 bis della legge 7 agosto 1990, n. 241 (*Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*).²

3. L'adozione di un decreto di rigetto comporta la risoluzione della convenzione in essere tra il titolare della struttura e l'Azienda sanitaria.

4. Il procedimento si conclude entro centottanta giorni dalla presentazione dell'istanza di cui all'articolo 8.

² Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, c. 3, L.R. 14/2023 (B.U.R. 30/10/2023, S.O. n. 31), la richiesta di documentazione integrativa o sostitutiva di cui al presente comma interrompe il termine di cui al comma 4 del medesimo articolo, che ricomincia a decorrere dalla data di presentazione della documentazione richiesta.

5. Al completamento dei procedimenti di cui al presente articolo, la Direzione centrale approva l'elenco delle strutture accreditate in via provvisoria.

CAPO III PROCEDIMENTO DI ACCREDITAMENTO DEFINITIVO

Art. 10 (Istruttoria)

1. Entro novanta giorni dall'approvazione dell'elenco di cui all'articolo 9, comma 5, la Direzione centrale avvia d'ufficio i singoli procedimenti di accreditamento definitivo sulla base della propria programmazione interna, comunicando all'interessato l'avvio del procedimento.

2. Per ciascun procedimento, la Direzione centrale procede alla costituzione del gruppo di valutazione incaricato di effettuare le verifiche documentali e gli accertamenti in loco, finalizzati al rilascio dell'accREDITAMENTO definitivo e concorda con la struttura la data del sopralluogo.

3. La Direzione Centrale può richiedere alla struttura, in qualsiasi momento, la presentazione, entro trenta giorni dalla richiesta, di eventuale ulteriore documentazione integrativa o sostitutiva, eventualmente corredata da osservazioni scritte.

4. In assenza di riscontro o qualora le integrazioni richieste ai sensi del comma 3 non risultino idonee, la Direzione centrale, con proprio decreto motivato, revoca il decreto di accREDITAMENTO provvisorio già rilasciato alla struttura ai sensi dell'articolo 9.

5. Il gruppo di valutazione di cui al comma 2 procede agli accertamenti all'interno della struttura, che possono articolarsi in uno o più sopralluoghi in relazione alla complessità organizzativa della medesima e redige un verbale di verifica il quale reca la descrizione delle operazioni svolte, delle conformità o non conformità accertate, nonché il giudizio di cui al successivo comma 6, con gli eventuali adeguamenti richiesti e la relativa tempistica. Il predetto verbale, sottoscritto dai componenti del gruppo di valutazione e dal legale rappresentante della struttura, o da un suo delegato, viene inviato alla Direzione Centrale dal coordinatore del gruppo.

6. All'esito del sopralluogo il gruppo di valutazione formula un giudizio:
- a) di accreditabilità a pieno titolo, qualora la struttura risulti conforme a tutti requisiti previsti;
 - b) di accreditabilità con riserva, qualora la struttura risulti non conforme a uno o più requisiti non essenziali;
 - c) di non accreditabilità, qualora la struttura risulti non conforme a uno o più requisiti essenziali.

7. Nell'ipotesi di cui al comma 6, lettera b), il gruppo di valutazione specifica, all'interno del verbale, gli interventi finalizzati a rimuovere le non conformità rilevate e i relativi termini per l'adeguamento, concordati con la struttura interessata. I tempi di adeguamento non possono in ogni caso superare i sei mesi.

8. In caso di accertamento di non conformità a uno o più requisiti essenziali, il gruppo di valutazione riporta nel verbale le non conformità accertate e sospende la formulazione del giudizio di cui al comma 6, lettera c).

9. La Direzione centrale, ricevuto il verbale di cui al comma 8 e sulla base delle non conformità ivi risultanti, dispone l'effettuazione di un successivo sopralluogo da svolgersi non prima di venti giorni e non oltre trenta giorni dalla ricezione del predetto verbale.

10. All'esito del nuovo sopralluogo di cui al comma 9, il gruppo di valutazione applica le disposizioni di cui ai commi 6 e 7. Qualora il nuovo sopralluogo confermi la non conformità ad uno o più requisiti essenziali, il gruppo di valutazione formula un giudizio di non accreditabilità e riporta nel verbale la descrizione delle non conformità accertate. Il titolare o suo incaricato, qualora contesti il giudizio di non accreditabilità, può chiedere che le proprie dichiarazioni siano riportate nel verbale.

11. Entro quindici giorni dalla conclusione degli accertamenti di cui al comma 10 da parte del gruppo di valutazione, la Direzione centrale, prima della adozione del decreto di non accreditamento, comunica al soggetto interessato i motivi ostativi al rilascio dell'accREDITAMENTO.

12. Qualora nel corso dei sopralluoghi i valutatori accertino non conformità riferite ai requisiti di autorizzazione le segnalano alla Direzione centrale per la successiva comunicazione all'Azienda sanitaria competente per territorio.

Art. 11 (Procedimento di riesame)

1. Il procedimento di riesame è avviato quando l'attività di verifica del gruppo di valutazione si conclude con un giudizio di non accreditabilità e il verbale riporti le dichiarazioni di cui all'articolo 10, comma 10.

2. Il riesame di cui al comma 1 è effettuato dal Direttore del Servizio competente, coadiuvato da un funzionario competente per materia, nonché da un professionista esperto in materia di assistenza sociosanitaria. I soggetti competenti per il riesame possono convocare i valutatori per acquisire eventuali chiarimenti.

3. Il procedimento di riesame può confermare il giudizio di non accreditabilità oppure concludersi con un giudizio di accreditabilità ai sensi dell'articolo 10, comma 6, lettere a) e b).

Art. 12
(Adozione del decreto)

1. Entro centottanta giorni dall'avvio del procedimento di cui al presente capo, la Direzione centrale, sulla base del giudizio di cui all'articolo 10, comma 6, adotta un decreto:

- a) di accreditamento a pieno titolo;
- b) di accreditamento con riserva;
- c) di non accreditamento e revoca dell'accREDITAMENTO provvisorio, rilasciato ai sensi dell'articolo 9, comma 2.

2. Il decreto di accreditamento con riserva riporta gli interventi di adeguamento e i relativi tempi di realizzazione. Il termine stabilito può essere prorogato per una sola volta, su richiesta motivata dell'interessato, fino a un massimo di trenta giorni.

3. L'adozione di un decreto di non accreditamento e revoca dell'accREDITAMENTO provvisorio comporta la risoluzione della convenzione in essere tra il titolare della struttura e l'Azienda sanitaria.

Art. 13
(Durata)

1. L'accREDITAMENTO a pieno titolo ha una durata di tre anni a decorrere dalla data di adozione del relativo decreto. Scaduto tale termine, le strutture accreditate presentano domanda di rinnovo dell'accREDITAMENTO, ai sensi dell'articolo 20.

2. L'accREDITAMENTO con riserva ha una durata corrispondente ai termini assegnati per l'adeguamento, fatta salva la concessione della proroga di cui all'articolo 12, comma 2.

3. Alla scadenza del termine assegnato per l'adeguamento, la Direzione centrale dispone la verifica della conformità ai requisiti, fissando un nuovo sopralluogo del gruppo di valutazione e adotta un decreto:

- a) di accREDITAMENTO a pieno titolo in caso di esito positivo;
- b) di revoca dell'accREDITAMENTO rilasciato con riserva in caso di esito negativo.

4. Entro quindici giorni dalla conclusione degli accertamenti di cui al comma 3 da parte del gruppo di valutazione, la Direzione centrale, prima della adozione del decreto di revoca dell'accREDITAMENTO con riserva, comunica al soggetto interessato i motivi ostativi.

5. La durata complessiva dell'accREDITAMENTO con riserva e del successivo accREDITAMENTO a pieno titolo non può comunque superare i tre anni.

6. L'adozione di un decreto di revoca dell'accREDITAMENTO con riserva comporta la risoluzione della convenzione in essere tra il titolare della struttura e l'Azienda sanitaria.

TITOLO III

REGIME ORDINARIO

Art. 14 (Nuovi accreditamenti)

1. Nell'ambito del regime ordinario, la Direzione centrale adotta appositi avvisi, anche su base territoriale, finalizzati all'accREDITAMENTO di strutture riconducibili alle tipologie di cui all'articolo 2 o all'integrazione di accreditamenti di cui all'articolo 21 comma 1, per effetto dell'ampliamento di posti in strutture già accreditate.

2. Gli avvisi di cui al comma 1 sono adottati in relazione al fabbisogno definito con deliberazione della Giunta regionale che, ai sensi dell'articolo 64, comma 5 della legge regionale 22/2019, determina altresì i limiti entro i quali procedere ad accreditare un numero di strutture che può essere superiore al fabbisogno programmato.

Art. 15 (Presentazione delle istanze)

1. I titolari dell'autorizzazione all'esercizio di strutture di cui all'articolo 2 interessati a ottenere l'accREDITAMENTO presentano alla Direzione centrale istanza con modalità web tramite apposito applicativo gestionale, nei termini previsti dall'avviso di cui all'articolo 14.

2. L'istanza deve contenere le seguenti informazioni:

- a) sede e denominazione della struttura;
- b) generalità del legale rappresentante;
- c) livello autorizzativo della struttura, numero e tipologia di posti letto autorizzati.

3. All'istanza devono essere allegati:

- a) per le strutture private, dichiarazione di non sussistenza di situazioni di incompatibilità, previste dalla vigente normativa, nel rapporto di lavoro con il personale comunque impiegato nella struttura;
- b) questionario di autovalutazione preliminare sul possesso dei requisiti di accREDITAMENTO di cui agli allegati A e B;
- c) elenco nominativo del personale, firmato dal legale rappresentante, con indicazione del datore di lavoro, della qualifica e del titolo di studio posseduto, della funzione organizzativa assegnata, nonché del monte ore settimanale;
- d) elenco dei fornitori esterni di prestazioni e servizi di cui si avvale la struttura;
- e) carta dei diritti e dei servizi;
- f) organigramma;
- g) piano della qualità;
- h) piano della formazione;
- i) ulteriore documentazione attestante il possesso dei requisiti essenziali di cui agli allegati A e B.

Art. 16
(Fase istruttoria)

1. Entro trenta giorni dal ricevimento dell'istanza di accreditamento, la Direzione centrale effettua un controllo sulla regolarità e completezza della stessa.

2. In caso di esito positivo, la Direzione centrale procede alla costituzione del gruppo di valutazione e concorda con la struttura medesima la data del sopralluogo finalizzato alla verifica dei requisiti.

3. In caso di irregolarità o incompletezza della documentazione prodotta, la Direzione Centrale invita il richiedente a produrre, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della comunicazione, i documenti richiesti, eventualmente corredati da osservazioni scritte. Ricevuta la documentazione richiesta, la Direzione Centrale, se ritiene la stessa idonea, procede alla costituzione del gruppo di valutazione e concorda con la struttura medesima la data del sopralluogo per la verifica dei requisiti.

4. In assenza di riscontro o qualora la regolarizzazione richiesta non sia idonea, la Direzione centrale adotta un decreto di rigetto della domanda di accreditamento.

5. Il gruppo di valutazione procede agli accertamenti all'interno della struttura che, in relazione alla complessità organizzativa della medesima, possono articolarsi in uno o più sopralluoghi e redige un verbale di verifica recante la descrizione delle operazioni svolte, delle conformità o non conformità accertate, nonché il giudizio di cui al successivo comma 6, con gli eventuali adeguamenti richiesti e la relativa tempistica. Il predetto verbale, sottoscritto dai componenti del gruppo di valutazione e dal legale rappresentante della struttura, o da un suo delegato, viene inviato alla Direzione Centrale dal coordinatore del gruppo.

6. All'esito del sopralluogo il gruppo di valutazione formula un giudizio:
- a) di accreditabilità a pieno titolo, qualora la struttura risulti conforme a tutti requisiti previsti;
 - b) di accreditabilità con riserva, qualora la struttura risulti non conforme a uno o più requisiti non essenziali;
 - c) di non accreditabilità, qualora la struttura risulti non conforme a uno o più requisiti essenziali.

7. Nell'ipotesi di cui al comma 6, lettera b), il gruppo di valutazione specifica, all'interno del verbale, gli interventi finalizzati a rimuovere le non conformità rilevate e i relativi termini per l'adeguamento, concordati con la struttura interessata. I tempi di adeguamento non possono in ogni caso superare i sei mesi.

8. In caso di accertamento di non conformità a uno o più requisiti essenziali, il gruppo di valutazione riporta nel verbale le non conformità accertate e sospende la formulazione del giudizio di cui al comma 6, lettera c).

9. La Direzione centrale, ricevuto il verbale di cui al comma 8 e sulla base delle non conformità ivi risultanti, dispone l'effettuazione di un successivo sopralluogo da svolgersi non prima di venti giorni e non oltre trenta giorni dalla ricezione del predetto verbale.

10. All'esito del nuovo sopralluogo di cui al comma 9, il gruppo di valutazione applica le disposizioni di cui ai commi 6 e 7. Qualora il nuovo sopralluogo confermi la non conformità ad uno o più requisiti essenziali, il gruppo di valutazione formula un giudizio di non accreditabilità e riporta nel verbale la descrizione delle non conformità accertate. Il titolare o suo incaricato, qualora contesti il giudizio di non accreditabilità, può chiedere che le proprie dichiarazioni siano riportate nel verbale.

11. Entro quindici giorni dalla conclusione degli accertamenti di cui al comma 10 da parte del gruppo di valutazione, la Direzione centrale, prima della adozione del decreto di rigetto dell'istanza di accreditamento, comunica al richiedente i motivi che ostano all'accoglimento della domanda, ai sensi dell'articolo 10 bis della legge 241/1990.

12. Qualora nel corso dei sopralluoghi i valutatori accertino non conformità riferite ai requisiti di autorizzazione le segnalano alla Direzione centrale per la successiva comunicazione all'Azienda sanitaria competente per territorio.

Art. 17

(Procedimento di riesame)

1. Il procedimento di riesame è avviato quando l'attività di verifica del gruppo di valutazione si conclude con un giudizio di non accreditabilità e il verbale riporti le dichiarazioni di cui all'articolo 16, comma 10.

2. Il riesame di cui al comma 1 è effettuato dal Direttore del Servizio competente, coadiuvato da un funzionario competente per materia, nonché da un professionista esperto in materia di assistenza socio-sanitaria. I soggetti competenti per il riesame possono convocare i valutatori per acquisire eventuali chiarimenti.

3. Il procedimento di riesame può confermare il giudizio di non accreditabilità oppure concludersi con un giudizio di accreditabilità ai sensi dell'articolo 16, comma 6, lettere a) e b).

Art. 18

(Adozione del decreto)

1. Entro centottanta giorni dalla presentazione dell'istanza di cui all'articolo 15, la Direzione centrale, sulla base del giudizio di cui all'articolo 16, comma 6, adotta un decreto:

- a) di accreditamento a pieno titolo;
- b) di accreditamento con riserva;
- c) di rigetto dell'istanza di accreditamento.

2. Il decreto di accreditamento con riserva riporta gli interventi di adeguamento e i relativi tempi di realizzazione. Il termine stabilito può essere prorogato per una sola volta, su richiesta motivata dell'interessato, fino a un massimo di trenta giorni.

Art. 19
(Durata)

1. L'accreditamento a pieno titolo ha una durata di tre anni a decorrere dalla data di adozione del relativo decreto, alla scadenza dei quali, le strutture accreditate presentano domanda di rinnovo dell'accreditamento, ai sensi dell'articolo 20.

2. L'accreditamento con riserva ha una durata corrispondente ai termini assegnati per l'adeguamento, fatta salva la concessione della proroga di cui all'articolo 18, comma 2.

3. Alla scadenza dei tempi assegnati per l'adeguamento, la Direzione centrale dispone la verifica della conformità ai requisiti, fissando un nuovo sopralluogo del gruppo di valutazione e adotta un decreto:

- a) di accreditamento a pieno titolo in caso di esito positivo;
- b) di revoca dell'accreditamento rilasciato con riserva in caso di esito negativo.

4. Entro quindici giorni dalla conclusione degli accertamenti di cui al comma 3 da parte del gruppo di valutazione, la Direzione centrale, prima dell'adozione del decreto di revoca dell'accreditamento con riserva, comunica al soggetto interessato i motivi ostativi.

5. La durata complessiva dell'accreditamento con riserva e del successivo accreditamento a pieno titolo non può comunque superare i tre anni.

6. L'adozione di un decreto di revoca dell'accreditamento con riserva comporta la risoluzione dell'eventuale accordo contrattuale stipulato con l'Azienda sanitaria competente per territorio.

Art. 20
(Rinnovo dell'accreditamento)

1. Prima dell'inizio dell'ultimo semestre di validità del decreto di accreditamento, le strutture accreditate presentano domanda di rinnovo con le modalità di cui all'articolo 15.

2. Il procedimento di rinnovo segue l'iter di cui agli articoli 16, 17 e 18.

3. Fino al completamento del procedimento di rinnovo le strutture mantengono l'accreditamento e l'eventuale accordo contrattuale stipulato con l'Azienda sanitaria competente per territorio.

4. L'adozione di un decreto di rigetto, ai sensi dell'articolo 18, comma 1, lettera c), comporta la risoluzione dell'eventuale accordo contrattuale stipulato con l'Azienda sanitaria competente per territorio.

Art. 21
(Integrazione dell'accreditamento)

1. Le strutture già accreditate che abbiano proceduto all'ampliamento del numero dei posti letto ai sensi del D.P.Reg. 144/2015, ne danno comunicazione alla Direzione centrale entro trenta giorni dal rilascio dell'autorizzazione da parte dell'Azienda sanitaria competente per territorio e, qualora sia stato adottato un avviso ai sensi dell'articolo 14, presentano alla Direzione centrale istanza di integrazione dell'accreditamento.

2. Le strutture già accreditate che abbiano proceduto al trasferimento in altra sede ai sensi del D.P.Reg. 144/2015, ne danno comunicazione alla Direzione centrale entro trenta giorni dal rilascio dell'autorizzazione da parte delle Aziende sanitarie competenti per territorio, richiedendo l'integrazione dell'accreditamento.

3. Nei casi di cui ai precedenti commi, ricevuta l'istanza di integrazione dell'accreditamento, la Direzione centrale dispone l'effettuazione di un sopralluogo nelle modalità previste all'articolo 16 se la documentazione prodotta, o quella integrativa eventualmente richiesta, dimostri che le variazioni intervenute hanno determinato una configurazione organizzativa diversa da quella iniziale. In caso contrario, l'istruttoria viene effettuata sulla base della documentazione prodotta.

4. A seguito delle attività di cui al comma 3, la Direzione centrale adotta, in caso di esito positivo, un provvedimento di integrazione dell'accreditamento; in caso contrario, adotta un decreto di rigetto dell'istanza di integrazione dell'accreditamento e provvede, laddove necessario, alla revoca dell'accreditamento.

5. Le strutture accreditate comunicano alla Direzione centrale, entro trenta giorni dal rilascio dell'autorizzazione da parte delle Aziende sanitarie competenti per territorio, anche le eventuali variazioni intervenute con riferimento al soggetto titolare.

6. In caso di mera variazione della denominazione della struttura, il titolare ne dà comunicazione alla Direzione centrale che procede alla conseguente modifica del provvedimento di accreditamento.

7. Fino al completamento del procedimento di integrazione dell'accreditamento le strutture mantengono l'accreditamento e l'eventuale accordo contrattuale stipulato con l'Azienda sanitaria competente per territorio.

8. Nelle more del completo allestimento e dell'accreditamento della nuova sede, qualora la sede precedentemente accreditata non consenta lo svolgimento dell'attività, il relativo accreditamento è sospeso. In tale caso la struttura informa tempestivamente la

Direzione centrale dell'indisponibilità della sede.

9. L'integrazione dell'accreditamento non determina una proroga della durata dell'accreditamento iniziale.

TITOLO IV

DISPOSIZIONI FINALI

Art. 22

(Vigilanza della Direzione centrale)

1. La Direzione centrale esercita l'attività di vigilanza nei confronti delle strutture accreditate, attraverso sopralluoghi di controllo.

2. In caso di rifiuto della struttura a sottoporsi ai sopralluoghi di cui al comma 1, la Direzione centrale adotta il provvedimento di sospensione dell'accreditamento per un periodo di trenta giorni. Entro quindici giorni dalla scadenza di detto periodo, viene disposto un nuovo sopralluogo, anche senza preavviso. In caso di ulteriore rifiuto, la Direzione centrale adotta il provvedimento di revoca dell'accreditamento.

3. L'attività di vigilanza è svolta dai valutatori incaricati ai sensi dell'articolo 3, comma 2. All'esito del sopralluogo, il gruppo di valutazione redige un verbale contenente gli esiti dell'attività di vigilanza e la descrizione delle eventuali non conformità accertate.

4. Qualora il gruppo di valutazione accerti la non conformità a uno o più requisiti di accreditamento, la Direzione centrale, sulla base di quanto riportato nel verbale, adotta il provvedimento di sospensione dell'accreditamento per un periodo di trenta giorni, prescrivendo l'adeguamento ai predetti requisiti. Alla scadenza del termine di sospensione, la Direzione centrale procede alla verifica dell'adeguamento e, in caso di mancato adeguamento, dispone la revoca dell'accreditamento.

5. Nelle fattispecie di cui ai precedenti commi, prima dell'adozione del provvedimento di revoca dell'accreditamento, la Direzione centrale invita la struttura a produrre documenti e osservazioni, che vengono valutati dal gruppo di riesame con le modalità di cui all'articolo 17. Qualora il gruppo di riesame ritenga rilevanti i documenti o le osservazioni prodotti dalla struttura, la Direzione centrale può disporre un nuovo sopralluogo o prescrivere interventi di adeguamento; qualora, invece, ritenga non rilevanti o infondati i predetti documenti e osservazioni, adotta il provvedimento di sospensione o di revoca dell'accreditamento.

6. Le ipotesi di sospensione e revoca dell'accreditamento non comportano la sospensione o la revoca dell'autorizzazione; l'eventuale sospensione o revoca dell'autorizzazione comporta automaticamente la sospensione o la revoca dell'accreditamento.

7. La comunicazione di dati non veritieri, rilevata dalla Direzione centrale nelle fasi istruttorie di cui al presente regolamento, ovvero nelle fasi di monitoraggio o di vigilanza, comporta il diniego del rilascio dell'accreditamento o la revoca dello stesso, ove già concesso; resta fermo quanto previsto dall'art. 76, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*".

8. La revoca dell'accreditamento comporta la risoluzione dell'eventuale accordo contrattuale stipulato con l'Azienda sanitaria competente per territorio.

Art. 23
(Norma transitoria)

1. Nelle more dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 65 commi 6 e 7 della legge regionale 22/2019, continua ad applicarsi la disciplina regionale vigente in tema di finanziamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.

Art. 24
(Entrata in vigore)

1. Il presente regolamento entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

ALLEGATO A

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI RESIDENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (ARTICOLO 1, COMMA 3)

REQUISITI RESIDENZE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

N.	Requisito	Essenziale
REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E GESTIONE DELLE TECNOLOGIE		
SR1	La Residenza dispone di una adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna e finiture dei locali atte a consentire il facile orientamento spaziale degli utenti	
SR2	La Residenza è dotata di un angolo bar o almeno di un distributore automatico di bevande calde e fredde	
SR3	Nelle stanze è garantita una temperatura non inferiore a 20° C nella stagione invernale e non superiore a 28° C nella stagione estiva.	
SR4	La Residenza ha adottato un piano per il monitoraggio periodico degli interventi necessari a garantire la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi e dei regolamenti di settore	
SR5	Il personale è formato e coinvolto per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro	
SR6	La Residenza ha adottato un programma di formazione che include periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, attrezzature e verifica della conoscenza da parte del personale utilizzatore	
ORGANIZZAZIONE E DIREZIONE DELLA STRUTTURA		
SR7	La Residenza ha adottato un documento di pianificazione strategica del servizio, coerente con le scelte della programmazione sociosanitaria dell'ambito territoriale di riferimento	
SR8	La Residenza ha adottato un piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità)	
SR9	La Residenza ha definito le modalità e gli indicatori utili alla verifica annuale degli obiettivi indicati nella pianificazione e loro sistema di utilizzo	
SR10	La Residenze promuove attività di integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio e partecipa a modelli di continuità assistenziale	
SR11	La Residenza ha identificato una figura di coordinamento e collegamento con l'Azienda sanitaria e con gli altri servizi del territorio per garantire la costante e reciproca comunicazione e favorire la continuità assistenziale	essenziale
SR12	La Residenza utilizza un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle Aziende Sanitarie, garantisce il lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe multidisciplinare	
SR13	<p>La Residenza ha redatto e aggiornato, in caso di variazione, la Carta dei diritti e dei servizi.</p> <p>Il documento descrive almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> – finalità e principi fondamentali dell'erogazione dei servizi; – modello organizzativo e sistema della responsabilità; – modalità di accesso e di erogazione del servizio; – regole di vita comunitaria; – impegni assunti nei confronti di utenti e familiari/cargiver – servizi offerti e relativi standard di qualità, con evidenza dei servizi posti a carico dell'utente e non ricompresi nella retta; – modalità di tutela e partecipazione dei residenti e dei loro familiari; – descrizione di una giornata tipo delle persone prese in carico con indicazione delle attività svolte per fasce orarie. <p>Il documento deve essere pubblicato sul sito web della Residenza e revisionato periodicamente.</p>	essenziale

SISTEMI INFORMATIVI		
SR14	La Residenza ha identificato nell'organigramma un responsabile dei sistemi informativi.	
SR15	La Residenza garantisce la raccolta, la tracciatura e la trasmissione informatizzata di dati secondo le disposizioni regionali e nazionali tale da permettere il monitoraggio continuo delle attività.	essenziale
SR16	La Residenza ha definito e regolamentato le procedure di accesso agli archivi nel rispetto delle norme in materia di trattamento dei dati.	essenziale
RISORSE UMANE, STANDARD ASSISTENZIALI, FORMAZIONE		
SR17	La Residenza garantisce almeno 90,2 minuti complessivi di assistenza al giorno per posto letto di tipologia N2 occupato di cui: <ul style="list-style-type: none"> • almeno 6 minuti di assistenza infermieristica al giorno per ospite • almeno 75 minuti di assistenza di base al giorno per ospite • almeno 5 minuti di assistenza riabilitativa al giorno per ospite • almeno 4,2 minuti di attività di animazione al giorno per ospite 	essenziale
SR18	La Residenza ha definito le modalità di sostituzione del personale in caso di assenza	
SR19	La Residenza ha individuato un responsabile del governo assistenziale in possesso di qualifica di infermiere.	
SR20	La Residenza ha definito e messo in atto un percorso di inserimento, affiancamento e valutazione per il nuovo personale, compreso il personale volontario e in tirocinio/stage, che tenga conto della complessità organizzativa (servizi offerti, organizzazione della struttura e bisogni degli utenti), della sicurezza e prevenzione del rischio, della umanizzazione.	essenziale
SR21	La Residenza effettua la valutazione dell'efficacia dei programmi di inserimento/affiancamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario.	
SR22	La Residenza predispone annualmente il piano di formazione-aggiornamento del personale con indicazione del responsabile e evidenza della partecipazione delle persone alle attività formative previste. Il piano di formazione deve prevedere: <ul style="list-style-type: none"> – il monitoraggio delle competenze professionali presenti nella struttura – la rilevazione dei fabbisogni formativi anche attraverso il coinvolgimento degli operatori – la programmazione delle attività formative – la valutazione della soddisfazione e dell'efficacia della formazione – la condivisione delle conoscenze acquisite – la formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione e tecniche strutturate di gestione dei conflitti – lo sviluppo di tematiche relative al miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale. 	essenziale
SR23	La Residenza acquisisce la documentazione comprovante la formazione e l'aggiornamento svolti in relazione all'attività prestata da personale esterno non alle dipendenze dell'ente titolare dell'autorizzazione.	
SR24	Almeno il 30% del personale infermieristico, riabilitativo e addetto all'assistenza di base ha partecipato con esito positivo ad un corso di formazione in tema di Valutazione Multidimensionale Val.Graf.-FVG.	

ORGANIZZAZIONE E REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO: PROCESSI, LINEE GUIDA, PROCEDURE		
SR25	La Residenza ha adottato un programma di animazione periodico con attività ricreative e occupazionali, socio-riabilitative e di partecipazione alla vita sociale e di comunità (incluse eventuali uscite dalla struttura).	
SR26	La Residenza ha adottato un programma periodico di attività motoria e di riattivazione funzionale.	
SR27	La Residenza ha adottato e reso disponibili le procedure per la prescrizione, la somministrazione, l'approvvigionamento e la conservazione dei farmaci. La procedura indica anche le modalità di smaltimento dei farmaci scaduti o mal conservati.	essenziale
SR28	La Residenza ha definito procedure/istruzioni operative per lo svolgimento delle principali attività di supporto: servizi alberghieri, di trasporto, pulizia degli arredi, delle attrezzature e degli ausili.	
SR29	La Residenza ha definito modalità di erogazione delle attività clinico-assistenziali nel rispetto dei valori e delle credenze degli utenti.	
SR30	La Residenza ha regolamentato le modalità per garantire la privacy e la riservatezza dell'utente.	
PRESA IN CARICO DEGLI UTENTI		
SR31	La Residenza ha definito modalità per la presa in carico degli utenti e individuato le relative responsabilità.	
SR32	La Residenza ha definito modalità di accoglienza in struttura che tengano in considerazione la gestione dell'impatto emotivo dell'utente e dei familiari al momento dell'ingresso	
SR33	<p>La Residenza ha definito una procedura per la definizione, l'attuazione, la valutazione e la riformulazione periodica del Piano di assistenza individuale (PAI) per ogni utente. Il PAI deve essere redatto entro 45-giorni dall'ingresso dell'utente in Residenza e riformulato almeno ogni 6 mesi.</p> <p>La procedura di definizione e adeguamento del PAI deve comprendere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutazione multidimensionale e multiprofessionale integrata con sistema Val.Graf.-FVG e eventuali altri strumenti riconosciuti in ambito scientifico • identificazione dei problemi e delle risorse; • definizione degli obiettivi, dei risultati attesi e dei tempi per il loro raggiungimento; • individuazione dell'operatore referente del PAI; • registrazione dell'equipe che ha partecipato alla stesura del PAI; • informazione e coinvolgimento dell'utente e/o della famiglia nella definizione del PAI; • modalità per garantire la presa visione dei PAI da parte di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale; • formalizzazione del PAI, con la descrizione delle attività specifiche, dei tempi indicativi di realizzazione, della frequenza e della responsabilità degli interventi; • la realizzazione di attività di verifica sul PAI (procedure, tempi e strumenti); • ridefinizione degli obiettivi sulla base dei risultati della valutazione. 	
CONTINUITA' ASSISTENZIALE		
SR34	La Residenza ha provveduto a definire le responsabilità per garantire la continuità dell'assistenza per tutta la durata della permanenza in struttura.	

SR35	La Residenza ha formalizzato e messo in atto protocolli/procedure per la continuità assistenziale degli utenti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno della Residenza, delle dimissioni degli utenti e delle riammissioni, nonché gestione degli eventuali ricoveri in ospedale – programmati o d'urgenza – e loro rientro), nonché per la gestione della comunicazione ai familiari in caso di ricovero in ospedale, aggravamento o decesso dell'utente.	essenziale
SR36	La Residenza ha adottato modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti, i processi di dimissione e in caso di ricovero in ospedale (programmato o d'urgenza).	
SR37	La Residenza ha adottato e diffuso procedure per consentire che tutta la documentazione relativa all'utente sia a disposizione degli operatori in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione degli utenti.	
SR38	La Residenza ha adottato modalità per assicurare la gestione del dolore e le cure palliative, quando necessario, anche attraverso il supporto dei servizi competenti del territorio.	
COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE E CONSENSO		
SR39	La Residenza si è dotata di un sito web nel quale devono essere pubblicate almeno le seguenti informazioni/documenti: <ul style="list-style-type: none"> • livello autorizzativo posseduto, tipologia di nuclei autorizzati e capacità ricettiva • descrizione della struttura (spazi individuali e spazi collettivi) • descrizione dei servizi erogati • struttura organizzativa con indicazione dei livelli di responsabilità e coordinamento • modalità di accesso, trasferimenti e dimissioni • rette praticate con descrizione delle regole di pagamento, dei servizi ricompresi nella retta e di quelli non inclusi con evidenza dei costi aggiuntivi • contratto di accoglienza • carta dei Servizi e regolamento interno 	essenziale
SR40	Sono presenti, oltre il consenso informato, modalità documentate per fornire informazioni con sistematicità sulle condizioni cliniche e i trattamenti previsti, al fine di consentire la partecipazione attiva dell'utente e della famiglia nelle scelte clinico-assistenziali e nei percorsi di cura.	
SR41	Tutto il personale deve portare un cartellino che ne permetta l'univoca identificazione personale e per qualifica.	
VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO E DEGLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA		
SR42	La Residenza ha adottato e diffuso un programma per la prevenzione dei rischi, con l'identificazione di settori, pratiche, procedure e processi potenzialmente rischiosi per utenti, operatori e visitatori, almeno per quanto riguarda cadute, lesioni da pressione, utilizzo di farmaci, rischio infettivo.	essenziale
SR43	La Residenza ha stabilito e diffuso le modalità per il monitoraggio degli eventi avversi e adottato un sistema di segnalazione.	
SR44	Gli eventi avversi sono analizzati al fine di ridurre il rischio al minimo accettabile, in una logica gestionale proattiva e i risultati sono comunicati agli operatori.	
SR45	La Residenza implementa le raccomandazioni della rete di Cure Sicure inerenti il proprio settore di attività.	
VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'		
SR46	La Residenza ha designato un Responsabile della qualità con potere di attivare programmi di miglioramento della qualità.	essenziale
SR47	La Residenza ha approvato e diffuso un piano, almeno triennale, per il miglioramento della qualità che individua l'ordine di priorità dei processi da monitorare e delle attività di miglioramento da implementare e specifica obiettivi, responsabilità, risorse, tempi ed indicatori di verifica.	essenziale

SR48	Il piano di miglioramento della qualità è sottoposto periodicamente, almeno ogni tre anni, a revisione (coerenza, svolgimento, risultati, costi, ecc.).	
SR49	Il piano di cui al punto precedente individua tra le priorità un programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza alle persone con demenza.	
SR50	Sono presenti report relativi alle attività di valutazione e delle azioni di miglioramento intraprese a seguito della valutazione	
SR51	La Residenza ha adottato modalità esplicite per la comunicazione dei risultati della qualità del servizio alle parti interessate interne ed esterne (es. utenti, familiari/caregiver, operatori e servizi territoriali)	
SR52	La Residenza garantisce la partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione	
VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE, MODALITA' DI PREVENZIONE E GESTIONE DEI DISSERVIZI		
SR53	La Residenza mette in atto attività periodiche di monitoraggio e valutazione finalizzata a migliorare il livello di motivazione e benessere del personale e del clima organizzativo, favorire l'adesione ai cambiamenti organizzativi e prevenire fenomeni di burn out del personale, anche attraverso l'uso di strumenti volti a: <ul style="list-style-type: none"> • misurare la soddisfazione, • raccogliere le segnalazioni/i suggerimenti degli operatori • facilitare momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità I risultati dei monitoraggi e delle valutazioni sono diffusi al personale.	
SR54	La Residenza promuove attività di sostegno per gli operatori finalizzate al mantenimento delle motivazioni e delle attitudini personali, delle conoscenze e capacità relazionali, orientate alla prevenzione del fenomeno del burn out.	
SR55	La Residenza ha stabilito le modalità di ascolto degli utenti e dei loro familiari attraverso la raccolta di segnalazioni/reclami, l'ascolto attivo e/o la valutazione della soddisfazione degli utenti.	
SR56	La Residenza utilizza e diffonde i dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate.	
GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE		
SR57	La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani.	essenziale
SR58	La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano un'adeguata prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in conformità al programma regionale.	essenziale
SR59	La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano un'adeguata prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione.	essenziale
SR60	La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione del rischio di danno all'utente a seguito di caduta accidentale.	essenziale
SR61	La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale.	essenziale
SR62	La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano la valutazione e la gestione del rischio di disidratazione.	essenziale
SR63	La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure per la sistematica valutazione e gestione del dolore di qualsiasi origine, che tengano in considerazione anche strumenti di valutazione del dolore negli ospiti con deficit cognitivi o non in grado di verbalizzare, rivalutazione periodica del dolore e dell'efficacia del trattamento.	

SR64	La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure per la prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi, auto etero lesivi, da non adesione al trattamento e da volontà di allontanamento della persona assistita in linea con le raccomandazioni regionali per il superamento della contenzione.	essenziale
SR65	La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure per la somministrazione dell'ossigenoterapia.	
SR66	La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona portatrice di tracheostomia.	
SR67	La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona portatrice di PEG o SNG.	
SR68	La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona portatrice di stomie a scopo evacuativo o per eliminazione urinaria.	
SR69	La Residenza ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona con ausili per l'incontinenza.	
GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SOCIOSANITARIA		
SR70	Per ogni utente è presente un fascicolo sociosanitario contenente la raccolta delle informazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali di ciascun utente	essenziale
SR71	La Residenza ha adottato istruzioni operative per la compilazione del fascicolo sociosanitario comprensiva almeno di: <ul style="list-style-type: none"> • modalità di redazione, aggiornamento, conservazione e verifica della documentazione; • definizione dei tempi di accesso alla stessa da parte di utenti e/o familiari/caregiver, previo consenso da parte dell'interessato; • identificazione delle responsabilità per la compilazione; • modalità di trasmissione dei dati clinico-assistenziali al fine di assicurare la gestione interdisciplinare e interprofessionale dei bisogni sanitari e assistenziali. 	
SR72	Nel fascicolo sociosanitario sono disponibili almeno le seguenti informazioni: <ul style="list-style-type: none"> • valutazione multidimensionale e/o di funzionalità attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione, dimissione e con periodicità stabilita; • anamnesi ed esame obiettivo; • prescrizioni diagnostiche; • prescrizioni e somministrazioni terapeutiche; nel caso di prescrizione di psicofarmaci riscontro del coinvolgimento del Servizio inviante; • annotazioni sul decorso clinico dell'utente ed eventuali rivalutazioni dello stesso; • reazioni avverse; • valutazione del dolore, la terapia antalgica e il risultato antalgico; • registrazione, all'accoglimento e durante il soggiorno nella Residenza, di dati di tipo assistenziale; • registrazione di interventi valutativi ed assistenziali di tutti i professionisti ed operatori dell'equipe multiprofessionale e multidisciplinare; • consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto; • referti/rapporti di consulenza. 	
SR73	La Residenza ha formalizzato e messo in atto modalità per garantire la privacy, la riservatezza delle informazioni, la gestione della sicurezza nell'accesso e la tenuta della documentazione sociosanitaria, compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia.	
SR74	La Residenza ha adottato e attua procedure per il monitoraggio e la verifica periodica della completezza nella compilazione del fascicolo.	

ALLEGATO B

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (ARTICOLO 1, COMMA 3)

REQUISITI SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

N.	Requisito	Essenziale
REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E GESTIONE DELLE TECNOLOGIE		
SR1	Il Servizio dispone di una adeguata segnaletica di orientamento esterna ed interna e finiture dei locali atte a consentire il facile orientamento spaziale degli utenti	
SR2	Negli ambienti è garantita una temperatura non inferiore a 20° C nella stagione invernale e non superiore a 28° C nella stagione estiva.	
SR3	Il Servizio ha adottato un piano per il monitoraggio periodico degli interventi necessari a garantire la sicurezza nel rispetto delle leggi e dei regolamenti di settore	
SR4	Il personale è formato e coinvolto per la sicurezza del servizio e dell'ambiente di lavoro	
ORGANIZZAZIONE E DIREZIONE DEL SERVIZIO		
SR5	Il Servizio ha adottato un documento di pianificazione strategica del servizio, coerente con le scelte della programmazione sociosanitaria dell'ambito territoriale di riferimento	
SR6	Il Servizio ha adottato un piano annuale delle attività (obiettivi di budget, di attività, di qualità)	
SR7	Il Servizio ha definito le modalità e gli indicatori utili alla verifica annuale degli obiettivi indicati nella pianificazione e loro sistema di utilizzo	
SR8	Il Servizio promuove attività di integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del territorio e partecipa a modelli di continuità assistenziale	
SR9	Il Servizio ha identificato una figura di coordinamento e collegamento con l'Azienda sanitaria e con gli altri servizi del territorio per garantire la costante e reciproca comunicazione e favorire la continuità assistenziale	essenziale
SR10	Il Servizio utilizza un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle Aziende Sanitarie, garantisce il lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe multidisciplinare	
SR11	<p>Il Servizio ha redatto e aggiornato, in caso di variazione, la Carta dei diritti e dei servizi.</p> <p>Il documento descrive almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> – finalità e principi fondamentali dell'erogazione dei servizi; – modello organizzativo e sistema della responsabilità; – modalità di accesso e di erogazione del servizio; – regole di vita comunitaria; – impegni assunti nei confronti di utenti e familiari/cargiver – servizi offerti e relativi standard di qualità, con evidenza dei servizi posti a carico dell'utente e non ricompresi nella retta; – modalità di tutela e partecipazione dei residenti e dei loro familiari; – descrizione di una giornata tipo delle persone prese in carico con indicazione delle attività svolte per fasce orarie. <p>Il documento deve essere pubblicato sul sito web del Servizio e revisionato periodicamente.</p>	essenziale

SISTEMI INFORMATIVI		
SR12	Il Servizio ha identificato nell'organigramma un responsabile dei sistemi informativi.	
SR13	Il Servizio garantisce la raccolta, la tracciatura e la trasmissione informatizzata di dati secondo le disposizioni regionali e nazionali tale da permettere il monitoraggio continuo delle attività.	essenziale
SR14	Il Servizio ha definito e regolamentato le procedure di accesso agli archivi nel rispetto delle norme in materia di trattamento dei dati.	essenziale
RISORSE UMANE, STANDARD ASSISTENZIALI, FORMAZIONE		
SR15	Il Servizio ha definito le modalità di sostituzione del personale in caso di assenza	
SR16	Il Servizio ha definito e messo in atto un percorso di inserimento, affiancamento e valutazione per il nuovo personale, compreso il personale volontario e in tirocinio/stage, che tenga conto della complessità organizzativa (servizi offerti, organizzazione della struttura e bisogni degli utenti), della sicurezza e prevenzione del rischio, della umanizzazione.	essenziale
SR17	Il Servizio effettua la valutazione dell'efficacia dei programmi di inserimento/affiancamento dei nuovi addetti e l'eventuale miglioramento degli stessi se necessario.	
SR18	Il Servizio predispone annualmente il piano di formazione-aggiornamento del personale con indicazione del responsabile e evidenza della partecipazione delle persone alle attività formative previste. Il piano di formazione deve prevedere: <ul style="list-style-type: none"> – il monitoraggio delle competenze professionali presenti nella struttura – la rilevazione dei fabbisogni formativi anche attraverso il coinvolgimento degli operatori – la programmazione delle attività formative – la valutazione della soddisfazione e dell'efficacia della formazione – la condivisione delle conoscenze acquisite – la formazione del personale di contatto con il pubblico che includa comunicazione e tecniche strutturate di gestione dei conflitti – lo sviluppo di tematiche relative al miglioramento della qualità organizzativa e assistenziale. 	essenziale
SR19	Il Servizio acquisisce la documentazione comprovante la formazione e l'aggiornamento svolti in relazione all'attività prestata da personale esterno non alle dipendenze dell'ente titolare dell'autorizzazione.	
ORGANIZZAZIONE E REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO: PROCESSI, LINEE GUIDA, PROCEDURE		
SR20	Il Servizio ha adottato un programma di animazione periodico con attività ricreative e occupazionali, socio-riabilitative e di partecipazione alla vita sociale e di comunità (incluse eventuali uscite dal Servizio).	
SR21	Il Servizio ha adottato un programma periodico di attività motoria e di riattivazione funzionale.	
SR22	Il Servizio ha adottato e reso disponibili le procedure per la prescrizione, la somministrazione, l'approvvigionamento e la conservazione dei farmaci. La procedura indica anche le modalità di smaltimento dei farmaci scaduti o mal conservati.	essenziale
SR23	Il Servizio ha definito procedure/istruzioni operative per lo svolgimento delle principali attività di supporto: servizi alberghieri, di trasporto, pulizia degli arredi, delle attrezzature e degli ausili.	
SR24	Il Servizio ha definito modalità di erogazione delle attività clinico-assistenziali nel rispetto dei valori e delle credenze degli utenti.	

SR25	Il Servizio ha regolamentato le modalità per garantire la privacy e la riservatezza dell'utente.	
PRESA IN CARICO DEGLI UTENTI		
SR26	Il Servizio ha definito modalità per la presa in carico degli utenti e individuato le relative responsabilità.	
SR27	Il Servizio ha definito modalità di accoglienza che tengano in considerazione la gestione dell'impatto emotivo dell'utente e dei familiari al momento dell'ingresso	
SR28	<p>Il Servizio ha definito una procedura per la definizione, l'attuazione, la valutazione e la riformulazione periodica del Piano di assistenza individuale (PAI) per ogni utente. Il PAI deve essere redatto entro 45 giorni dall'accoglimento dell'utente e riformulato almeno ogni 6 mesi.</p> <p>La procedura di definizione e adeguamento del PAI deve comprendere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutazione multidimensionale e/o di funzionalità attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni dell'ospite • identificazione dei problemi e delle risorse; • definizione degli obiettivi, dei risultati attesi e dei tempi per il loro raggiungimento; • individuazione dell'operatore referente del PAI; • registrazione dell'equipe che ha partecipato alla stesura del PAI; • informazione e coinvolgimento dell'utente e/o della famiglia nella definizione del PAI; • modalità per garantire la presa visione dei PAI da parte di tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale; • formalizzazione del PAI, con la descrizione delle attività specifiche, dei tempi indicativi di realizzazione, della frequenza e della responsabilità degli interventi; • la realizzazione di attività di verifica sul PAI (procedure, tempi e strumenti); • ridefinizione degli obiettivi sulla base dei risultati della valutazione. 	
COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE E CONSENSO		
SR29	<p>Il Servizio si è dotato di un sito web nel quale devono essere pubblicate almeno le seguenti informazioni/documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • descrizione del Servizio • descrizione dei servizi erogati. • struttura organizzativa con indicazione dei livelli di responsabilità e coordinamento • modalità di accesso, trasferimenti e dimissioni • rette praticate con descrizione delle regole di pagamento, dei servizi ricompresi nella retta e di quelli non inclusi con evidenza dei costi aggiuntivi • contratto di accoglienza • carta dei Servizi e regolamento interno 	essenziale
SR30	Sono presenti, oltre il consenso informato, modalità documentate per fornire informazioni con sistematicità sulle condizioni cliniche e i trattamenti previsti, al fine di consentire la partecipazione attiva dell'utente e della famiglia nelle scelte clinico-assistenziali e nei percorsi di cura.	
SR31	Tutto il personale deve portare un cartellino che ne permetta l'univoca identificazione personale e per qualifica.	
VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO E DEGLI EVENTI AVVERSI CORRELATI ALLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE E PROMOZIONE DELLA SICUREZZA		
SR32	Il Servizio ha adottato e diffuso un programma per la prevenzione dei rischi, con l'identificazione di settori, pratiche, procedure e processi potenzialmente rischiosi per utenti, operatori e visitatori, almeno per quanto riguarda cadute, lesioni da pressione, utilizzo di farmaci, rischio infettivo.	essenziale

SR33	Il Servizio ha stabilito e diffuso le modalità per il monitoraggio degli eventi avversi e adottato un sistema di segnalazione.	
SR34	Gli eventi avversi sono analizzati al fine di ridurre il rischio al minimo accettabile, in una logica gestionale proattiva e i risultati sono comunicati agli operatori.	
SR35	Il Servizio implementa le raccomandazioni della rete di Cure Sicure inerenti il proprio settore di attività.	
VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'		
SR36	Il Servizio ha designato un Responsabile della qualità con potere di attivare programmi di miglioramento della qualità.	essenziale
SR37	Il Servizio ha approvato e diffuso un piano, almeno triennale, per il miglioramento della qualità che individua l'ordine di priorità dei processi da monitorare e delle attività di miglioramento da implementare e specifica obiettivi, responsabilità, risorse, tempi ed indicatori di verifica.	essenziale
SR38	Il piano di miglioramento della qualità è sottoposto periodicamente, almeno ogni tre anni, a revisione (coerenza, svolgimento, risultati, costi, ecc.).	
SR39	Sono presenti report relativi alle attività di valutazione e delle azioni di miglioramento intraprese a seguito della valutazione	
SR40	Il Servizio ha adottato modalità esplicite per la comunicazione dei risultati della qualità del servizio alle parti interessate interne ed esterne (es. utenti, familiari/caregiver, operatori e servizi territoriali)	
SR41	Il Servizio garantisce la partecipazione del personale allo svolgimento delle attività di valutazione	
VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE, MODALITA' DI PREVENZIONE E GESTIONE DEI DISSERVIZI		
SR42	<p>Il Servizio mette in atto attività periodiche di monitoraggio e valutazione finalizzata a migliorare il livello di motivazione e benessere del personale e del clima organizzativo, favorire l'adesione ai cambiamenti organizzativi e prevenire fenomeni di burn out del personale, anche attraverso l'uso di strumenti volti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • misurare la soddisfazione, • raccogliere le segnalazioni/i suggerimenti degli operatori • facilitare momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità <p>I risultati dei monitoraggi e delle valutazioni sono diffusi al personale.</p>	
SR43	Il Servizio promuove attività di sostegno per gli operatori finalizzate al mantenimento delle motivazioni e delle attitudini personali, delle conoscenze e capacità relazionali, orientate alla prevenzione del fenomeno del burn out.	
SR44	Il Servizio ha stabilito le modalità di ascolto degli utenti e dei loro familiari attraverso la raccolta di segnalazioni/reclami, l'ascolto attivo e/o la valutazione della soddisfazione degli utenti.	
SR45	Il Servizio utilizza e diffonde i dati derivanti dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione per il miglioramento della qualità dei processi sulla base delle criticità riscontrate.	
GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE		
SR46	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani.	essenziale
SR47	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano un'adeguata prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in conformità al programma regionale.	essenziale
SR48	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano un'adeguata prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione.	essenziale

SR49	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione del rischio di danno all'utente a seguito di caduta accidentale.	essenziale
SR50	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano la valutazione e la gestione del rischio nutrizionale.	essenziale
SR51	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure che garantiscano la valutazione e la gestione del rischio di disidratazione.	essenziale
SR52	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi, auto etero lesivi, da non adesione al trattamento e da volontà di allontanamento della persona assistita in linea con le raccomandazioni regionali per il superamento della contenzione.	essenziale
SR53	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la somministrazione dell'ossigenoterapia.	
SR54	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona portatrice di tracheostomia.	
SR55	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona portatrice di PEG o SNG.	
SR56	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona portatrice di stomie a scopo evacuativo o per eliminazione urinaria.	
SR57	Il Servizio ha adottato e vengono applicate procedure per la gestione della persona con ausili per l'incontinenza.	
GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SOCIOSANITARIA		
SR58	Per ogni utente è presente un fascicolo sociosanitario contenente la raccolta delle informazioni sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali di ciascun utente	essenziale
SR59	Il Servizio ha adottato istruzioni operative per la compilazione del fascicolo sociosanitario comprensiva almeno di: <ul style="list-style-type: none"> • modalità di redazione, aggiornamento, conservazione e verifica della documentazione; • definizione dei tempi di accesso alla stessa da parte di utenti e/o famigliari/caregiver, previo consenso da parte dell'interessato; • identificazione delle responsabilità per la compilazione; • modalità di trasmissione dei dati clinico-assistenziali al fine di assicurare la gestione interdisciplinare e interprofessionale dei bisogni sanitari e assistenziali. 	
SR60	Nel fascicolo sociosanitario sono disponibili almeno le seguenti informazioni: <ul style="list-style-type: none"> • valutazione multidimensionale e/o di funzionalità attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione, dimissione e con periodicità stabilita; • anamnesi ed esame obiettivo; • prescrizioni diagnostiche; • prescrizioni e somministrazioni terapeutiche; nel caso di prescrizione di psicofarmaci riscontro del coinvolgimento del Servizio inviante; • annotazioni sul decorso clinico dell'utente ed eventuali rivalutazioni dello stesso; • reazioni avverse; • valutazione del dolore, la terapia antalgica e il risultato antalgico; • registrazione, all'accoglimento e durante il soggiorno nel Servizio, di dati di tipo assistenziale; • registrazione di interventi valutativi ed assistenziali di tutti i professionisti ed operatori dell'equipe multiprofessionale e multidisciplinare; • consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto; 	

	<ul style="list-style-type: none">• referti/rapporti di consulenza.	
SR61	Il Servizio ha formalizzato e messo in atto modalità per garantire la privacy, la riservatezza delle informazioni, la gestione della sicurezza nell'accesso e la tenuta della documentazione sociosanitaria, compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia.	
SR62	Il Servizio ha adottato e attua procedure per il monitoraggio e la verifica periodica della completezza nella compilazione del fascicolo.	