

**PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) E PIANO NAZIONALE
COMPLEMENTARE (PNC)
MISSIONE M6 – SALUTE**

**COMPONENTE C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
(FONDI PNRR)**

**M6.C1 – 1.1 CASE DELLA COMUNITÀ E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA
Lavori di ristrutturazione manutenzione straordinaria e riqualificazione energetica
della Struttura Polifunzionale ed Amministrativa
Via Jaseppa di Scanu, Comune di Arzachena**

*DIP art 14 DPR 207/2010 in vigore ai sensi dell'art 216 comma 4 del DLGS 50/2016 richiamato dall'art. 23 comma 3
nelle more dell'emanazione dello specifico Decreto previsto dal medesimo comma*

**ALLEGATO 2
REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E APPROVAZIONE
PRELIMINARE DEI REQUISITI ULTERIORI DI ACCREDITAMENTO
ISTITUZIONALE**

Data: Ottobre 2022

ASL n° 2 della Gallura
RUP: Ing. Gian Nicola Ladu



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Scheda 28 – 2.

REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI
PRESIDIO SANITARIO DI ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ / CASA DI COMUNITÀ
ASSISTENZA TERRITORIALE SPOKE

Il Presidio sanitario di assistenza di prossimità/Casa di comunità (C.d.C.) quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge, in sintesi, le seguenti funzioni:

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i servizi correlati;
- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo dove la comunità ricomponi il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

È un luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

Rappresenta il luogo in cui il Sistema Sanitario Nazionale e Regionale si integra con i servizi sociali proponendo un raccordo intersettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto della dimensione personale dell'assistito.

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello *hub e spoke*.

Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT "Aggregazioni Funzionali Territoriali" e UCCP "Unità Complesse di Cure Primarie") sono ricomprese nelle Case di Comunità avendone in esse la sede fisica **oppure collegate funzionalmente**.

Normative di riferimento: DM 71 Allegato 1 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Nazionale" approvato con Delibera del Consiglio dei Ministri del 21/04/2022; Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità 2016; Piano nazionale della prevenzione 2014-2018; DPCM del 12/01/2017; D.L. n. 34 del 19/05/2020; Legge n. 77 del 17/07/2020; L.R. 24/2020; DGR 9/22 del 24/03/2022 Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-2024.

		SI	NO	NA	DA
1. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI GENERALI		SI			
<i>L'organizzazione che eroga l'assistenza territoriale:</i>		=	=	=	=
1.1 AU - Ricettività		=	=	=	=
a)	dispone di una struttura fisica che permette la presa in carico della comunità di riferimento in linea con quanto previsto dal Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-2024;				
b)	dispone, nella struttura fisica, di una équipe multiprofessionale costituita da:				
	a. medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS),				
	b. medici specialisti,				
	c. infermieri di famiglia e di comunità,				
	d. altri professionisti della salute,				
	e. assistenti sociali;				
1.2 AU - Normative di riferimento (vedi scheda 01 – 1.)		=	=	=	=
a)	la struttura è realizzata nel rispetto dei requisiti previsti dalle vigenti leggi				
	in materia di protezione antisismica,				
	b. protezione antincendio,				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(segue) 1. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI GENERALI		SI	NO	NA	DA
	c. protezione acustica,				
	d. sicurezza e continuità elettrica,				
	e. sicurezza anti-infortunistica,				
	f. igiene dei luoghi di lavoro,				
	g. protezione da [e] radiazioni ionizzanti,				
	h. barriere architettoniche,				
	i. smaltimento dei rifiuti,				
	j. condizioni microclimatiche,				
	k. impianti fissi o mobili di distribuzione dei gas,				
	l. materiali esplosivi;				
	e secondo quanto riportato nella Scheda 01 – 1. “Requisiti generali autorizzativi” che sono i requisiti minimi autorizzativi che devono essere soddisfatti da tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private per l'esercizio dell'attività sanitaria.				
1.3 AU - Accessibilità		=	=	=	=
a)	il percorso di accesso alla struttura:				
	è privo di barriere architettoniche;				
	consente il passaggio agevole di letto/barella/ausili per mobilità e deambulazione;				
	è dotato di mezzo meccanico (ascensore/elevatore) dedicato e dimensionato per permettere il trasporto almeno del letto/barella e di un accompagnatore.				

2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI		SI	NO	NA	DA
2.1 AU – Aspetti strutturali		=	=	=	=
l'organizzazione che eroga l'assistenza territoriale di prossimità dispone di locali e spazi quali:		=	=	=	=
a)	sala d'attesa che consente l'ospitalità degli utenti, garantendo condizioni di confort e di sicurezza secondo i seguenti indicatori:				
	a. superficie minima non inferiore a 9 mq e comunque rapportata ad uno standard di almeno 1.30 mq/utente presente;				
	b. posti a sedere in numero sufficiente per garantire l'accoglienza a tutti gli utenti mediamente presenti;				
	c. locale destinato a bagno per gli utenti opportunamente dimensionato anche per i diversamente abili con caratteristiche strutturali, impiantistiche e dotazioni corrispondenti a quelle indicate nell'apposita scheda 02 – 1.				
	d. impianto di climatizzazione che regola il mantenimento dei parametri termigrometrici secondo le vigenti prescrizioni normative;				
	e. illuminazione e areazione naturale opportunamente integrate con sistemi artificiali che garantiscono il mantenimento dei parametri entro i limiti previsti dalle vigenti normative in materia.				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(segue) 2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI		SI	NO	NA	DA
(segue) 2.1 AU – Aspetti strutturali		=	=	=	=
l'organizzazione che eroga l'assistenza territoriale dispone di locali e spazi quali:		=	=	=	=
b)	locali per le attività di accettazione, amministrazione e archivio le cui caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni adeguate al numero di utenti assistiti e all'attività svolta (Punto Unico di Accesso);				
c)	spogliatoi del personale con servizi igienici annessi rapportati al numero delle persone presenti in ogni turno di lavoro (la dimensione standard di riferimento è di 0,50 mq/persona presente e di almeno 2,50 mq per ogni servizio igienico.);				
d)	servizi igienici divisi per sesso, per il personale, almeno un servizio igienico ogni 10 operatori presenti, completi di:				
	a. doccia,				
	b. WC e bidet o vaso bidet,				
e)	c. lavabo;				
	almeno un servizio igienico accessibile a portatori di disabilità, con le seguenti caratteristiche strutturali, di arredo e dotazioni:				
	a. lavabo,				
	b. WC e bidet o vaso bidet,				
	c. rotazione di 360° all'interno del servizio igienico,				
	d. accostamento laterale al WC,				
	e. accostamento frontale al lavabo ed al bidet,				
	f. apertura della porta che consente l'agevole accesso degli utenti secondo quanto previsto dalle vigenti normative in materia,				
f)	g. presenza di maniglioni e corrimano di sostegno,				
	h. presenza di sistemi di chiamata di emergenza;				
	locali visite e medicazioni "Ambulatorio Medico" (vedi scheda 05 – 1.);				
	se presente altra tipologia di ambulatorio vedi:				
	a. locali visite e medicazioni "Ambulatorio Chirurgico" (vedi scheda 05 – 2.);				
	b. locali visite e medicazioni "Ambulatorio Odontoiatrico" (vedi scheda 05 – 3.);				
g)	c. locali visite e medicazioni "Ambulatorio Endoscopico" (vedi scheda 05 – 4.);				
	d. locali visite per "Centri Vaccinali" (vedi scheda 05 – 5.);				
	e. locali per attività "Ambulatorio Recupero e Riabilitazione Funzionale" (vedi scheda 05 – 6.);				
h)	punto prelievi (vedi scheda 13 – 2.) (facoltativo)				
i)	ambulatori per i Servizi infermieristici con le caratteristiche dell'ambulatorio medico (vedi scheda 05 – 1.);				
j)	locali di lavoro per l'Assistenza Domiciliare (vedi scheda 26 – 1.);				
	locali/spazi (es. armadi) ad uso deposito del materiale pulito;				

(segue) 2. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI		SI	NO	NA	DA
(segue) 2.1 AU – Aspetti strutturali		=	=	=	=
l'organizzazione che eroga l'assistenza territoriale dispone di locali e spazi quali:		=	=	=	=



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

k)	locali/spazi (es. armadi) ad uso magazzino sanitario da gestire in conformità alle normative in materia di tenuta dei farmaci e dei presidi sanitari (vedi scheda 04-1.);				
l)	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;				
m)	locali per l'attività del Servizio di Continuità Assistenziale; (<i>facoltativo</i>)				
2.2 AU – Aspetti Impiantistici e Tecnologici		=	=	=	=
<i>l'organizzazione garantisce che tutti i locali presentino:</i>					
n)	illuminazione naturale;				
o)	superficie finestrata \geq ad 1/8 della superficie del pavimento;				
p)	pavimenti lavabili e disinfettabili, e pareti con rivestimento impermeabile e lavabile sino ad un'altezza di 2 m;				
a)	impianto di illuminazione generale, progettato secondo i criteri illuminotecnici previsti dalle vigenti normative per la tipologia di ambienti;				
b)	impianto di climatizzazione tale da garantire che la temperatura estiva e invernale sia compatibile con il benessere termico dei ricoverati, ossia temperatura interna tra i 20° e i 24°;				
c)	impianto di erogazione ossigeno stabile o mobile;				
d)	carrello per la gestione dell'emergenza (vedi scheda 05 – 1.);				
e)	dotazioni tecnologiche idonee a garantire assistenza ordinaria e in emergenza, compresi (<i>facoltativo</i>) dispositivi diagnostici di base;				
f)	strumenti di telemedicina;				
g)	attrezzature per mobilitazione/mobilità compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti;				
Tutti i locali devono essere in possesso dei requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente (vedi scheda 01 – 1.).		=	=	=	=

3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI		SI	NO	NA	DA
3.1 AU - Responsabilità e personale		=	=	=	=
<i>l'organizzazione garantisce:</i>		=	=	=	=
3.1.1 AU - Responsabilità dell'organizzazione		=	=	=	=
a)	la gestione e l'attività della struttura basate su un approccio multidisciplinare, multi-professionale e interprofessionale;				
b)	la collaborazione e l'integrazione delle diverse competenze;				
c)	la gestione delle attività da parte dell'organizzazione distrettuale;				
d)	la dotazione organica commisurata alla tipologia e ai volumi delle prestazioni erogate;				
3.1.2 AU - Requisiti organizzativi e standard assistenziali		=	=	=	=
la C.d.C. spoke garantisce la presenza dei seguenti professionisti, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale:					
a)	équipe multiprofessionali con:				
	a. MMG,				
	b. PLS,				
	c. Continuità assistenziale, (<i>facoltativo</i>)				
	d. Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti,				
	e. Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie,				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

	f. presenza medica H12 6 giorni su 7 (lunedì-sabato),				
	g. presenza infermieristica H12 6 giorni su 7 (lunedì-sabato),				
b)	garantisce, presso la C.d.C., l'assistenza medica H12 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti all'AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) del Distretto di riferimento con attività ambulatoriale aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti;				
c)	la C.d.C. garantisce l'erogazione dei seguenti servizi anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza:				
	a. Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario,				
	b. Punto prelievi, (facoltativo)				
	c. Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base anche attraverso strumenti di telemedicina, ove previsto,				
	d. Servizi ambulatoriali specialistici per patologie ad elevata prevalenza:				
	i. cardiologia,				
	ii. pneumologia,				
	iii. diabetologia, etc.				
	e. Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC),				
	f. Ambulatori infermieristici per la gestione delle cronicità e per la risoluzione di bisogni occasionali,				
	g. Interventi di prevenzione collettiva e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori familiari e l'attività rivolta ai minori che si articolano con il mondo educativo e scolastico per specifici interventi sulla popolazione 0-18, ove previsto				

(segue) 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI		SI	NO	NA	DA
(segue) 3.1 AU - Responsabilità e personale		=	=	=	=
(segue) 3.1.2 AU - Requisiti organizzativi e standard assistenziali		=	=	=	=
	h. Attività di Profilassi vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità, in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione, ove previsto				
	i. Programmi di screening ove previsti,				
	j. Servizi per la Salute mentale, le Dipendenze patologiche e la Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza ove previsto,				
	k. Medicina dello Sport ove previsto,				
	l. Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale,				
	m Servizio di assistenza domiciliare di base,				
d)	garantisce la partecipazione della Comunità;				
e)	garantisce la valorizzazione della co-produzione attraverso le associazioni di cittadini e di volontariato;				
f)	garantisce l'integrazione con i servizi sociali;				
g)	garantisce il collegamento con la Casa di Comunità hub di riferimento;				



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

h)	i processi assistenziali sono coerenti con i criteri di gestione del rischio clinico in uso presso il Distretto/Azienda sanitaria di afferenza;				
	vengono promossi e assicurati:				
i)	a. la formazione continua del personale;				
	b. la valutazione degli interventi assistenziali;				
	c. il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;				
l'organizzazione garantisce:		=	=	=	=
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;				
	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)	d. certificazione BLSD (primo soccorso con defibrillatore semiautomatico) aggiornata;				
	e. sicurezza sul lavoro;				
	f. gestione del rischio clinico;				
	g. che esista evidenza della formazione;				
	h. l'effettuazione di programmi di formazione per il nuovo personale.				
3.2 AU - Procedure e gestione delle attività		=	=	=	=
3.2.1 AU - Tipologia di prestazioni e di servizi erogati		=	=	=	=
	che siano definiti:				
a)	a. il catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati;				
	b. le modalità di accesso;				
segue) 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI		SI	NO	NA	DA
3.2 AU - Procedure e gestione delle attività		=	=	=	=
l'organizzazione assicura:		=	=	=	=
	c. la gestione delle eventuali urgenze;				
b)	che sia redatta la Carta dei Servizi (vedi punto 3.2.12);				
c)	che siano indicate le modalità di utilizzo di eventuali servizi sanitari erogati a distanza (telemedicina).				
3.2.2 AU - Gestione del Rischio		=	=	=	=
a)	che venga effettuata la valutazione del rischio, 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 tutto il personale venga formato sulla gestione del rischio;				
c)	che sia elaborato un piano per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza degli operatori e degli utenti, che comprenda anche la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e definisca ruoli, responsabilità, monitoraggio, verifiche e formazione dedicata;				
3.2.3 AU - Procedure scritte del percorso di cura		=	=	=	=



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

a)	a. che, in funzione della tipologia di cure e assistenza, siano definite procedure scritte in merito a:				
	b. modalità e strumenti di gestione della valutazione del bisogno attraverso strumenti validati,				
	c. e modalità di erogazione delle prestazioni e di comunicazione interna,				
3.2.4 AU - Documentazione sanitaria		=	=	=	=
a)	che per ogni persona assistita sia utilizzata una cartella ambulatoriale informatizzata, puntualmente aggiornata, contenente i dati relativi all'utente e all'attività erogata, contenente almeno:				
	a. i dati anagrafici,				
	b. la storia clinica,				
	c. la diagnosi e la prognosi per ogni ingresso all'assistenza,				
	d. gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es allergia, caduta),				
	e. il consenso informato,				
	f. gli strumenti di valutazione utilizzati,				
	g. le prestazioni erogate,				
	h. l'eventuale necessità di ausili e/o presidi,				
	i. le verifiche,				
	j. i risultati raggiunti				

(segue) 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI		SI	NO	NA	DA
(segue) 3.2 AU - Procedure e gestione delle attività		=	=	=	=
l'organizzazione assicura:		=	=	=	=
3.2.5 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 nella cura e assistenza;				
3.2.6 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, manutenzione e sicurezza, che siano contrassegnati con marchio CE qualora previsto;				



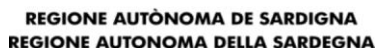
REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

3.2.7 AU - Procedure specifiche		=	=	=	=
a)	che siano disposte procedure come indicato nella scheda 01 – 1. ;				
b)	che siano disposte procedure per la gestione del personale e per l'accesso degli utenti e dei visitatori presso le strutture della rete ospedaliera e della rete territoriale per la prevenzione e controllo dell'infezione da virus SARS-CoV-2;				
c)	che le procedure siano aggiornate con una periodicità almeno triennale;				
d)	che le procedure siano diffuse agli operatori				
3.2.8 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 di cura e assistenza del paziente;				
3.2.9 AU - Valorizzazione della co-produzione		=	=	=	=
a)	che, tra gli obiettivi della presa in carico assistenziale, venga dato rilievo alla valorizzazione del ruolo della Comunità, garantendo l'attività educativa, di formazione e addestramento, necessaria per le associazioni di cittadini e di volontariato e di integrazione sociale;				
3.2.10 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 nella cartella ambulatoriale;				
3.2.11 AU - Materiale informativo		=	=	=	=
a)	che venga redatta e periodicamente aggiornata una Carta dei Servizi, conforme alla normativa vigente, contenente informazioni relative almeno a:				

(segue) 3. AU - REQUISITI AUTORIZZATIVI ORGANIZZATIVI		SI	NO	NA	DA
(segue) 3.2 AU - Procedure e gestione delle attività		=	=	=	=
l'organizzazione assicura:		=	=	=	=
(segue) 3.2.11 AU - Materiale informativo		=	=	=	=
	a. prestazioni erogate,				
	b. modalità di accesso;				
	c. <i>target</i> di utenza assistita,				
	d. orari,				
	e. contatti,				
	f. modalità di presentazione di eventuali reclami;				
3.2.12 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;				
3.2.13 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.				

NOTE



Sopralluogo effettuato in data:		
alla presenza dei rappresentanti della struttura:		
<input type="checkbox"/>	Non è stata riscontrata nessuna carenza e pertanto la struttura è in possesso dei requisiti indicati nella presente scheda di valutazione per il rilascio <input type="checkbox"/> dell'Autorizzazione all'esercizio - <input type="checkbox"/> dell'Accreditamento DEFINITIVO ISTITUZIONALE .	
<input type="checkbox"/>	Durante il sopralluogo, relativamente ai requisiti indicati nella presente scheda di valutazione, sono state riscontrate le sotto elencate carenze che devono essere necessariamente risolte entro la data sotto indicata per il rilascio <input type="checkbox"/> dell'Autorizzazione all'esercizio - <input type="checkbox"/> dell'Accreditamento: <input type="checkbox"/> DEFINITIVO ; <input type="checkbox"/> PROVVISORIO PER ; <input type="checkbox"/> TEMPORANEO PER	
Nr. Requisito	Descrizione sintetica della carenza evidenziata	Tempistica di risoluzione
NOTE FINALI del GRUPPO DI VERIFICA o CONSIDERAZIONI DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA		

REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNAASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Scheda 25 – 18

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO**PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ NEL PRESIDIO SANITARIO DI ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ /
CASA DI COMUNITÀ
ASSISTENZA TERRITORIALE HUB e SPOKE**

Normative di riferimento: DM 71 Allegato 1 “*Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Nazionale*” approvato con Delibera del Consiglio dei Ministri del 21/04/2022; Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità 2016; Piano nazionale della prevenzione 2014-2018; DPCM del 12/01/2017; D.L. n. 34 del 19/05/2020; Legge n. 77 del 17/07/2020; L.R. 24/2020; DGR 9/22 del 24/03/2022 Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-2024.

Il processo di accreditamento istituzionale di strutture autorizzate all'esercizio per l'erogazione di specifici percorsi assistenziali delle Case di Comunità fornisce garanzie di omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale ed organizzativa e un accesso unitario ai servizi socio-sanitari, con la presa in carico delle persone e dei propri bisogni di salute e ancor più la presa in carico delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità e/o dei pazienti affetti da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali è necessaria una valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

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”

L'Organizzazione:

1.1 AC: MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA E DI SUPPORTO		SI	NO	NA	DA
A.	definisce in un piano triennale generale in cui vengono definiti gli obiettivi, la pianificazione e la programmazione delle cure che intende garantire, identificandone la tipologia ai sensi di quanto previsto nel DM 71 del 21/04/2022 e del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-2024 24/03/2022, raccordandosi con l'Azienda sanitaria per i sistemi di relazione con i Medici di medicina generale (MMG) e i Pediatri di libera scelta (PLS), gli Specialisti ambulatoriali, i servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, assistenza domiciliare, Infermiere di famiglia e di comunità, la Centrale operativa territoriale, RSA, hospice e rete delle cure palliative, Consulteri familiari e attività rivolte ai minori, servizi di salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;				
B.	definisce il piano annuale delle attività e della qualità dell'organizzazione, che deve tenere conto dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione, in cui sono definiti gli obiettivi di attività e di qualità che si basano sull'analisi della domanda di servizi/prestazioni del territorio e prevedono il coinvolgimento del personale, dei rappresentanti della comunità di riferimento e le associazioni di tutela del malato e dei cittadini;				
C.	sviluppa relazioni con altre organizzazioni e servizi territoriali per il raggiungimento di obiettivi strategici e organizzativi;				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(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"**

L'Organizzazione:

(segue) 1.1 AC: MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA E DI SUPPORTO	SI	NO	NA	DA
--	----	----	----	----

1.2 AC: PROGRAMMI PER LO SVILUPPO DI RETI ASSISTENZIALI

A.	svolge le proprie attività coordinandosi con le reti assistenziali previste dalla normativa regionale, secondo le modalità previste dall'Azienda sanitaria locale di riferimento che contemplino l'integrazione tra ospedale e territorio;				
B.	svolge le proprie attività con collegamenti funzionali per la gestione dei servizi di diagnostica di laboratorio o di diagnostica per immagini qualora non siano disponibili all'interno della struttura;				
C.	attua specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti/cittadini, all'interno delle reti assistenziali integrate;				

1.3 AC: DEFINIZIONE DELLE RESPONSABILITÀ

A.	definisce il proprio organigramma/funzionigramma, che identifica le attività, le responsabilità/funzioni;				
B.	dispone di una pianta organica in cui sono riportati i nominativi del personale in servizio, la tipologia di rapporto di lavoro, la qualifica e le competenze specifiche secondo quanto previsto dal modello regionale;				
C.	definisce, formalizza, approva e diffonde nell'organizzazione documenti che descrivono la struttura di governo dell'organizzazione, gli strumenti e documenti di delega delle responsabilità, i processi e le relative responsabilità organizzative, le modalità di valutazione delle performance dei vari responsabili, insieme ai relativi criteri di valutazione;				

1.4 AC: PRESA IN CARICO

A.	adotta strumenti validati e standardizzati di valutazione multidimensionale per la rilevazione dei bisogni sanitari e sociosanitari e i risultati conseguiti;				
B.	garantisce che il piano assistenziale sia redatto dall'apposita unità di valutazione multidimensionale;				
C.	garantisce che il piano sia puntualmente aggiornato dall'équipe di cura/assistenza in relazione alla modifica dei bisogni;				
D.	garantisce che il piano assistenziale 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. gli aggiornamenti effettuati sulla base della rivalutazione periodica dei bisogni;				
E.	verifica che le attività previste vengano effettuate;				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(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”**

L'Organizzazione:

1.5 AC: MODALITÀ E STRUMENTI DI GESTIONE DELLE INFORMAZIONI (SISTEMI INFORMATIVI E DATI)		SI	NO	NA	DA
A.	<i>adotta meccanismi di coordinamento strutturale a rete:</i>				
	a. <i>intra-C.d.C.</i> costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono le loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della C.d.C. e quelle che vi sono funzionalmente collegate;				
	b. <i>inter-C.d.C.</i> costituita dalla messa in rete tra C.d.C. <i>hub</i> e C.d.C. <i>spoke</i> al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva dei MMG e PLS nelle strutture di C.d.C.;				
	c. <i>rete territoriale</i> costituita dalla messa in rete della C.d.C. con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedali di comunità, RSA, <i>hospice</i> e rete delle cure palliative, Consultori familiari e attività rivolte ai minori, servizi di salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;				
	d. <i>rete territoriale integrata:</i> costituita dalla messa in rete, anche tramite piattaforme informatiche, della C.d.C. con l'attività ospedaliera di specialistica ambulatoriale o di <i>day service</i> , che garantisce anche l'invio dei pazienti selezionati dalla C.d.C. per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche protette;				
B.	garantisce che il coordinamento a rete nelle direzioni di cui al punto A. avviene attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti;				
C.	assicura la tracciabilità delle attività di presa in carico delle persone assistite e delle attività di prestazioni assistite e delle attività e prestazioni erogate;				
D.	attua le procedure regionali indicate per implementare il Sistema Informativo per il monitoraggio delle cure (SIAD-NSIS), laddove previsto;				
E.	garantisce la consegna della copia della documentazione sanitaria, alla persona assistita o a chi ne ha diritto, nei tempi definiti dalle indicazioni nazionali e regionali;				
1.6 AC: MODALITÀ E STRUMENTI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI					
A.	elabora un piano annuale per il miglioramento della qualità dei servizi in cui vengono descritti gli obiettivi, le attività previste, gli indicatori per il monitoraggio tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali;				
B.	il piano di miglioramento della qualità tiene conto delle criticità emerse dall'analisi dei reclami e dei disservizi;				
C.	relaziona annualmente in merito alle attività previste dalla procedura sulla qualità dei servizi.				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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"

L'Organizzazione:

2.1 AC: TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI E DI SERVIZIEROGATI		SI	NO	NA	DA
A.	definisce, sulla base delle indicazioni regionali e aziendali, una Carta dei servizi (in conformità al requisito autorizzativo 3.2.1) che assicuri la piena informazione circa l'assetto organizzativo, i servizi erogati in rapporto ai livelli assistenziali, il <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;				
B.	aggiorna la Carta dei servizi periodicamente e ogni qual volta intervengano modifiche sostanziali nell'erogazione dei servizi;				
2.2 AC: ELEGGIBILITÀ E PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI					
A.	assicura la presa in carico dei pazienti sulla base del piano assistenziale e della valutazione multidimensionale dei bisogni;				
B.	garantisce 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.	adotta, formalizza e diffonde a tal fine:				
	a. i criteri per l'eleggibilità dei pazienti ambulatoriali,				
	b. procedure e regolamenti per la gestione trasparente delle prenotazioni e delle liste di attesa,				
	c. protocolli, linee guida e procedure per la corretta gestione del paziente ambulatoriale per le specifiche discipline in linea con la Medicina Basata sulle Evidenze,				
	d. linee guida e procedure per la definizione di un processo di valutazione iniziale multidisciplinare e multiprofessionale per l'identificazione dei bisogni del paziente ambulatoriale, mediante scale di valutazione riconosciute, validate e adottate dalla normativa nazionale e regionale,				
	e. procedure operative contestualizzate relative a percorsi differenziati per i pazienti ambulatoriali basati sulla valutazione delle necessità del paziente e sui risultati dei test diagnostici;				
D.	garantisce che la pianificazione dei trattamenti contengono informazioni riguardanti:				
	a. valutazioni cliniche, ambientali e strumentali,				
	b. la somministrazione dei medicinali,				
	c. interventi/trattamenti,				
	d. obiettivi/risultati attesi,				
	e. operatori coinvolti;				
E.	adotta un sistema di tracciabilità della presa in carico nella documentazione sanitaria;				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(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"

L'Organizzazione:

2.3 AC: CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

A.	garantisce la copertura delle cure con la loro distribuzione su 6 – 7 giorni a settimana;				
B.	adotta, formalizza e diffonde:				
	a. protocolli e linee guida per la pianificazione della continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei passaggi in cura e del follow-up dei pazienti),				
	b. procedure per la determinazione dei pazienti da sottoporre a visite periodiche,				
	c. programmi di prosecuzione delle cure a domicilio che prevedano l'educazione e l'addestramento del paziente e dei familiari su tematiche che riguardano: procedure di emergenza, l'uso sicuro dei medicinali e dei presidi medici, le potenziali interazioni tra cibo e medicinali, la guida alla nutrizione del paziente, la terapia del dolore e le tecniche di riabilitazione;				
C.	garantisce, in particolare, anche con riferimento a dimissioni protette, che vi sia continuità dell'informazione, continuità gestionale e continuità relazionale, anche in caso di trasferimento e/o dimissione, attraverso la definizione di modalità strutturate e l'identificazione di appositi strumenti;				
D.	la documentazione sanitaria della persona assistita sia a disposizione degli operatori coinvolti nel piano assistenziale;				

2.4 AC: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

A.	effettua 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.	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 dei servizi distrettuali/aziendali coinvolti nel processo di prevenzione/cura/riabilitazione;				
C.	mette in atto iniziative per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate;				
D.	adotta un sistema di monitoraggio e di valutazione quali-quantitativa delle attività erogate, in particolare in merito ai criteri di eleggibilità del paziente, di presa in carico e di continuità assistenziale, in aderenza alle indicazioni e agli indicatori previsti dalle Regioni;				
E.	adotta modalità di misurazione delle prestazioni al fine di gestire e migliorare l'attività;				
F.	effettua periodicamente (almeno una volta all'anno) una valutazione dell'andamento del sistema di gestione per la qualità e di tutti i suoi servizi, includendo:				
	a. la revisione periodica degli obiettivi e dei bisogni del cittadino,				
	b. il monitoraggio delle performance attraverso l'utilizzo di un sistema di indicatori,				
	c. i cambiamenti da apportare alle risorse umane e tecnologiche,				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

(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"

L'Organizzazione:

(segue) **2.4 AC: MONITORAGGIO E VALUTAZIONE**

	d. l'analisi della soddisfazione del paziente/cittadino,				
	e. l'analisi dei reclami,				
	f. l'analisi delle risultanze derivanti dall'esecuzione di audit interni sul sistema di gestione e sui processi,				
	g. l'analisi dei risultati delle valutazioni esterne di qualità e dei controlli di qualità interni,				
	h. lo stato delle azioni correttive e preventive,				

2.5 AC: MODALITÀ DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

A.	a. adotta procedure per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo in particolare definisce:				
	b. i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione ambulatoriale, secondo la normativa vigente, nonché le relative modalità di controllo,				
	c. uno specifico campo nel foglio ambulatoriale dedicato alla riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (<i>transition</i>) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti nell'ambito di diversi <i>setting</i> assistenziali,				
	d. gli aspetti legati al tema della <i>privacy</i> e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione ambulatoriale e tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla legislazione e alla normativa vigente in materia,				
	e. i tempi di accesso alla documentazione ambulatoriale,				
	f. le modalità per le attività di valutazione della qualità della documentazione ambulatoriale e l'implementazione di azioni correttive se necessario;				
B.	analizza i risultati della valutazione e della verifica di qualità della documentazione sanitaria e attua eventuali azioni correttive;				
C.	formalizza e attua procedure per la gestione della sicurezza nell'accesso e nella tenuta della documentazione sanitaria.				

Criterio 3. Aspetti strutturali, ad integrazione dei requisiti minimi 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"

L'Organizzazione:

3.1 AC: IDONEITÀ ALL'USO DELLE STRUTTURE (SEDE OPERATIVA E RELATIVE CARATTERISTICHE)		SI	NO	NA	DA
A.	dispone di una sede operativa sita nel territorio del/dei Distretto/i dell'Azienda sanitaria nella quale si esercita l'attività prevista per la C.d.C. nel DM 71 del 21/04/2022 e del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-2024 24/03/2022;				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

B.	garantisce che la sede operativa sia dotata dei locali e degli spazi idonei in rapporto alla tipologia dell'attività svolta (oltre ai requisiti previsti in sede di autorizzazione, devono essere presenti locali per il colloquio con le persone assistite e i familiari anche coincidente con quello previsto per le riunioni di équipe);				
C.	assicura la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e l'ambiente di lavoro;				
D.	garantisce il potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso e la sicurezza della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;				
E.	dispone di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture, dell'individuazione delle situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e della gestione delle aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Radioprotezione; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti).				

3.2 AC: DOTAZIONI INFORMATICHE

A.	garantisce la presenza in sede di una dotazione informatica che garantisce la piena funzionalità della tecnologia prevista dal requisito 1.5 AC punto A. rispondente al Criterio 1;				
B.	dispositivi digitali per l'erogazione di servizi a distanza (telemedicina), specifiche per le tipologie di prestazioni che si intendono effettuare in tali modalità (telemonitoraggio, telecontrollo medico, teleassistenza e altro), ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 e delle normative vigenti;				

3.3 AC: GESTIONE E MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE

A.	garantisce il periodico monitoraggio dell'efficacia del programma di gestione delle infrastrutture e delle attrezzature sanitarie in relazione al livello di cure da svolgere, come da indicazioni dell'Azienda sanitaria e del Distretto di afferenza;				
B.	garantisce attività di pianificazione e dell'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura o delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.				

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"

L'Organizzazione:

4.1 AC: PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA FORMAZIONE NECESSARIA E SPECIFICA		SI	NO	NA	DA
A.	garantisce l'individuazione di un responsabile della formazione;				
B.	garantisce 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.	cura la formazione negli ambiti specifici, richiamati al punto 4.2 (nuovo personale), 6.2 (procedure), 8.1 (umanizzazione);				

4.2 AC: INSERIMENTO E ADDESTRAMENTO DI NUOVO PERSONALE



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

A.	mette in atto un piano di inserimento e affiancamento/addestramento per il				
B.	formalizza e mette in atto un processo per la valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti;				
C.	atto un piano di formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale per il nuovo personale entro il 1° anno;				
D.	prevede una valutazione dell'efficacia dei programmi di orientamento del nuovo personale e il loro eventuale miglioramento;				

4.3 AC: VALUTAZIONE DEL PERSONALE

A.	elabora 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.				
----	--	--	--	--	--

Criterio 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"

L'Organizzazione:

5.1 AC: MODALITÀ DI COMUNICAZIONE INTERNA ALLA STRUTTURA, PER FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE DEGLI OPERATORI		SI	NO	NA	DA
A.	mette 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.	effettua indagini periodiche di valutazione del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori;				
B.	facilita momenti di analisi e confronto sulle criticità;				

5.3 AC: MODALITÀ E CONTENUTI DELLE INFORMAZIONI DA FORNIRE ALLE PERSONE ASSISTITE E AI CAREGIVER					
A.	attua una procedura per garantire modalità efficaci di comunicazione con pazienti e familiari/caregiver;				
B.	definisce, attua e documenta procedure di informazione alla persona assistita e ai suoi familiari/caregiver sulle precauzioni da adottare per la prevenzione delle complicanze e dei rischi correlati all'assistenza (infezioni, cadute, etc.), sulla somministrazione della terapia e sulla gestione di dispositivi, protesi e ausili;				

5.4 AC: COINVOLGIMENTO DELLE PERSONE ASSISTITE NELLE SCELTE CLINICO-ASSISTENZIALI					
A.	adotta 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.	garantisce che la persona assistita e i familiari/caregiver siano coinvolti nella definizione del piano assistenziale;				
C.	garantisce che venga prevista una rivalutazione periodica del Piano di assistenza, condivisa con le persone assistite e gli altri attori dell'assistenza;				
D.	mette in atto un sistema per la valutazione della efficacia delle 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;				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

5.5 AC: MODALITÀ DI ASCOLTO DELLE PERSONE ASSISTITE				
A.	prevede un colloquio di presa in carico delle persone assistite, le cui conclusioni sono riportate nella cartella ambulatoriale;			
B.	prevede la presenza di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei pazienti;			
C.	prevede strumenti per misurare il grado di soddisfazione e dell'esperienza degli assistiti (<i>Customer satisfaction</i>) anche in funzione delle disposizioni regionali;			
D.	prevede l'utilizzo dei dati derivante dall'analisi dei reclami e dei risultati delle valutazioni della soddisfazione degli utenti per il miglioramento della qualità dei processi;			

Criterio 6. Appropriatelyzza clinica e sicurezza, in quanto l'efficacia, appropriatelyzza 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'appropriatelyzza e la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati"

L'Organizzazione:

6.1 AC: APPROCCIO ALLA PRATICA CLINICA SECONDO EVIDENZE SCIENTIFICHE		SI	NO	NA	DA
A.	applica tutti i protocolli, le procedure di buona pratica professionale e le istruzioni operative presenti nell'Azienda sanitaria di riferimento, formulati secondo i principi della <i>Evidence based Practice (EBP)</i> , corredati di indicatori di esito;				
B.	garantisce l'accessibilità del personale alla raccolta aggiornata di regolamenti interni, linee guida e documenti di riferimento nazionali e internazionali;				
C.	valuta l'efficacia e l'appropriatelyzza delle prestazioni ed attiva programmi di miglioramento se necessari;				

6.2 AC: PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI

A.	applica procedure operative uniformi sulla base delle attività svolte, formulate attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura e azioni sistematiche di verifica della qualità e sicurezza, nonché alle indicazioni regionali e Aziendali, almeno per l'esecuzione delle principali manovre strumentali e per la gestione dei dispositivi in uso, quali:				
	a. somministrazione delle terapie farmacologiche,				
	b. valutazione della condizione nutrizionale e gestione dei presidi per la nutrizione artificiale,				
	c. gestione di cateteri vescicali, stomie, sondini naso-gastrici e cateteri venosi,				
	d. valutazione e gestione del dolore, anche mediante l'integrazione con le reti di terapia del dolore o delle cure palliative quando necessario;				
B.	garantisce il periodico aggiornamento delle procedure (almeno triennale);				

6.3 AC: PROGRAMMA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

A.	elabora sulla base della valutazione del rischio, già prevista nei requisiti per l'autorizzazione (punto 3.2.4 AU), 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.	definisce le modalità per la partecipazione e il coinvolgimento del personale ai processi di gestione del rischio clinico;				
C.	presenza di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio;				



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

D.	applica e monitora linee guida , buone pratiche, raccomandazioni, <i>check list</i> e altri strumenti per la sicurezza;				
----	---	--	--	--	--

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”

L'Organizzazione:

7.1 AC: PROGETTI DI MIGLIORAMENTO		SI	NO	NA	DA
A.	definisce, formalizza e diffonde a tutto il personale il programma annuale per il miglioramento della qualità dei servizi e della sicurezza, comprensivo dei relativi indicatori;				
7.2 AC: ADOZIONE DI INIZIATIVE DI INNOVAZIONE TECNICO PROFESSIONALE E ORGANIZZATIVA					
A.	predispone strumenti adeguati, che consentono di acquisire e, quindi, utilizzare le innovazioni tecnologiche e organizzative previste dall'Azienda sanitaria/Distretto 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.				

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”

L'Organizzazione:

8.1 AC: PROGRAMMI PER L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE		SI	NO	NA	DA
A.	definisce, realizza e valuta programmi per l'umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente;				
B.	garantisce la presenza di una costante formazione del personale centrata sulla qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari/caregiver nonché sulle abilità procedurali di <i>counseling</i> (es. empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di “cattive notizie”);				
C.	attua modalità concordate con l'Azienda sanitaria per il supporto psicologico delle persone fragili;				
D.	vigila affinché il personale operi nel rispetto della dignità delle persone assistite tenendo conto delle differenti esigenze correlate ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, e anche delle specificità religiose e culturali.				



NOTE

Luogo e data _____

(Gruppo di Verifica Nucleo Tecnico incaricato)

(firma del Titolare o suo delegato per presa visione)
