

## **Verbale di verifica ispettiva Esperto Indipendente – CdC SPOKE**

### **INFORMAZIONI INTERVENTO**

**MISSIONE:** Missione 6 Salute

**COMPONENTE:** M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

**INVESTIMENTO:** M6C1 I1.1 – Case della Comunità e presa in carico della persona

**TARGET:** M6C1-3

**CODICE MISURA:** M6C1 I1.1

**DENOMINAZIONE CASA DELLA COMUNITÀ E INDIRIZZO:** \_\_\_\_\_

**CUP:** \_\_\_\_\_

**TAG CLIMA DICHIARATO DAL SOGGETTO ATTUATORE/DELEGATO** *(indicare se Nuova costruzione - TAG 025 TER oppure Ristrutturazione/ riqualificazione energetica degli edifici - TAG 026 oppure Non applicabile):* \_\_\_\_\_

**FINANZIAMENTO RRF** \_\_\_\_\_

**SOGGETTO ATTUATORE** \_\_\_\_\_

**SOGGETTO ATTUATORE ESTERNO/DELEGATO** \_\_\_\_\_

### **ESPERTO INDIPENDENTE**

**NOME** \_\_\_\_\_

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**C.F.** \_\_\_\_\_

**ATTO DI NOMINA** \_\_\_\_\_

Di seguito sono riportate, con riferimento ai singoli requisiti oggetto di valutazione, le modalità di verifica e gli esiti delle attività ispettive documentali e in loco effettuate.

Firma digitale

## **SEZIONE A - REQUISITI GENERALI E DI EFFICIENZA ENERGETICA PREVISTI DALLA COUNCIL IMPLEMENTING DECISION (CID)**

### **VERIFICHE DOCUMENTALI CONDOTTE**

#### **a.1 Totale lordo area locali**

**Descrizione** (*fornire elementi di dettaglio sulle verifiche effettuate, documentazione esaminata, evidenze raccolte, ecc.*)

---

---

---

---

**Note aggiuntive**

---

---

**a.2a L'intervento contribuisce agli obiettivi climatici sulla base della metodologia di controllo del clima di cui all'Allegato VI del regolamento (UE) 2021/241 per il TAG 025ter "Costruzione di nuovi edifici efficienti sotto il profilo energetico"**  (barrare ove applicabile)

*oppure*

**a.2b L'intervento contribuisce agli obiettivi climatici sulla base della metodologia di controllo del clima di cui all'Allegato VI del regolamento (UE) 2021/241 per il TAG 026 "Rinnovo di infrastrutture pubbliche sul piano dell'efficienza energetica e misure relative all'efficienza energetica per tali infrastrutture, progetti dimostrativi e misure di sostegno"**  (barrare ove applicabile)

*oppure*

**Non applicabilità (N.A.) del tag climatico.**  (barrare ove prevista la non applicabilità)

**Descrizione** (*fornire elementi di dettaglio sulle verifiche effettuate, documentazione esaminata, evidenze raccolte, ecc.*)

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**a.3 È stato assicurato, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n. 241/2021, il perseguimento del principio di "non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali" ("Do No Significant Harm" - DNSH) di cui all'articolo 17 del Regolamento (UE) n. 852/2020, secondo quanto definito dalla Circolare della Ragioneria Generale dello Stato del 14 maggio 2024, n. 22 "Aggiornamento Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente (cd. DNSH)" che ha aggiornato la Circolare n. 33 del 13 ottobre 2022**

**Descrizione** (fornire elementi di dettaglio sulle verifiche effettuate, documentazione esaminata, evidenze raccolte, ecc.)

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**a.4 È stato rilasciato il Certificato di completamento in conformità alla legislazione nazionale**

**Descrizione** (fornire elementi di dettaglio sulle verifiche effettuate, documentazione esaminata, evidenze raccolte, ecc.)

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**SEZIONE B – CONFORMITÀ DEI SERVIZI DELLA CASA DELLA COMUNITÀ  
AGLI STANDARD DEFINITI DAGLI ELEMENTI OBBLIGATORI DELLA  
TABELLA 4 DELL'ALLEGATO 1, SEZIONE 5, DEL DECRETO MINISTERIALE 23  
MAGGIO 2022, N. 77**

**VERIFICHE DOCUMENTALI E IN LOCO CONDOTTE**

Data della verifica ispettiva: \_\_\_\_\_ Luogo: \_\_\_\_\_

Ora: dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

**b.1 Personale funzionale ad assicurare i servizi minimi della CdC Spoke: personale medico (h12  
6/7gg), personale infermieristico (h12 6/7gg), personale di supporto**

**Descrizione** *(dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto previsto dall'atto aziendale o procedura aziendale o delibera in cui è indicato il modello organizzativo e la turnazione)*

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.2 Sono erogati servizi di cure primarie attraverso equipè multiprofessionali**

**Descrizione** *(dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto previsto dall'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività del servizio)*

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.3 È attivo il Punto Unico di Accesso**

**Descrizione** (*dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto previsto dall'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività del servizio*)

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.4 È operativo il servizio di assistenza domiciliare di base**

**Descrizione** (*dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto previsto dall'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività del servizio*)

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.5 Sono erogati servizi infermieristici**

**Descrizione** (*dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto previsto dall'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività del servizio*)

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.6 Sono erogati servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza**

**Descrizione** (*dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto previsto dall'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività del servizio*)

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.7 È attivo un sistema integrato di prenotazione collegato al Cup Aziendale**

**Descrizione** (*dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto previsto dall'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività di prenotazione tramite Cup aziendale*)

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.8 È attiva l'integrazione con i servizi sociali**

**Descrizione** *(dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto previsto dall'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le modalità di integrazione)*

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.9 È prevista la partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione**

**Descrizione** *(dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto previsto dall'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le modalità di partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione)*

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.10 È garantita la presenza medica h12 6/7gg<sup>1</sup>**

**Descrizione** (dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto previsto dall'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le modalità organizzative e le modalità di turnazione del personale medico)

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.11 È garantita la presenza infermieristica almeno h12, 6/7gg<sup>2</sup>**

**Descrizione** (dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto previsto dall'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le modalità organizzative e le modalità di turnazione del personale infermieristico)

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

<sup>1</sup> La presenza medica h12 – 6 giorni su 7, anche attraverso la ex continuità assistenziale, può articolarsi attraverso attività in sede con ambulatorio aperto a tutti gli utenti negli orari programmati, almeno per 12h continuative dalle 8 alle 20. In caso di festività, diverse dalla domenica, la presenza medica può essere assicurata attraverso la CdC hub di riferimento a livello distrettuale (deve risultare evidenza tramite atto aziendale specifico dell'organizzazione del servizio al fine di garantirne la copertura con riferimento alle COT specifiche interessate/CdC hub/turnazioni, dando anche evidenza nello stesso documento, ove fosse percorsa la soluzione di garantire la presenza fisica presso diversa CdC hub a livello distrettuale, dei dati a supporto di tale scelta in termini di bacino d'utenza e copertura del bisogno di salute, anche in termini di efficientamento delle risorse nel rispetto del principio di economicità).

<sup>2</sup> La presenza infermieristica h 12 – 6 giorni su 7, può articolarsi come segue:

- attività in sede garantita per almeno 6 ore. Nei giorni festivi, diversi dalla domenica, l'attività infermieristica e/o della consulenza infermieristica h 6 è garantita, anche attraverso la Centrale Operativa/Numero Unico e strumenti in telemedicina, in almeno una CdC hub a livello distrettuale (deve risultare evidenza tramite atto aziendale specifico dell'organizzazione del servizio al fine di garantirne la copertura con riferimento alle COT specifiche interessate/CdC hub/turnazioni, dando anche evidenza nello stesso documento, ove fosse percorsa la soluzione di garantire la presenza fisica presso diversa CdC hub a livello distrettuale, dei dati a supporto di tale scelta in termini di bacino d'utenza e copertura del bisogno di salute, anche in termini di efficientamento delle risorse nel rispetto del principio di economicità);
- la copertura h12 è garantita anche attivando l'infermiere e/o la consulenza infermieristica presso la CdC hub a livello distrettuale (dare risultare evidenza tramite atto aziendale specifico dell'organizzazione del servizio al fine di garantirne la copertura con riferimento alla specifica CdC hub/turnazioni, dando anche evidenza nello stesso documento, ove fosse percorsa la soluzione di garantire la presenza fisica presso diversa CdC hub a livello distrettuale, dei dati a supporto di tale scelta in termini di bacino d'utenza e copertura del bisogno di salute, anche in termini di efficientamento delle risorse nel rispetto del principio di economicità).

---

---

**b.12 È presente un'adeguata dotazione di attrezzature e strumentazioni mediche e diagnostiche per l'erogazione dei servizi di assistenza<sup>3</sup> (requisito non obbligatorio)**

**Descrizione** (dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto indicato nell'inventario delle attrezzature / strumentazioni mediche e diagnostiche con firma del responsabile della struttura con dichiarazione di adeguatezza alla funzionalità della CdC)

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.13 È garantito il servizio di continuità assistenziale (requisito non obbligatorio)**

**Descrizione** (dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto indicato nell'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività del servizio, con evidenza del collegamento con la/e specifiche COT)

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

<sup>3</sup> Verifica da parte dell'esperto indipendente, ferme restando le verifiche sulla dichiarazione sottoscritta di adeguatezza alla funzionalità della CdC rispetto all'inventario delle attrezzature :  
Tipologie di apparecchiature (non di area specialistica/ultraspecialistica): •ecografo; • elettrocardiografo; • holter pressorio PA; •pulsossimetro; • spirometro; • DAE; • carrello emergenze;  
Tipologie di apparecchiature di area specialistica (ove presenti) :  
- Cardiologica (ove presente l'area specialistica verificare la presenza di una o più tipologie di apparecchiatura): • event recorder; • holter cardiaco;  
- Oculistica (ove presente l'area specialistica verificare la presenza di una o più tipologie di apparecchiatura): • retinoscopio; • OCT;  
- Dermatologica (ove presente l'area specialistica verificare la presenza di una o più tipologie di apparecchiatura): • dermatoscopio.

---

---

---

**b.14 È garantito il servizio Punto Prelievi (requisito non obbligatorio)**

**Descrizione** *(dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto indicato nell'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività del servizio)*

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.15 È garantita l'attività consultoriale, rivolta anche a minori (requisito non obbligatorio)**

**Descrizione** *(dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto indicato nell'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività del servizio)*

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.16 Sono garantiti interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazione per la fascia 0-18) (requisito non obbligatorio)**

**Descrizione** *(dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la*

*coerenza rispetto al requisito e a quanto indicato nell'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività del servizio)*

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.17 È garantita l'attivazione e la gestione di programmi di screening (requisito non obbligatorio)**

**Descrizione** *(dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto indicato nell'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività del servizio)*

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.18 Sono garantiti servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (requisito non obbligatorio)**

**Descrizione** *(dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto indicato nell'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività del servizio)*

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

---

---

---

**b.19 È garantito il servizio di Medicina dello Sport (requisito non obbligatorio)**

**Descrizione** (dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto indicato nell'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività del servizio)

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---

**b.20 È garantito il collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento**

**Descrizione** (dare evidenza delle verifiche condotte in loco alla data di rilevazione per riscontrare la coerenza rispetto al requisito e a quanto indicato nell'atto aziendale o procedura aziendale o delibera che descrive le attività del servizio)

---

---

---

---

**Esito della verifica ispettiva:**  Positivo  Negativo

**Note aggiuntive**

---

---