

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 80° - Numero 1

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA



PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 2 gennaio 2026

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074927-930 - INSERZIONI TEL. 091/7074935-897
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento regionale della pianificazione strategica

D.A. n. 1411 del 10 dicembre 2025.

Accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria - RUAP pag. 2

**Dipartimento regionale per le attività sanitarie
e osservatorio epidemiologico**

D.A. n. 1495 del 18 dicembre 2025.

Definizione dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle Case della Comunità pag. 43

D.A. n. 1496 del 18 dicembre 2025.

Definizione dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento degli Ospedali di Comunità pag. 178

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE Dipartimento regionale della pianificazione strategica

D.A. n. 1411 del 10 dicembre 2025.

Accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria - RUAP.

L'ASSESSORE

- VISTO** lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTA** la legge 23/12/1978 n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale;
- VISTO** l'art. 8 comma 1 del D. L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii., che dispone che il rapporto tra il Sistema Sanitario Nazionale ed i Medici di Medicina Generale sia regolato da apposita convenzione;
- VISTO** l'art. 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002 n. 289 e ss.mm.ii., che istituisce la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti del personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (SISAC);
- VISTO** l'art. 1, comma 178, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, che dispone che il rapporto tra il Servizio Sanitario Nazionale, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, i Medici specialisti ambulatoriali interni e le altre professioni sanitarie non dipendenti dal medesimo è disciplinato da apposite convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4 c. 9, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e ss.mm.ii., con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in ambito nazionale;
- VISTO** l'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale del 23/03/05, come modificato ed integrato dall'A.C.N. 21/06/18 e dall'A.C.N. 18/06/2020, nonché da ultimo dall'ACN 04/04/2024;
- VISTA** la L.R. 14/04/2009 n. 5 recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale", pubblicata sulla GURS n. 17 del 17/04/2009;
- VISTO** l'Accordo integrativo regionale di assistenza primaria, reso esecutivo con D.A. n. 2151 del 06/09/2010, pubblicato sulla G.U.R.S. n. 45 del 15/10/2010, che individua gli istituti la cui disciplina è demandata alla contrattazione decentrata regionale;
- VISTO** l'art. 68 della l.r. 12/08/2014 n. 21 e ss.mm.ii.;
- VISTO** l'art. 2 dell'ACN 30 ottobre 2020 che in attuazione di quanto previsto dall'art. 1, commi 449 e 450 della Legge 27 dicembre 2019, n. 160 e dal DM 19 luglio 2022, ha disposto il riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di "supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta" (22A05489) (GU Serie Generale n. 226 del 27-09-2022) al fine di far fronte al fabbisogno di strumentazione di diagnostica di primo livello nelle sedi uniche di AFT e in subordine negli studi dei medici di medicina generale, finalizzate a garantire il miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti nonché a ridurre il fenomeno delle liste d'attesa, anche avvalendosi dei servizi di telemedicina;
- VISTO** l'art. 1 comma 274 della L. 234/2021 e ss.mm.ii. che prevede "Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale

dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quanto convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 23 dicembre 2022 (pubblicato nella GU n. 86 del 12/04/2023) con il quale è stato disposto il riparto delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale nell'arco temporale 2022-2026;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute (pubblicato nella G.U. n. 302 del 27/12/2024) emanato in data 25 settembre 2024, con il quale è stato disposto il riparto integrativo delle risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale;

CONSIDERATO che è intervenuto l'ACN 04/04/2024 di Medicina Generale valido per il biennio 2019-2021;

VISTO l'Accordo integrativo regionale per la partecipazione dei Medici di Medicina Generale alla campagna di vaccinazione stagionale antinfluenzale, vaccinazione anti-pneumococcica, anti herpes zoster e prosecuzione campagna vaccinazione anti covid 19, sottoscritto in data 29/09/2025 tra l'Assessorato Regionale alla Salute e le Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'ACN e rappresentative a livello regionale della Medicina Generale;

VISTO il Decreto dell'Assessore della Salute n. 605 dell'11/06/2025 pubblicato sulla GURS n. 27 del 20/06/2025, con il quale la Regione Sicilia ha istituito le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) su tutto il territorio regionale (ex art. 8, comma 2, lett. a) dell'ACN 2019/2021) e ne ha definito il modello organizzativo (ex art. 2, comma 2 dell'ACN 2019/2021);

VISTE le note di convocazione del tavolo trattante della Medicina Generale per la modifica dell'AIR - con prot. n. 32481 dell'08/07/2025, prot. n. 39808 del 03/09/2025, prot. n. 42315 del 22/09/2025 e prot. n. 50556 dell'11/11/2025 – con le OO.SS. firmatarie;

VISTO il documento sottoscritto dalle parti nella seduta del tavolo tecnico regionale tenutasi in data 18 novembre 2025, nella quale si è approvato l'Accordo Integrativo Regionale del ruolo unico di Assistenza Primaria – RUAP, in sostituzione dell'AIR di Assistenza Primaria 06/09/2010, in conformità con le disposizioni contenute nell'ACN 04/04/2024;

RITENUTO di dover procedere alla rimodulazione del predetto Accordo 2010, secondo quanto concordato dalle parti nella seduta del 18 novembre 2025;

RITENUTO di dover approvare con atto formale il suddetto accordo integrativo regionale;

D E C R E T A

Articolo 1

E' approvato l'Accordo Integrativo Regionale, che si allega al presente decreto e di cui costituisce parte integrante, sottoscritto in data 18/11/2025 tra l'Assessorato Regionale alla Salute e le Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'ACN e rappresentative a livello regionale della Medicina Generale.

Articolo 2

Le risorse economiche di cui al presente accordo trovano capienza nell'ambito delle risorse del Fondo sanitario regionale destinato alla Medicina Generale, oltre alle risorse in quota parte del PNRR di cui all'art. 1 comma 274 della L. 234/2021 e ss.mm.ii..

Articolo 3

Il presente decreto è trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti sul sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione on-line e sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

Palermo, 10 dicembre 2025.

FARAONI

Allegato

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA DISCIPLINA

DEI RAPPORTI CON I MEDICI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA

PRIMARIA _ RUAP

Anno 2025

In data 18/11/2025, ha avuto luogo l'incontro per la sottoscrizione dell'Accordo Integrativo regionale (da ora in poi AIR) per la disciplina dei rapporti con i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria-Medici di Medicina Generale, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2019-2021.

PARTE PUBBLICA

Dott. Roberto Virzì F.to _____

Dott. Francesco Paola La Placa F.to _____

Dott. Ercole Marchica F.to _____

Dott. Salvatore Vizzi F.to _____

Dott. Gabriele Roccia F.to _____

Dott.ssa Paola Sciarrotta F.to _____

PARTE SINDACALE

FIMMG Dott. Tramonte F.to _____

SNAMI Dott. La Manna F.to _____

FMT Dott. Alise F.to _____

CISL Dott. Paternò F.to _____

SMI Dott.ssa Fasulo F.to _____

Il Dirigente Generale del DPS

Dott. Salvatore Iacolino

F.to _____

Il Dirigente Generale del DASOE

Dott. Giacomo Scalzo

F.to _____

L'Assessore della Salute

Dott.ssa Daniela Faraoni

F.to _____

*firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3, c.2 del D.Lgs. 39/1993

| |
|--|
| PREMESSA..... |
| CAPO I - DISPOSIZIONI GENERALI..... |
| Art. 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE..... |
| Art. 2 – IL RUOLO UNICO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA..... |
| Art. 3 - RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE DEI MEDICI RUAP |
| Art. 4 - GRADUATORIA REGIONALE..... |
| Art. 5 - GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITA' |
| Art. 6- INCARICHI A TEMPO DETERMINATO A RUOLO UNICO DI MEDICINA GENERALE..... |
| Art. 7 - SOSTITUZIONI DEL MEDICO A RUOLO UNICO DI MEDICINA GENERALE..... |
| Art. 8 - CARENZA ASSISTENZIALE ORARIA E INCARICHI A TEMPO DETERMINATO..... |
| Art. 9 - SOSTITUZIONI ATTIVITA' ORARIA..... |
| Art. 10 - SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI..... |
| Art. 11 - MASSIMALI DI SCELTA..... |
| Art. 12 - COMITATO AZIENDALE E RAPPRESENTATIVITA' |
| Art. 13 - PARTECIPAZIONE A GRUPPI DI LAVORO E COMITATO AZIENDALE..... |
| Art. 14 INDENNITÀ CHILOMETRICA..... |
| CAPO II - AFT..... |
| Art. 15 - DEFINIZIONE DELLE AFT..... |
| Art. 16 - ATTIVITA' ASSISTENZIALE DELL'AFT..... |
| Art. 17 - GLI OBIETTIVI DELLA AFT..... |
| Art. 18 – LA REMUNERAZIONE DELL'AFT..... |
| Art. 19 – TRATTAMENTO ECONOMICO PER L'ATTIVITA' ORARIA ED ALL'INTERNO DELLA CASA DELLA COMUNITA' |
| Art. 20 - IL REFERENTE AFT E IL SUO SOSTITUTO..... |
| Art. 21 - RIUNIONE DI COORDINAMENTO, PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA AFT (RIUNIONE DI AFT)..... |
| Art 22 -LA FORMA AGGREGATIVA DELLA AFT..... |
| Art. 23 - FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI..... |
| Art. 24 - RETE INFORMATICA DI AFT..... |
| Art. 25 - CONTATTABILITA' DEL MEDICO A RUOLO UNICO DA PARTE DEL PAZIENTE..... |
| Art. 26 – SUPPORTO AMMINISTRATIVO..... |
| Art. 27 – IL PROGETTO SALUTE - PRIMO STEP - Prevenzione..... |
| Art. 28 - SICUREZZA DELLE SEDI DISTRETTUALI DI AFT e ACCESSO ai SERVIZIO..... |
| Art. 29 - ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO..... |
| Art. 30 - TUTELA DELLA GENITORIALITA' E DELLA DISABILITA'..... |
| Art. 31 – CURE DOMICILIARI..... |
| Art. 32 - ATTIVITA' DI PREVENZIONE..... |
| Art. 33 - PIANO FORMATIVO AZIENDALE (PFA)..... |
| Art. 34 - TAVOLO PARITETICO DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE..... |
| Art. 35 - MAGGIORAZIONI ZONE DISAGIATISSIME..... |
| Art. 36 - MAGGIORAZIONI ZONE DISAGIATE..... |
| Art 37 – ISTITUZIONE TAVOLO TECNICO..... |
| NORME TRANSITORIE..... |
| Norma Transitoria n. 1 - OBBLIGO/FACOLTA' APERTURA STUDIO..... |
| Norma Transitoria n. 2 - REMUNERAZIONE AFT_PARTE VARIABILE anno 2005 e 2026..... |
| Norma Transitoria n. 3 - FABBISOGNO REGIONALE E AZIENDALE PER L'ATTIVITA' ORARIA..... |
| NORME FINALI..... |
| NORMA FINALE n. 1..... |
| NORMA FINALE n. 2..... |
| NORMA FINALE n.3..... |
| NORMA FINALE n.4..... |
| ALLEGATO 1..... |
| Allegato 2..... |

PREMESSA

Visto l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 s.m.i. - Triennio 2019- 2021, recepito con Atto d'Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano repertorio n. 51/CSR del 4 aprile 2024.

Visto l'art. 8, comma 1 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 s.m.i. dispone che il rapporto tra il Sistema Sanitario Nazionale ed i Medici di Medicina Generale sia regolato da apposita convenzione.

Visto l'art. 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002 n. 289 s.m.i. che istituisce la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale (SISAC).

Visto l'art. 1, comma 178, della Legge 30 dicembre 2004 n. 311 che dispone che il rapporto tra il Servizio Sanitario Nazionale, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, i Medici specialisti ambulatoriali interni e le altre professioni sanitarie non dipendenti dal medesimo è disciplinato da apposite convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale.

Visto il Decreto dell'Assessore per la Salute n. 605 dell'11/06/2025 pubblicato si GURS n. n. 27 del 20/06/2025, con il quale la Regione Sicilia ha istituito le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) su tutto il territorio regionale (ex art. 8 co. 2 lett. a) dell'ACN 2019/2021) e ne ha definito il modello organizzativo (ex art. 2 co.2 dell'ACN 2019/2021

Visto l'Art 2 dell'ACN 30 ottobre 2020 in attuazione di quanto previsto dall'art. 1, commi 449 e 450 della Legge 27 dicembre 2019, n.160 e dal DM 29 luglio 2022, "Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. (22A05489) (GU Serie Generale n.226 del 27-09-2022) al fine di far fronte al fabbisogno di strumentazione di diagnostica di primo livello nelle sedi uniche di AFT e in subordine negli studi dei medici di medicina generale finalizzate a garantire il miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti nonché a ridurre il fenomeno delle liste di attesa, anche avvalendosi della di servizi di telemedicina.

CAPO I - DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE

1. Il presente Accordo Integrativo Regionale (AIR) regola, ai sensi dell'ACN 2019-2021, vigente, il rapporto di lavoro convenzionato dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (RUAP) nelle ASP della Regione Sicilia.
2. Il presente documento assume i contenuti dell'ACN 2019-2021 e dà, tra le altre cose, specifica trattazione ai seguenti argomenti:
 - il Ruolo Unico della Medicina Generale;
 - le modalità di attuazione del modello organizzativo regionale adottato con D.A. n. 605 dell'11/06/2025 pubblicato in GURS n. 27 del 20/06/2025;
 - gli obiettivi prioritari e gli indicatori di risultato delle AFT;
 - la metodologia di valorizzazione e di distribuzione della parte variabile degli emolumenti dei medici di Medicina Generale del Ruolo Unico (RUAP) legati ai risultati di AFT;
 - l'istituzione e la valorizzazione del Fondo Aziendale dei fattori produttivi;
 - le figure dei Referenti AFT: compiti, remunerazione e attribuzione dell'incarico.
3. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) previste dall'ACN 2019-2021, sono quelle di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189 e sono forme organizzative monoprofessionali che persegono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione.
4. Con Decreto Assessoriale n. 605 dell'11/06/2025 la Regione Siciliana, secondo le indicazioni dell'ACN vigente, ha istituito le AFT sul territorio e ne ha definito il modello organizzativo; il presente accordo dà attuazione a quanto stabilito dalla programmazione regionale, la cui realizzazione è di fondamentale importanza per l'evoluzione dell'intero sistema territoriale della Medicina Generale e per l'introduzione del Ruolo Unico.
5. Il presente accordo dà anche indicazioni in merito all'attività dei Medici RUAP nelle Case della Comunità (CdC), negli Ospedali di Comunità (OdC) e l'integrazione con il servizio NEA 116117 previsti dal PNRR e dal DM 23 maggio 2022 n°77

Art. 2 – IL RUOLO UNICO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

1. La figura del medico del Ruolo Unico dell'assistenza primaria è delineata, nella sua evoluzione, dall'art. 31 co 1, dell'ACN 2016-2018 (sottoscritto nel 2022) che prevede che *“i medici già titolari di incarico di: a) Assistenza Primaria; b) Continuità Assistenziale assumono la denominazione di medici del ruolo unico di assistenza primaria”* e dall'art. 31 co. 1 e co. 3 dell'ACN 2019-2021 (sottoscritto nel 2024) che segna il passaggio dalla denominazione all'assunzione dell'incarico di ruolo unico di assistenza primaria per coloro che, con un rapporto a tempo indeterminato a scelta e/o ad attività oraria, accettano il completamento orario su proposta dell'Azienda, secondo i fabbisogni rilevati. Tale incarico comporta, parimenti ai nuovi incarichi, un impegno a tempo pieno, con progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria ex art. 38 ACN.

Art. 3 - RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE DEI MEDICI RUAP

1. Con il presente documento si confermano i parametri di determinazione delle zone carenti di cui all'art. 32 co 2 ACN 2019-2021. L'ambito carente di RUAP viene calcolato sulla base della popolazione, seguendo quanto descritto nell'allegato 7 ACN 2024. L'ambito carente sarà un unico ambito RUAP, il medico incaricato svolgerà sia attività a ciclo di scelta, garantendo apertura dello

- studio, sia attività oraria nelle sedi delle AFT (case di comunità HUB e SPOKE, presidi di ex Continuità Assistenziale) e altre sedi distrettuali.
2. Espletate le procedure di cui all'32 co 2 dell'ACN vigente, l'Azienda, secondo la metodologia di calcolo ivi prevista, rilevata la carenza assistenziale, propone ai medici, già titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta all'entrata in vigore dell'ACN (04/04/2024), il completamento dell'impegno settimanale con attività a rapporto orario. Ai medici, già titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a rapporto orario (24 ore), l'Azienda propone il completamento dell'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito territoriale carente ricompreso nella AFT di riferimento, nel limite del massimale orario/scelte di cui all'articolo 38, con modulazione dell'attività oraria rispetto al carico assistenziale. Contestualmente, sentito il Comitato Aziendale, l'ASP dà l'indicazione della zona, all'interno della AFT, in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale con l'apertura dello studio, come previsto dall'Art 34 comma 2 e 3 dell'ACN vigente.
 3. Alla suddetta proposta potranno aderire prioritariamente i medici già a tempo indeterminato a ciclo di scelta, ad attività oraria e a ciclo di scelta più attività oraria (che vogliano completare il ciclo orario ex art. 38 ACN). L'Azienda, sulla base delle disponibilità all'assunzione dell'incarico di Ruolo Unico ricevute, redige una graduatoria secondo i criteri indicati nell'art. 32 co. 8 ACN. La procedura si concluderà con l'accettazione o meno all'assunzione dell'incarico da parte di ogni singolo medico chiamato dall'Azienda secondo le priorità della graduatoria prioritariamente: della AFT, del Distretto e dell'Azienda. Tale procedura interna va riproposta ad ogni rilevazione di carenze assistenziali.
 4. Se, dopo l'espletamento delle procedure di cui al co. 2 e co. 3 del presente articolo, le carenze assistenziali dovessero perdurare, l'Azienda, sentito il Comitato Aziendale, trasmette tali carenze al DPS dell'Assessorato della Salute in tempo utile per la pubblicazione delle zone carenti che deve avvenire entro il 31 marzo dello stesso anno. Contestualmente, sentito il Comitato Aziendale, l'ASP trasmette l'indicazione della zona, all'interno della AFT, in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale con l'apertura dello studio, come previsto dall'Art 34 comma 2 dell'ACN vigente. Per "zona" si intende una parte identificabile dell'AFT (Comune, frazione, quartiere, borgata, etc). Tale indicazione può essere trasmessa unicamente in occasione della predisposizione del bando e non può essere definita o modificata successivamente né all'atto del conferimento dell'incarico. In condizioni eccezionali e temporanee è possibile che l'ambito carente possa ricoprire più AFT per il miglioramento del Servizio al cittadino ed una migliore organizzazione del lavoro, previa approvazione del Comitato Aziendale.
 5. Ai sensi dell'art. 38, co.1, cpv. 2° ACN, l'Azienda verifica trimestralmente il rapporto scelte/ore al fine di rimodulare l'attività oraria in relazione all'eventuale variazione delle scelte, secondo le fasce stabilite dal suddetto art. 38. L'Azienda opera la variazione dell'attività oraria se nel trimestre il medico è rimasto in una delle fasce, di cui all'art. 38 ACN, per almeno 60 giorni continuativi.
 6. I medici RUAP, in ordine di graduatoria, scelgono le sedi in cui svolgere la propria attività in funzione della disponibilità nell'AFT di riferimento. Le ore potranno essere svolte in Casa di Comunità Hub, Spoke, nei presidi di ex Continuità assistenziale o nei Distretti in funzione delle necessità di servizio e della preferenza del medico, fermo restando la necessità di garantire un equa distribuzione delle ore tra attività di continuità assistenziale e attività proattiva.

Art. 4 - GRADUATORIA REGIONALE

1. Le procedure per la definizione della Graduatoria Unica Regionale per il Ruolo Unico della Medicina Generale sono disciplinate dall'art. 19 dell'ACN vigente.

2. Ai fini della determinazione del punteggio, si applica quanto previsto all'art 20 comma 4 ACN vigente.

Art. 5 - GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ'

1. Dal 1 al 31 gennaio di ogni anno ogni ASP pubblica sulla Gazzetta Regionale e sul Sito Aziendale un bando per la formazione di una graduatoria aziendale di disponibilità per sostituzioni e incarichi a tempo determinato di Assistenza Primaria ad Attività Oraria e a Ciclo di Scelta. Ogni ASP, entro 20 giorni dalla scadenza per la presentazione della domanda, rende pubblica sul sito aziendale la graduatoria aziendale dei medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione di Ruolo Unico di Medicina Generale, graduati secondo il seguente ordine di priorità:
 - a. medici iscritti alla graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
 - b. medici non in graduatoria regionale, che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente;
 - c. medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Siciliana;
 - d. medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994.
2. L'incarico viene proposto, all'interno dell'ordine di priorità della graduatoria (a, b, c, d), prioritariamente ai medici residenti nell'ambito territoriale dell'AFT, nell'ASP, nella Regione Siciliana ed infine fuori Regione Siciliana. A parità di residenza prevalgono nell'ordine: la minore età alla laurea, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea ai sensi dell'art. 20 comma 6 ACN vigente.
3. In caso di necessità (carenza assistenziale) o sulla base di disposizioni previste dall'Accordo Attuativo Aziendale, le Aziende prevedono, nel corso dell'anno, ulteriori bandi aggiuntivi per il conferimento di incarichi a tempo determinato e di sostituzione a Ruolo Unico di Medicina Generale nel caso di esaurimento della graduatoria ordinaria.

Art. 6- INCARICHI A TEMPO DETERMINATO A RUOLO UNICO DI MEDICINA GENERALE

1. Nelle more dell'assegnazione dell'incarico a tempo indeterminato a ruolo unico di Medicina Generale dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte disponibili in una data AFT, l'ASP, sentito il Comitato Aziendale, conferisce un incarico a tempo determinato ai sensi dell'articolo 37 comma 1 ACN vigente, specificando il numero di cittadini temporaneamente privi di assistenza che verranno assegnati d'ufficio. Non è consentito inserire il medico a tempo determinato negli elenchi di scelta del medico; pertanto, ulteriori scelte possono essere assegnate allo stesso medico solo dall'ASP al persistere dell'impossibilità di presa in carico da parte degli altri medici dell'AFT. L'incarico cessa con l'inserimento del medico titolare a tempo indeterminato, al quale non potranno essere assegnati d'ufficio gli stessi pazienti, i quali dovranno effettuare la scelta tra i medici disponibili, tranne nel caso di persistente impossibilità di scelta di altri medici della medesima AFT. Qualora non scatti la zona carente, al fine di evitare che una quota di popolazione resti priva di assistenza, nel caso in cui il Comune sia privo di assistenza, i medici dell'AFT devono farsi carico di detta popolazione, anche in deroga alle limitazioni del massimale ex art. 38 co. 1 e co. 2, garantendo l'apertura di uno studio in un ambulatorio messo a disposizione dell'azienda per un numero di ore proporzionale al numero di assistiti nelle more dell'apertura di uno studio da parte di uno dei medici ricompresi all'interno dell'AFT.
2. Nel caso in cui si verifichi una carenza assistenziale dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte disponibili in una parte di AFT e tuttavia risulti sufficiente disponibilità di scelte da parte di medici della stessa AFT, la cui distanza rappresenta ostacolo per l'accessibilità dei

pazienti, l'Azienda, nelle more del conferimento di incarico a tempo indeterminato, ai sensi dell'ACN vigente conferisce un incarico a tempo determinato con apertura dello studio nella zona dell'AFT carente, al fine di garantire assistenza di prossimità; alternativamente può proporre ai medici dell'ambito l'apertura temporanea di uno studio medico, in locali aziendali, nell'area carente.

3. Il Medico con incarico a tempo determinato aderisce all'AFT e partecipa a tutte le attività previste dal presente Accordo, accedendo alle risorse dei fondi aziendali dei fattori produttivi delle AFT
4. Ai sensi dell'Art 37 comma 3 dell'ACN vigente, per l'incarico a tempo determinato è previsto il compenso di cui all'Art 47 comma 2 lettera A limitatamente al punto I) pari al compenso forfettario annuo, e all'art 47 comma 2 lettera C di cui agli allegati 6 (prestazioni aggiuntive), 8 (ADP), 9 (ADI). Viene inoltre corrisposto quanto previsto dal presente accordo, a tutti i medici per il raggiungimento degli obiettivi dell'AFT.

Art. 7 - SOSTITUZIONI DEL MEDICO A RUOLO UNICO DI MEDICINA GENERALE

1. La sostituzione del medico a Ruolo Unico di Medicina Generale a ciclo di scelta è regolamentata dall'Art 36 dell'ACN vigente, il cui comma 1 dispone l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio dell'assenza. Per le sostituzioni superiori a tre giorni, il medico sostituito comunica all'ASP le modalità di sostituzione utilizzando il modulo di cui all'allegato 1 del presente AIR. Per tutte le sostituzioni, inferiori, pari o superiori ai tre giorni, il medico ne dà comunicazione al referente di AFT qualora l'assenza determini la necessità di riorganizzazione delle attività della AFT. Il modulo di cui all'allegato 1 è altresì firmato dal medico sostituto per la parte a lui riservata.
2. In caso di sostituzione da parte di più medici, come previsto dall'art 36 comma 2 ACN, il titolare comunica al Referente AFT attraverso il modulo di cui all'allegato 1, il nominativo di tutti i medici di assistenza primaria a ruolo unico dell'AFT coinvolti.
3. In caso di impossibilità di sostituzione da parte di medici individuati dal medico titolare il Referente dell'AFT richiede ai componenti della stessa la disponibilità ad effettuare la sostituzione ed in subordine estende la richiesta ai referenti delle AFT limitrofe. Nel caso di impossibilità di sostituzione, con documentazione del rifiuto da parte dei medici interpellati, il referente di AFT ne dà comunicazione all'ASP per le procedure di cui all'Art 36 comma 3 ACN.
4. Se in presenza di più sostituti si verificasse, per il medico sostituito, l'impossibilità di percepire il compenso, come previsto dal comma 12 dell'Art 36 dell'ACN, o se il titolare è sospeso ai sensi dell'art 22 comma 1 dell'ACN, l'AFT identifica uno dei sostituti per la liquidazione delle competenze, il quale si accorderà con gli altri sostituti. L'Azienda ottempererà con le modalità previste dall'art. 36 co 12 dell'ACN vigente, per ogni singolo sostituto per la quota parte ad esso destinata.

Art. 8 - CARENZA ASSISTENZIALE ORARIA E INCARICHI A TEMPO DETERMINATO

1. In caso di carente copertura del fabbisogno orario, nelle more dell'attribuzione di nuovi incarichi a ruolo unico di cui agli articoli 33 e 34 ACN, le ASP propongono ai medici già titolari di incarico provvisorio ai sensi del precedente ACN, di cui all'ordine di priorità a), b), d) della graduatoria aziendale, l'estensione del massimale a 38 ore. Successivamente, le ASP conferiscono nuovi incarichi provvisori con le seguenti modalità:
 - a) gli incarichi vengono assegnati scorrendo nell'ordine la graduatoria aziendale di disponibilità;
 - b) tutti gli incarichi provvisori sono attribuiti a 24 ore a settimana. Inoltre, potranno mantenere (ex art. 38 co 5 ACN) l'autolimitazione del massimale a 60 ore mensili anche i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale della sezione c)

- dell'articolo 5 comma 1 del presente AIR. Tale autolimitazione potrà essere revocata dopo almeno 12 mesi e solo in caso di disponibilità oraria per il completamento a 24 ore/settimana;
- c) tutti gli incarichi hanno durata annuale e sono rinnovabili;
 - d) l'incarico si interrompe anticipatamente nel caso in cui venga reperito un medico in possesso dei requisiti richiesti per la copertura a tempo indeterminato.

Art. 9 - SOSTITUZIONI ATTIVITA' ORARIA

1. In caso di imprevista e improvvisa impossibilità a svolgere l'attività, il medico ad attività oraria provvede a farsi sostituire prioritariamente da un medico di cui all'Art 36 comma 4 ACN vigente che ne dia disponibilità. Qualora non sia possibile effettuare la sostituzione nelle modalità precedenti, il medico avvisa il Referente dell'AFT che provvederà a trovare il sostituto. Se il Referente non riesce a trovare il sostituto tra i medici dell'AFT, provvederà a interpellare le AFT vicine e nel caso in cui non riesca a trovare, in modo documentabile, il sostituto lo comunicherà formalmente (via pec) all'ASP che procederà alla sostituzione, ai sensi dell'Art 36 comma 5 dell'ACN.
2. L'assegnazione di incarico attraverso la graduatoria di cui all'articolo 19 comma 6 ACN 2019-21 deve essere di durata pari alla sospensione del medico sostituito. A tal fine le ASP scorrono la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art. 5 del presente AIR. Il medico che accetta la sostituzione non viene cancellato dalla graduatoria aziendale in vigore in quanto mantiene il diritto di ricevere proposta di incarico a tempo determinato, se resosi necessario presso l'ASP, anche durante la sostituzione la quale, nel caso, verrà affidata ad altro medico.

Art. 10 - SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI

1. In caso di sospensione dagli incarichi superiore a 3 giorni, il medico di Medicina Generale a Ruolo Unico ne dà comunicazione al Referente AFT che provvederà alla sostituzione come indicato negli articoli precedenti.

Art. 11 - MASSIMALI DI SCELTA

1. I massimali di scelta sono quelli identificati e disciplinati nell'ACN 2019/2021.
2. L'incarico di Ruolo Unico di Assistenza Primaria viene conferito fino ad un massimale di 1500 assistiti ex art. 38 ACN vigente.
3. Le scelte in deroga di cui all'art 39 commi 4, 5, 6, 7 sono acquisibili nella misura del 20% del massimale individuale, compreso quello derivante da pregresse autolimitazione. Tali scelte non vengono calcolate ai fini del passaggio al parametro successivo di cui all'art. 38 comma 1 e all'articolo 35 comma 5 ACN vigente. Le scelte in deroga di cui all'art. 39 commi 4, 5, 6 ACN, sono acquisibili solo previa formale accettazione scritta del medico. In ogni caso non è consentito superare le 1800 scelte complessive.
4. Il massimale orario è pari a 24 ore settimanali, per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale per gli incarichi a tempo determinato.
5. Per i medici corsisti di medicina generale si applica la compatibilità ore/scelte ACN 2024 art.38 comma 9
6. E' possibile richiedere l'autolimitazione per la scelta dei pazienti, in misura non inferiore a 1200 assistiti, per non meno di 24 mesi.

Art. 12 - COMITATO AZIENDALE E RAPPRESENTATIVITA'

1. Il Comitato Aziendale, regolamentato dall'Art 12 dell'ACN vigente, è composto dal legale rappresentante provinciale di ogni sigla sindacale firmataria dell'AIR vigente o suo delegato e da

pari numero di rappresentanti di parte pubblica. Le parti possono avvalersi di consulenti che tuttavia non risultano come componenti del Comitato.

2. Il Comitato nomina i rappresentanti di parte sindacale per la composizione della Commissione Formazione Aziendale per la Medicina Generale e contribuisce alla realizzazione del PFA di cui all'Art 26 commi 2 e 3 dell'ACN vigente.
3. Il Comitato propone al Direttore Generale il nominativo di tre medici di medicina generale tra cui nominare il rappresentante per l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari Convenzionati (UPDC) previsto dall'Art 25 comma 3 dell'ACN. La durata dell'incarico coincide con quella prevista dall'ASP per l'UPD. Il successivo incarico segue la medesima procedura.
4. Per l'attività negoziale a livello aziendale si rimanda all'ACN art. 3 co.5 che definisce l'ambito di azione dell'attività negoziale e art. 15 co. 4 e co. 5 che ne regolamentano la rappresentatività.

Art. 13 - PARTECIPAZIONE A GRUPPI DI LAVORO E COMITATO AZIENDALE

1. Al fine di consentire la piena e produttiva partecipazione dei medici di medicina generale ai momenti di programmazione e gestione aziendale e distrettuale, come previsto dall'Art 17 dell'ACN, a titolo di rimborso forfettario delle spese di viaggio e sostituzione è riconosciuta:
 - una indennità di partecipazione di € 100;
 - una indennità di spostamento pari all'importo identificato per le spese di viaggio nella pubblica amministrazione.
2. Il referente AFT è componente di diritto dell'Ufficio di Coordinamento Distrettuale, di cui all'art. 45 co 8 dell'ACN vigente. Nel caso in cui in un distretto insistano più AFT, per la partecipazione alla UCAD sarà individuato un unico referente di AFT - almeno, nella misura di uno ogni tre AFT - e comunque parametrato alla parte pubblica.
3. I compensi di cui al presente articolo sono a carico delle Aziende nell'ambito della quale operano i singoli medici.

Art. 14 INDENNITÀ CHILOMETRICA

1. Al medico RUAP che espleta servizio in attività programmate dall'azienda (nel caso di mancata di disponibilità del mezzo aziendale e comunque fuori dal territorio del Comune) diurne domiciliari (ex art. 16 co. 16 del presente accordo) con mezzo di trasporto proprio o attività notturna a quota oraria, spetta un'indennità chilometrica pari al costo di un litro di benzina verde per ora di incarico art. 47 comma 8 ACN 2024.

CAPO II - AFT

Art. 15 - DEFINIZIONE DELLE AFT

1. Fatto salvo quanto previsto all'art. 29 dell'ACN 2019-2021, l'AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189 – costituisce l'aggregazione organizzativa monoprofessionale che persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione.
2. Al fine di espletare i propri compiti e funzioni, il medico del ruolo unico di assistenza primaria svolge la propria attività individualmente e in integrazione della propria AFT (art. 43 co. 2 ACN); a questa afferiscono tutti i Medici di assistenza primaria (che assumano o meno l'incarico del Ruolo Unico), quale condizione irrinunciabile per l'accesso e il mantenimento della convenzione – ex art. 43 co.4 ACN) per assistere un bacino di popolazione omogeneo per collocazione geografica e accessibilità ai servizi sanitari. La AFT diviene la nuova formula associativa della medicina generale: i medici sono connessi tra loro mediante una struttura informatico telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni medico della AFT ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure (art. 29 co 9 ACN)
3. Il modello organizzativo delle AFT e la loro istituzione sono stati definiti dalla Regione con D.A. n. 605 dell'11/06/2025 pubblicato in GURS n. 27 del 20/06/2025 (All.A e All.B) a cui si rimanda.
4. Gli studi dei Medici a Ruolo Unico che afferiscono alla medesima AFT insistono nelle aree omogenee identificate geograficamente (quartieri, circoscrizioni, comuni, comunità montane, isole, etc.), ricadenti nel territorio della stessa AFT
5. Con il sopra citato D.A., facendo riferimento alle delibere delle Aziende di istituzione delle AFT, secondo quanto previsto dall'art. 32 co. 3 dell'ACN 2019-2021 e dall'art. 8 co.2 lett. a) dell'ACN 2019-2021 sono state istituite, in tutto il territorio regionale, n. 147 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Medicina Generale del Ruolo Unico e, al territorio delle stesse, sono stati ricondotti gli ambiti territoriali per la valutazione del fabbisogno assistenziale del Ruolo Unico ai fini dell'acquisizione delle scelte e per l'attività oraria di assistenza primaria

Art. 16 - ATTIVITA' ASSISTENZIALE DELL'AFT

1. Il medico del Ruolo Unico svolge la propria attività individualmente e in integrazione con gli altri medici di assistenza primaria della propria AFT; partecipa inoltre alle attività della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento (UCCP). Per un maggior dettaglio si rimanda a quanto previsto dall'ACN agli articoli 29, 43 e 44, e dal D.A. n. 605 dell'11/06/2025 pubblicato si GURS n. 27 del 20/06/2025 che ha definito il modello organizzativo assistenziale nella Regione siciliana.
2. Ai sensi del DA 605/2025 ogni AFT deve avere almeno una sede aziendale di accesso (“sede unica di AFT”) facilmente riconoscibile dalla popolazione che garantisca l'accessibilità h24. Le Aziende sanitarie provinciali, ai sensi dell'art. 29 comma 4, possono attivare sedi secondarie di AFT al di fuori delle case di comunità, sulla base di una valutazione delle esigenze rilevate localmente e dell'offerta presente sul territorio, anche in sedi proposte dai medici componenti la AFT, previa autorizzazione del Distretto nell'ambito della programmazione aziendale.
3. Ai sensi del DA 605/2025 (All.B) e come riportato dall'art. 29 co. 6 dell'ACN i compiti essenziali della AFT sono:
 - a) assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti (co. 13 del presente articolo);

- b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
- c) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.
4. La continuità della presa in carico del paziente, per l'intero arco della giornata e della notte per sette giorni alla settimana, è assicurata attraverso l'attività a ciclo di scelta e l'attività oraria dei Medici a Ruolo Unico di Assistenza Primaria, organizzati in AFT, quale formula aggregativa della medicina generale, secondo il modello definito dal citato D.A. n. 605 dell'11/06/2025
5. L'apertura coordinata degli studi dei medici di Assistenza Primaria a Ciclo di scelta garantisce l'assistenza della popolazione afferente alla AFT, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8 alle ore 20 (ex art. 35 co 5 ACN – DA 605/25 all. B – Linee di indirizzo Accordo Stato regioni 25/117/CR05a/C7) Il referente AFT vigilerà sulla corretta attuazione.
6. L'attività assistenziale dell'AFT a prestazione oraria, oltre a quanto disciplinato dall'art. 44 co 1, 2, 3 dell'ACN, prevede, secondo il modello regionale ex D.A. n. 605 dell'11/06/2025 all. "B" (a cui si rimanda) attività di:
- a) medicina proattiva nell'ambito della prevenzione e della gestione delle patologie croniche;
- b) prestazioni di livello territoriale non differibili, anche a seguito di richiesta/invio da parte del servizio NEA 116117.
7. La AFT, in coerenza con quanto previsto dall'ACN vigente, realizza la continuità dell'assistenza h24 per sette giorni alla settimana per garantire una effettiva presa in carico dell'utente.
8. In particolare, i medici dell'AFT, nello svolgimento dell'attività oraria, garantiscono il primo livello di presa in carico della popolazione ad essa affidata nell'intero arco delle 24 ore. Le AFT partecipano al secondo livello di presa in carico di ciascun territorio di competenza in integrazione con la specialistica ambulatoriale e le altre professionalità presenti nel distretto, nell'ambito dei team multiprofessionali (UCCP).
9. I medici dell'AFT appartenenti alle forme associative, già costituite ai sensi dei precedenti ACN (dall'Art 59 lettera B, comma 1 dell'ACN 2005) e AIR, integrano le attività svolte con quelle dell'AFT fino al perdurare delle suddette forme associative.
10. Ogni AFT ha un team multiprofessionale di riferimento, con cui si relaziona per la gestione della popolazione in carico, sia per le prestazioni utili ad occasionali approfondimenti, di livello territoriale (ad esempio quesiti diagnostici o terapeutici, che non comportano lo sviluppo di ulteriori percorsi), sia per la presa in carico nell'ambito di una patologia cronica attraverso la condivisione di PDTA, di Piani di cura individuali ed il monitoraggio dei risultati di salute.
11. L'AFT garantisce all'interno della programmazione aziendale e distrettuale nella sede dell'AFT la gestione della diagnostica di primo livello strumentale/telemedicina nella gestione dei PDTA dei cronici e contribuire a contenere le liste d'attesa attraverso il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Gli obiettivi e l'implementazione della diagnostica di primo livello oltre che della gestione dei PDTA dei cronici sarà argomento di trattazione del comitato Aziendale. Le risorse saranno reperibili dai fondi eventualmente messi a disposizione dall'abbattimento delle liste d'attesa e da fondi aggiuntivi eventualmente assegnati dalle Aziende.
12. La AFT garantisce la continuità dell'assistenza per la gestione delle prestazioni non differibili e delle attività programmate dalle 8 alle 20 dei giorni feriali attraverso l'opera del medico a ciclo di scelta e a quota oraria. Dalle 20 alle 8 feriali e nell'intera giornata dei giorni festivi e prefestivi, l'AFT eroga l'assistenza in attività oraria, prevalentemente per la gestione delle prestazioni indifferibili, senza precludere eventuale attività programmata.
13. L'AFT garantisce assistenza ai cittadini non residenti nella Regione Siciliana secondo quanto stabilito dall'art.46 ACN. Tali prestazioni, a carico dei cittadini non residenti, saranno retribuite al RUAP, direttamente al Medico RUAP in servizio che rilascerà apposita quietanza , con i seguenti

compensi:

- visita ambulatoriale: 20 euro
- visita domiciliare 35 euro
- prestazioni ripetibili: 5 euro .

14. Ai sensi dell'art. 44 co.1, l'attività oraria dell'AFT è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale e rivolta agli assistiti dell'AFT di riferimento; pertanto, la turnazione dei medici nella AFT è definita dal Referente della stessa in accordo con il livello distrettuale, nelle modalità previste dal regolamento di funzionamento aziendale di cui all'art. 29 co 12 dell'ACN.
15. Ogni distretto valida l'assegnazione dei turni di attività oraria svolta a favore di tutti gli assistiti in ambito distrettuale sentite le proposte concordate tra i medici di AFT e il Referente. La continuità dell'assistenza è garantita 7 giorni su sette h24 dai medici della AFT nei suoi assetti istituzionali (studi medici del ciclo di scelta e negli ambulatori ad attività oraria presso le Aziende). Il modello organizzativo regionale prevede anche la possibilità di un'assistenza notturna h4, dalle 20:00 alle 24:00, come strumento di completamento della continuità dell'assistenza secondo le esigenze rilevate dalle Aziende. Tale assistenza deve essere organizzata dal Distretto e le modalità di attuazione devono essere concordate con il Referente dell'AFT al fine di agevolare ed armonizzare le turnazioni diurne-notturne previste in AFT, ad esempio anche agganciando il turno pomeridiano con quello notturno di 4 ore.
16. I medici della AFT, in attività oraria, nell'ambito delle attività assistenziali distrettuali programmate dall'Azienda, possono svolgere anche servizi domiciliari diurni per pazienti fragili.
17. I medici della AFT e il Direttore del Distretto pongono in essere ogni attività di comunicazione verso gli assistiti e verso la cittadinanza sulle modalità di accesso e sul tipo di assistenza prestata anche con il coinvolgimento del Terzo Settore rappresentato nella Casa della Comunità. Il NEA 116117 fornisce le informazioni sull'assistenza territoriale ai cittadini.
18. In merito alla necessità prescrittiva di presidi e ausili, dopo la prima prescrizione dello specialista e/o UVM, il Medico RUAP può rinnovare la prescrizione fino a cessata necessità o variazione assistenziale. La Regione si impegna a favorire l'adozione da parte delle Aziende sanitarie di sistemi informatici/informativi che facilitino il rinnovo dei presidi e ausili con add-on che dialoghino con i gestionali dei RUAP.
19. In occasione della ricorrenza della festa patronale e del prefestivo il medico RUAP titolare di scelte non è tenuto a svolgere l'attività a scelta. L'AFT, pertanto, garantirà la continuità dell'assistenza tramite l'attività oraria H24. Compete al Comitato, ai sensi dell'art. 12 dell'ACN, individuare nell'ambito dei comuni della propria ASP i giorni delle feste patronali.
20. I RUAP titolari di scelte usufruiranno della festa patronale limitatamente al comune in cui esercitano.

Art. 17 - GLI OBIETTIVI DELLA AFT

1. Il Sistema sanitario deve garantire a tutti i cittadini l'erogazione di prestazioni essenziali - identificate tra i "Livelli essenziali di assistenza (LEA)" - miranti a raggiungere gli obiettivi di salute indicati dai Piani sanitari nazionali, in particolare il Piano Nazionale della prevenzione, i programmi di screening oncologici e il Piano per la cronicità e dai PDTA e linee di indirizzo regionali.
2. L'effettiva erogazione dei LEA è valutata, a livello nazionale, in base a specifici indicatori, identificati dal Ministero della Salute nell'ambito di un sistema chiamato "Nuovo Sistema di Garanzia" e suddivisi in aree diverse (prevenzione collettiva e sanità pubblica; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera; stima del bisogno sanitario; equità sociale; monitoraggio e valutazione dei PDTA). Tutte le Regioni sono sottoposte a monitoraggio annuale di tali indicatori e tutti i livelli assistenziali devono concorrere al raggiungimento dei valori attesi.

3. L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) ha come compito principale quello di prendersi cura di una determinata porzione di popolazione ed è quindi responsabile della corretta erogazione di alcuni dei LEA di livello territoriale, in particolare nell'ambito della prevenzione e della presa in carico dei pazienti cronici.
4. Pertanto, in questo Accordo Integrativo, si stabilisce che obiettivo della AFT, per gli assistiti in carico, è rappresentato dal raggiungimento di valori specifici relativi ad indicatori inerenti a:
 - screening oncologici (colon retto; cervice uterina; mammella);
 - vaccinazione antiinfluenzale;
 - presa in carico dei pazienti cronici;
 - riduzione della antibioticoresistenza;
5. I risultati di salute sono valutati come risultato complessivo della AFT e non come risultato del singolo RUAP componente della stessa AFT. Pertanto gli indicatori saranno calcolati sull'intera popolazione presa in carico dalla AFT.
Per gli anni 2025 e 2026 si rimanda alla Norma Transitoria n. 2 e all'art. 37 del presente AIR.
6. Nello specifico gli indicatori utilizzati saranno coerenti con quanto previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia e precisamente:

A. SCREENING ONCOLOGICI

Proporzione di persone che hanno effettuato i test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon-retto, sulle rispettive popolazioni target.

- Valore atteso per la cervice uterina: 30%
- Valore atteso per la mammella: 40%
- Valore atteso per il colon-retto: 30%

B. VACCINAZIONE ANTIINFLUENZALE

Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>65aa). Valore atteso 75% rilevato dal modello AVUR:

C. GOVERNO CLINICO

Presenza in carico dei pazienti cronici

Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO).

- Valore atteso: 40%

Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico (con ACE inibitori o sartani; con beta-bloccanti) come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco).

- Valore atteso: 65%

Percentuale di pazienti diabetici che seguono le seguenti raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Diabete).

- Valore atteso: 60%

Lista Trapianti

I RUAP garantiscono, per i pazienti con Insufficienza Renale cronica in stadio 5° e filtrato glomerulare sotto 20 ml/min (ancora in fase conservativa), l'invio, con prescrizione di "visita nefrologica L.A.T." (Lista Attesa Trapianti) per essere sottoposti a valutazione per trapianto e, se eleggibili, inseriti in Lista Trapianti. Indicatore utilizzato:

- n. pazienti inviati, con prescrizione, alla valutazione LAT (lista attesa trapianti) per trapianto /
- n. dei pazienti con Insufficienza Renale cronica in stadio 5° e filtrato <20
 - Valore atteso: 90%

Tale indicatore sarà autocertificato dai RUAP e l'autocertificazione dovrà contenere i codici fiscali dei pazienti inviati.

Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici

- Valore atteso: riduzione del 10% rispetto all'anno precedente, al netto delle prescrizioni indotte. Tale valore atteso sarà oggetto di rivalutazione annuale

7. Il sistema degli obiettivi è dinamico e ogni anno saranno aggiornati gli indicatori e i valori attesi, in relazione agli obiettivi assegnati alle Regioni dal Ministero o in base a specifiche esigenze assistenziali della Regione Siciliana. In ogni caso nuovi indicatori vanno condivise entro il 30 novembre di ogni anno, con le OO.SS. di categoria ed eventualmente riviste le percentuali aggiuntive sentite le OO.SS.
8. Il raggiungimento dei risultati previsti (valori attesi) permette ai medici dell'AFT di accedere alla parte variabile del compenso economico.

Art. 18 – LA REMUNERAZIONE DELL'AFT

1. Secondo quanto previsto dall' art. 29 co 11 ACN la valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali (art. 17 del presente AIR) costituisce un elemento per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.
2. La remunerazione delle AFT, in ragione dei risultati ottenuti sono regolamentati dall' art. 47 co. 2 lettera B dell'ACN 2019-2021: "[...]Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali vengono definite le modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione agli obiettivi assegnati, facendo riferimento a specifici indicatori." Tali indicatori sono quelli definiti nel "Nuovo Sistema di Garanzia" e misurano il raggiungimento degli obiettivi, inerenti all'effettiva erogazione dei LEA. Sono utilizzati dal Ministero della Salute per valutare le Regioni e a loro volta le Regioni li assegnano ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e a tutti i livelli organizzativi (incluso il RUAP) che, con differenti attività e grado di responsabilità, contribuiscono al raggiungimento del medesimo risultato misurato con gli stessi indicatori che sono inseriti nell'art. 17 del presente AIR. Nell'ambito di questo processo tutto il SSR viene valutato annualmente e ciascun soggetto coinvolto accede alla parte variabile della propria remunerazione a seguito di verifica del raggiungimento dei risultati attesi.
3. Per le attività di medicina proattiva, ad ogni AFT viene assegnato un budget valorizzato utilizzando i fondi di cui all'art. 47 co 2 lettera B dell'ACN 2019-2021 per la presa in carico dei pazienti cronici (di cui all'art. 17 del presente AIR), incrementati dal finanziamento per i risultati della copertura vaccinale della popolazione over 65 (di cui all'art. 17 del presente AIR) e dal finanziamento per i risultati di supporto allo screening (di cui all'art. 17 del presente AIR). In particolare si utilizzano i seguenti criteri di valorizzazione del budget AFT con lo scopo di definirne l'ammontare che verrà corrisposto ai medici della stessa in base alla partecipazione e al raggiungimento dei valori attesi, valutato come risultato della AFT:
 - a) **valorizzare** il budget AFT per il Governo Clinico (secondo quanto definito all'art. 17 del

presente AIR) con € 7,13 lordi ad assistito della AFT (assistiti calcolati con la metodologia di rilevazione delle zone carenti ex art. 32 co 2 ACN);

- b) **valorizzare** il budget AFT per la copertura vaccinale antiinfluenzale degli over 65 aa (secondo quanto definito all'art. 17 del presente AIR), con € 4 lordi ad assistito >65 aa della AFT vaccinato (fermo restando quanto previsto nell'accordo integrativo specifico per le vaccinazioni, siglato in data 29/09/2025) che verrà erogato al raggiungimento del valore atteso di cui all'art. 17 del presente AIR. La somma così valorizzata verrà distribuita ai medici, previa valutazione da parte del Referente AFT, in base al grado di partecipazione degli stessi al processo di realizzazione del risultato.

Nel caso in cui la AFT non raggiunga il risultato, verranno corrisposti ai singoli medici € 10 lordi a vaccino inoculato (e €15 al domicilio del paziente) e documentato dal sistema informatico AVUR e/o cartaceo (in base a quanto previsto nell'accordo integrativo specifico per le vaccinazioni, siglato in data 29/09/2025) ;

- c) **valorizzare** il budget AFT per il supporto allo screening (secondo quanto definito all'art. 17 del presente AIR) nel seguente modo:

- per la cervice uterina: € 5,00 lordi per paziente che ha effettuato lo screening in caso di raggiungimento del valore target definito dal presente AIR;
- per la mammella: € 5,00 lordi per paziente che ha effettuato lo screening in caso di raggiungimento del valore target definito dal presente AIR
- per il colon-retto: € € 5,00 lordi per paziente che ha effettuato lo screening in caso di raggiungimento del valore target definito dal presente AIR.

Il budget AFT valorizzato in ragione della popolazione target presente nei territori delle stesse viene distribuito, per ogni screening, ai medici delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, in base alla partecipazione, verificato il raggiungimento del valore atteso inserito nell'art. 17 del presente AIR.

4. Il budget così composto viene assegnato dall'Azienda alla AFT, in caso di raggiungimento dei singoli target previsti:

- a) per il governo clinico, anticipatamente (v.comma 6), in ragione della consistenza numerica della popolazione assistita (come indicato al co. 4 lett. a) del presente articolo);
- b) per le vaccinazioni in ragione della consistenza numerica della popolazione >65 aa vaccinata della AFT (come indicato al co. 4 lett. b) del presente articolo);
- c) per gli screening in ragione della consistenza numerica della popolazione target che ha effettuato lo screening della AFT (come indicato al co. 4 lett. c) del presente articolo).

5. A seguito di verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi, il budget viene parametrato ai risultati raggiunti per ogni obiettivo in base al valore atteso inserito e riportato nell'art. 17 del presente AIR relativo alla parte variabile.

6. La parte variabile della remunerazione dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria è, quindi, legata al raggiungimento degli obiettivi della AFT, coincidenti con quelli assegnati alle Aziende sanitarie e riportati nell'art.17 del presente AIR.

Per gli obiettivi inerenti al “governo clinico” di cui all'art.17 comma 6 lett.C del presente AIR, la parte variabile viene corrisposta in modo anticipato mensilmente, con monitoraggio trimestrale da parte del referente AFT sulla scorta delle autocertificazioni del medico RUAP e valutazione annuale da parte dell'azienda con eventuale recupero delle somme in caso di mancato raggiungimento dei risultati attesi alla data del 31 dicembre di ogni anno.

Per gli obiettivi inerenti agli “screening oncologici” di cui all'art 17 c.6 lett.A del presente AIR e alla “vaccinazione antiinfluenzale” di cui all'art 17 c.6 lett.B del presente AIR, la remunerazione sarà effettuata annualmente e rispettivamente sui dati verificati al 31 dicembre di ogni anno e alla fine della campagna vaccinale (dati verificati al 28-29 febbraio di ogni anno).

7. I medici RUAP autocertificano mensilmente i risultati raggiunti al Responsabile della AFT che

monitora tali risultati e coordina le eventuali azioni di miglioramento.

Il responsabile della AFT trasmette trimestralmente al Distretto una dichiarazione sostitutiva in cui autocertifica i risultati raggiunti dalla AFT e una relazione sulle eventuali azioni di miglioramento poste in essere o quelle previste e propone eventuali azioni congiunte al distretto per favorire il conseguimento degli obiettivi.

Annualmente l’Azienda verifica, attraverso l’U.O. controllo di gestione, il raggiungimento dei risultati previsti e ne dà comunicazione al Direttore delle U.O. di Cure Primarie, che in caso di mancato raggiungimento degli stessi, procede al recupero delle somme anticipate.

8. La corresponsione di quanto dovuto ai singoli medici, effettuato dall’Azienda a seguito di valutazione del Referente della AFT, verrà suddivisa ai professionisti in base ai risultati raggiunti dalla AFT nel suo complesso. Sono esclusi dalla corresponsione della parte variabile i medici ad attività oraria che decidono di non assumere l’incarico di Ruolo Unico ex art. 31 e 32 dell’ACN 2019-2021. La parte assegnata alle AFT per tali medici, verrà equamente distribuita ai medici che hanno raggiunto gli obiettivi previsti a meno di documentata impossibilità a raggiungere gli stessi.
9. Al fine di accompagnare il processo di riorganizzazione dell’assistenza sanitaria determinata dall’introduzione del Ruolo Unico, per gli anni 2025 e 2026 si rimanda alla Norma Transitoria n.2 e art. 37 del presente AIR.

Art. 19 – TRATTAMENTO ECONOMICO PER L’ATTIVITA’ ORARIA ED ALL’INTERNO DELLA CASA DELLA COMUNITA’

1. Con D.A. 605 dell’11/06/2025, a cui si rimanda, la Regione ha istituito complessivamente n. 147 AFT del Ruolo Unico di Assistenza Primaria e ne ha definito l’assetto organizzativo (ex art. 2 co.2 dell’ACN 2019/2021).
2. Nell’ambito del modello organizzativo definito dalla Regione, tra le varie indicazioni che qui si intendono riportate, si evidenzia che: *“In ogni Casa della Comunità (CdC) Hub e Spoke deve esserci almeno una sede della AFT che ne garantisca l’accessibilità h24; nel caso in cui la CdC insista in un territorio che ricomprende più AFT, ognuna di esse dovrà avere un punto di accesso nella CdC, per garantire a tutta la popolazione presa in carico eguale livello assistenziale”*.
3. Criteri di priorità per l’attribuzione dell’attività oraria, oltre quelli previsti dall’ACN, sono i seguenti:
 - a) Medici che hanno assunto incarico di RUAP (ACN 2024), nel rispetto di quanto stabilito all’art. 38 ACN.
 - b) In caso di carenza potranno essere coinvolti, temporaneamente e su base volontaria, i medici che hanno assunto incarico di RUAP (ACN 2024) che hanno esaurito il debito orario (ex art. 38 ACN), in forma di disponibilità aggiuntiva pari a 6 ore settimanali.
 - c) Medici a Ruolo Unico ad attività oraria ACN 2022 che non hanno optato per l’assunzione dell’incarico di RUAP per un massimo di 6 ore diurne settimanali, ex art 38 co 8, per lo svolgimento di attività istituzionali e progetti aziendali (es. Ambulatori Codici Bianchi presso i Pronto Soccorso degli Ospedali) e con la retribuzione prevista all’art.47, co.3 lett.A.
 - d) Espletate le procedure ai punti precedenti si attingerà, per incarichi temporanei, alle graduatorie aziendali di disponibilità stilate ai sensi dell’art.19 ACN/2024.
4. L’attività oraria della Medicina del Ruolo Unico di assistenza primaria viene retribuita con €26,77/ora lordi (ex art. 47 co. 3 lett. A.).
5. L’attività oraria diurna svolta nelle Case della Comunità Hub e Spoke, in quanto attività di medicina proattiva (come indicato nel citato D.A. 605/2025 e secondo quanto previsto dal DM77/22), verrà retribuita con una quota aggiuntiva di € 15,03 lordi, per un totale di € 41,80/ora lordi, come previsto all’art. 47 co. 3 lett. C. dell’ACN 2024. Eventuali incrementi orari per le attività orarie notturne saranno valutate sulla base della disponibilità di risorse economiche

nell'ambito dei finanziamenti previsti per il personale sanitario.

6. Le ore di attività prestate nelle giornate festive e negli orari sotto indicati saranno retribuite con una maggiorazione di 6 euro l'ora, al lordo degli oneri previdenziali:

- 1 Gennaio 8:00-20:00
- 6 Gennaio 08:00 – 20:00
- Pasqua 08:00 – 20:00; 20:00 – 08:00
- Lunedì di Pasqua 08:00 – 20:00
- 25 Aprile 8:00 – 20:00
- 1 Maggio 08:00 – 20:00
- 15 Agosto 08:00 – 20:00
- 24 Dicembre 20:00 – 08:00
- 25 Dicembre 08:00 – 20:00; 20:00 – 08:00
- 26 Dicembre 08:00 – 20:00
- 31 Dicembre 20:00 – 08:00

Ulteriore maggiorazione di 3 euro l'ora è retribuita l'attività oraria nei giorni ed orari 1 Gennaio 08:00 – 20:00, Pasqua 08:00 – 20:00, 24 Dicembre 20:00 – 08:00, 25 Dicembre 08:00 – 20:00 e 31 Dicembre 20:00 – 08:00.

Art. 20 - IL REFERENTE AFT E IL SUO SOSTITUTO

1. Il referente di AFT opera ai sensi dell'Art 30 dell'ACN vigente (che qui si intende riportato), come integrato dal presente Accordo Regionale e dal regolamento di AFT di cui all'art 29 comma 12 ACN.
2. L'incarico di referente di AFT ha una durata di 3 anni, rinnovabili, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 30 co 7 dell'ACN vigente.
3. La designazione del referente avviene attraverso elezione diretta da parte di tutti i medici del ruolo unico di assistenza primaria dell'AFT con incarico a tempo indeterminato e temporaneo. Le suddette elezioni sono organizzate a livello Distrettuale dalle Aziende Sanitarie Provinciali nei locali dell'azienda con personale di supporto; nelle more della stesura dei Regolamenti di Funzionamento di cui all'art. 29 co. 12 ACN che uniformi le attività di scelta del Referente, in prima applicazione, il Dipartimento di Cure Primarie e il Comitato Aziendale definiscono le linee operative per garantire la trasparenza e l'utilizzo della stessa metodologia in tutti i Distretti. Le attività elettive, in ogni Azienda, devono avvenire contemporaneamente in ogni Distretto preferibilmente in un giorno pre-festivo.
4. La designazione dei Referenti AFT deve avvenire entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente AIR.
5. Il Referente di AFT è eletto da tutti i medici componenti l'AFT mediante elezione a maggioranza dei voti, valida in prima convocazione con la partecipazione di almeno il 50%+1 dei componenti la AFT, successivamente con qualunque percentuale di partecipanti.

6. Sono candidabili tutti i medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria dell'AFT a tempo indeterminato in possesso di apposita formazione che soddisfi tutti i criteri previsti per la gestione manageriale (corso per responsabili di struttura o specifico corso per Referente di AFT con certificazione equipollente ai corsi per assunzione di incarico di struttura) già acquisita o da acquisirsi entro il primo anno di incarico. La AFT comunica il nome del candidato eletto all'Azienda che ratifica la nomina e cura la redazione della delibera, previa verifica dei requisiti.
7. Il referente di AFT:
 - coordina l'attività dell'assistenza dell'AFT ai sensi dell'Art 30 comma 3, informando l'ASP in caso di necessità per il reclutamento di nuovi medici attraverso la graduatoria aziendale di disponibilità;
 - coordina le attività di medicina di iniziativa, di gestione della cronicità, di diagnostica di primo livello e ogni altra progettualità dell'AFT;
 - si coordina con il Distretto per le progettualità condivise con i dipendenti aziendali e/o con altri convenzionati;
 - ai sensi dell'articolo 25 comma 2 ACN 2019-2021, su richiesta del direttore di distretto, verifica con lo stesso la sussistenza delle circostanze necessarie ad avviare un eventuale procedimento disciplinare;
 - concorre alla gestione della piattaforma di interfaccia tra i gestionali per la realizzazione e il mantenimento della rete di AFT;
 - fornisce i dati aggregati relativi all'attività di AFT con il supporto del personale amministrativo dell'AFT;
 - promuove la gestione integrata delle patologie croniche per il raggiungimento degli obiettivi di AFT;
 - promuove e coordina le attività vaccinali e screening di AFT effettuate dai medici di AFT;
 - convoca e conduce la riunione periodica di AFT, sia a carattere organizzativo che clinico, redige e invia il relativo verbale al Distretto.
 - collabora con l'Azienda nella diffusione delle informazioni, nelle iniziative formative, nelle necessità organizzative correlate a specifiche iniziative aziendali.
8. Il Referente AFT è il primo valutatore dei medici appartenenti all'aggregazione e svolge le attività annuali e intermedie di valutazione dei risultati che l'AFT deve raggiungere secondo quanto indicato negli art. 16, 17 e 18 del presente AIR.
9. Il referente di AFT, per l'esercizio delle sue funzioni, può farsi coadiuvare dal suo sostituto.
10. Il referente di AFT non è titolato attraverso tale ruolo alla firma di Accordi con l'ASP o con il Distretto che non gli siano specificamente attribuiti dalla normativa vigente.
11. Annualmente il Distretto, tramite l'UCAD, individua, in relazione ai compiti assegnati, gli obiettivi per i referenti di AFT da valutarsi con indicatori (di risultato) coerenti e funzionali a quelli dell'AFT definiti nell'art. 17 del presente AIR.
12. Per la sua attività, al referente di AFT viene corrisposta una indennità mensile fissa lorda di € 1000 a cui si aggiunge una premialità per il raggiungimento dei risultati legati agli obiettivi della AFT, pari a € 500 mensili lordi corrisposti annualmente in unica soluzione in esito alla verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi prefissati. Anche il referente AFT è sottoposto a valutazione annuale dal Direttore Generale dell'Azienda (ex art. 30 co. 7 ACN vigente).
13. Il compenso per il sostituto del referente di AFT è liberamente determinato tra il titolare e il sostituto, in modalità libero- professionale.
14. Il compenso del Referente di AFT viene finanziato con risorse attinte dai fondi già previsti dall'ACN vigente all'art. 47 comma 2 lettera B punto II (quota capitaria) e art. 47 comma 3 lettera B (quota oraria).
15. Il referente, oltre ai casi previsti dall'ACN 2024 decade su richiesta di 2/3 dei medici dell'AFT oppure per mancato conseguimento degli obiettivi organizzativi e/o ottemperanza ai compiti

previsti dall'art. 30 dell'ACN/2024.

Art. 21 - RIUNIONE DI COORDINAMENTO, PROGRAMMAZIONE E VERIFICA DELLA AFT (RIUNIONE DI AFT)

1. I medici di ciascuna AFT si riuniscono con cadenza periodica presso i locali individuati dall'Azienda o dalla AFT stessa, fatto salvo i medici in servizio, in malattia o che hanno prodotto adeguato giustificativo
2. Alla riunione periodica di AFT partecipano tutti i Medici operanti nella AFT.
3. La riunione ha lo scopo di:
 - monitorare il livello di raggiungimento degli obiettivi
 - condividere, da parte del Referente, l'attività svolta
 - coordinare la continuità dell'assistenza
 - coordinare le attività orarie diurne
 - **coordinare le attività condivise per la gestione della cronicità, della indifferibilità, della prevenzione, comprese le campagne vaccinali**
 - programmare le attività inerenti ai progetti aziendali e distrettuali di AFT
 - verificare le progettualità in corso
 - verificare le criticità emergenti in tema di continuità dell'assistenza, **invio dei pazienti al secondo livello**, relazioni con il distretto e con l'ospedale
 - verificare eventuali criticità di assistenza presso tutte le strutture territoriali intermedie: Case della Comunità, COT; Ospedale di Comunità; RSA, etc. che insistono nell'ambito territoriale ove opera la AFT.
4. La riunione si svolge con cadenza almeno trimestrale anche utilizzando strumenti telematici, garantendo l'attività lavorativa programmata, nelle realtà orograficamente disperse
5. In caso di mancata partecipazione alle attività dell'AFT e di ingiustificata assenza in due consecutive riunioni, è prevista per il medico inadempiente l'applicazione delle procedure disciplinari di cui all'art. 25 del vigente ACN.
6. Il Referente di AFT redige e inoltra al Distretto il verbale della riunione.

Art 22 -LA FORMA AGGREGATIVA DELLA AFT

1. La partecipazione alla formula aggregativa della AFT è condizione irrinunciabile per accedere e/o mantenere la convenzione (art. 43 punto 4 del ACN 2024), pertanto non è assimilabile agli istituti già previsti dagli Accordi Collettivi Nazionali pregressi (ex art. 59 lett. B punto 1 lettera a) AA.CC.NN. 2005 e 2009) che riconoscevano tali attività come incentivanti e la cui copertura era limitata a specifiche percentuali di assistiti.
2. L'Aggregazione Funzionale Territoriale è costituita da un gruppo di medici di assistenza primaria (in media n.31) che si prende cura della popolazione residente nel territorio della AFT stessa (una porzione media di 30.000 abitanti). La parola aggregazione esplicita l'assetto di équipe in cui i medici svolgono la loro attività. Tale assetto è l'essenza della AFT e prevede la condivisione e la circolarità dei dati sanitari di tutti i pazienti della AFT tra i medici che la compongono (compresi quelli solo ad attività oraria che, nel momento di passaggio, non hanno assunto l'incarico di ruolo unico). Al fine di agevolare lo sviluppo della rete informatico/informativa e di finanziare l'acquisizione e l'aggiornamento di sistemi di interoperabilità tra i software dei Medici RUAP, all'interno della stessa AFT, viene attribuita a tutti i medici delle AFT la somma di €4,70 a paziente. Tale interoperabilità deve garantire un sistema di governo clinico che analizzi i dati dei pazienti in carico, rilevi le criticità clinico-gestionali e suggerisca su quali pazienti intervenire nell'ottica di una medicina proattiva, attraverso indicatori chiari e coerenti con gli obiettivi

- assegnati alla AFT.
3. Posto, come sopra detto, che le AFT non sono istituti incentivanti, l'ACN (ma prima ancora la legge Balduzzi del 2012 che le ha istituite ex art. 29 co. 1 ACN) attribuisce alle stesse, funzioni di medicina in équipe con forti assonanze alle forme associative ex ACN 2005 e 2009 ma con la sostanziale differenza che l'Aggregazione Funzionale Territoriale rappresenta la medicina in aggregazione senza la quale non si assume o mantiene la convenzione e che si estrinseca in attività oraria retribuita unitamente alla quota capitaria, superando il concetto di incentivazione all'attività in studio della figura del MMG, ormai superata. Ciò nonostante, l'ACN vigente dà indicazioni solo sul mantenimento della retribuzione delle vecchie forme incentivanti dell'associazionismo, prioritariamente per *“...salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che percepiscono gli incentivi e le indennità di cui al punto II, purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici”*. Come già sopra riportato, la partecipazione al nuovo assetto assistenziale prevede la condivisione dei dati sanitari dei pazienti in carico con tutti gli altri medici della AFT (e non solo di quelli “associati” secondo i pregressi ACN).
 4. Ai medici che in atto percepiscono l'indennità di associazionismo ex ACN 2005 e 2009 e AIR 2010, come sopra esplicitato, non verrà ulteriormente corrisposta la somma di € 4,70 che viene considerata già all'interno della pregressa indennità da erogare per salvaguardarne il trattamento economico. Le indennità già riconosciute, verranno corrisposte per intero fino a quando le forme associative manterranno lo standard strutturale, strumentale e organizzativo già realizzato (art.47 lettera D punto III). Al venir meno di tali requisiti, continuerà ad essere corrisposta, senza soluzione di continuità, la somma di € 4,70 a paziente.
 5. Ai medici a cui è in atto riconosciuta l'indennità di associazionismo semplice a € 2,58 a paziente, che, se pur ad esaurimento, copre l'11% della popolazione, viene corrisposta la somma di € 2.12 a conguaglio dei € 4,70.
 6. Ciascun medico RUAP, nell'ambito dell'attività a ciclo di scelta deve garantire l'apertura dello studio dal lunedì al venerdì per il numero minimo di ore settimanali previste dall'Art. 35 comma 5 ACN vigente. Le scelte in deroga di cui all'Art 38 comma 3 non concorrono alla determinazione del numero minimo di ore previste.
 7. L'apertura coordinata degli studi di tutti i medici a ciclo di scelta della AFT deve garantire la copertura complessiva delle due fasce orarie (mattina e pomeriggio) per ogni giorno feriale per 12 ore (dalle 8:00 alle 20:00)
 8. La copertura di cui al presente comma deve essere garantita anche in caso di sostituzione ai sensi dell'art 36 comma 1 ACN.
 9. Tutti i medici facenti parte di una stessa AFT, con incarico a tempo indeterminato o determinato, sono in rete tra loro, attraverso un sistema informatico che consente a ogni medico della AFT, a scelta e ad attività oraria, l'accesso alle schede sanitarie individuali degli assistiti di tutti i medici operanti nella medesima AFT.
 10. Tale sistema viene integrato, con oneri a carico delle Aziende, con i sistemi informativi distrettuali.
 11. L'articolazione dell'apertura degli studi è comunicata al Distretto dal Referente di AFT. Il Distretto è tenuto a verificare l'applicazione di quanto sopra e ad informare gli assistiti e la Centrale Operativa 116117 in merito agli orari di apertura degli studi dei medici facenti parte dell'AFT. Gli orari di apertura di tutti gli studi medici dell'AFT devono essere comunicati al Distretto ed esposti in tutti gli studi facenti parte dell'AFT, negli Uffici distrettuali di scelta e revoca e sui siti Aziendali. Ogni variazione relativa all'orario dovrà essere tempestivamente esposta agli assistiti e comunicata al Distretto che si farà carico di segnalarlo alla centrale NEA 116177.
 12. Ciascun medico di assistenza primaria a ciclo di scelta svolge attività anche nei confronti degli assistiti in carico agli altri componenti dell'AFT per le prestazioni non differibili

Art. 23 - FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

1. Le Aziende, come indicato nel D.A. 605/25 All. "A", costituiscono il "Fondo aziendale dei fattori produttivi" e ne calcolano l'ammontare, secondo le prescrizioni di cui all'art. 47 co. 2 lett. D dell'ACN vigente. In tale fondo confluiscano i compensi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario, già corrisposte ai Medici di Medicina Generale (ex art. 46 ACN 23 marzo 2005). Ai Medici di Medicina Generale che usufruiscono di un'indennità di cui all'art. 59, lett. B dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. devono essere mantenute le medesime indennità e non possono essere erogate somme superiori a quelle percepite al 31/12/2024.-
2. Nel merito si ribadisce quanto indicato al punto VI) dell' art. 47 co. 2 lett. D dell'ACN che si riporta: *"In caso di cessazione del rapporto convenzionale di medici componenti le AFT, le eventuali indennità corrisposte in relazione ai fattori produttivi confluiscano nel fondo aziendale dei fattori produttivi. Le previgenti indennità informative sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei medici che entrano nelle AFT. Le indennità corrisposte per il personale di studio restano a disposizione per il finanziamento dei fattori produttivi destinati alle medesime finalità. Le previgenti indennità per la partecipazione a forme associative restano a disposizione per il finanziamento dei nuovi modelli organizzativi definiti dalla Regione per qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali."*
3. Le risorse costituenti il fondo aziendale dei fattori produttivi sono quelle indennità che sono riconosciute a tutti i medici che già le percepiscono, prioritariamente per salvaguardarne il trattamento economico. Esse sono legate ad attività di cui all'46 ACN 23 marzo 2005 ed in particolare:

a. INDENNITÀ DI ASSOCIAZIONISMO.

Le Aziende considereranno esclusivamente le domande di accesso a tale istituto pervenute entro il 31/12/2024. Le forme associative e le connesse indennità, in essere a tale data sono mantenute ad esaurimento ovvero fino al perdurare dello standard strutturale, strumentale ed organizzativo. Non è riconosciuta l'indennità di associazionismo in caso di nuove affiliazioni di medici alle precedenti forme associative né il ripristino delle quote dei cessati con nuovi ingressi. Le richieste per indennità di associazionismo a forme associative ad esaurimento, pervenute alle aziende fino al 31/12/2024, sono erogate nei limiti del turnover e della capienza del fondo.

Fermo restando quanto stabilito all'art. 22 co. 4 del presente AIR, nel Fondo dei Fattori Produttivi confluiscano, alla cessazione del rapporto dei titolari e/o al venire meno della formula associativa, le previgenti indennità per la partecipazione alle varie forme associative, per la parte eccedente la quota di € 4,70 (ex art. 22 punto 4 del presente AIR). Tali somme rimangono vincolate per finanziare attività di riqualificazione dell'offerta assistenziale, definite dal comitato aziendale della medicina generale

b. INDENNITÀ DI COLLABORAZIONE INFORMATICA

Confluiscano nel Fondo dei Fattori Produttivi, alla cessazione del rapporto dei titolari, le quote incentivanti, di cui all'art. 59 lett. B co. 1 lett. b) ACN 2005 e 2009, relative alla collaborazione informatica pari a € 77.47 mensili. Tali somme devono essere utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che già le percepiscono, *"...purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici"* (art. 47 co. 2 lett. D ACN 2019-2021).

Alla cessazione del rapporto convenzionale di medici componenti le AFT le previgenti indennità informative sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei medici che entrano nelle AFT.

c. INDENNITÀ PER IL COLLABORATORE DI STUDIO

Confluiscono nel Fondo dei Fattori Produttivi, alla cessazione del rapporto dei titolari, le quote incentivanti, di cui all'art. 59 lett. B co. 1 lett. c) ACN 2005 e 2009, relative all'assunzione di un collaboratore di studio pari a € 3,50 a paziente in carico. Tali somme devono essere utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei medici che già le percepiscono o che, ai sensi dell'AIR 2010, risultano idonei alla data del 31/12/2024, *“...purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici”* (art. 47 co. 2 lett. D ACN 2019-2021).

Alla cessazione del rapporto convenzionale di medici componenti le AFT le previgenti indennità di collaboratore di studio sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei medici che entrano nelle AFT.

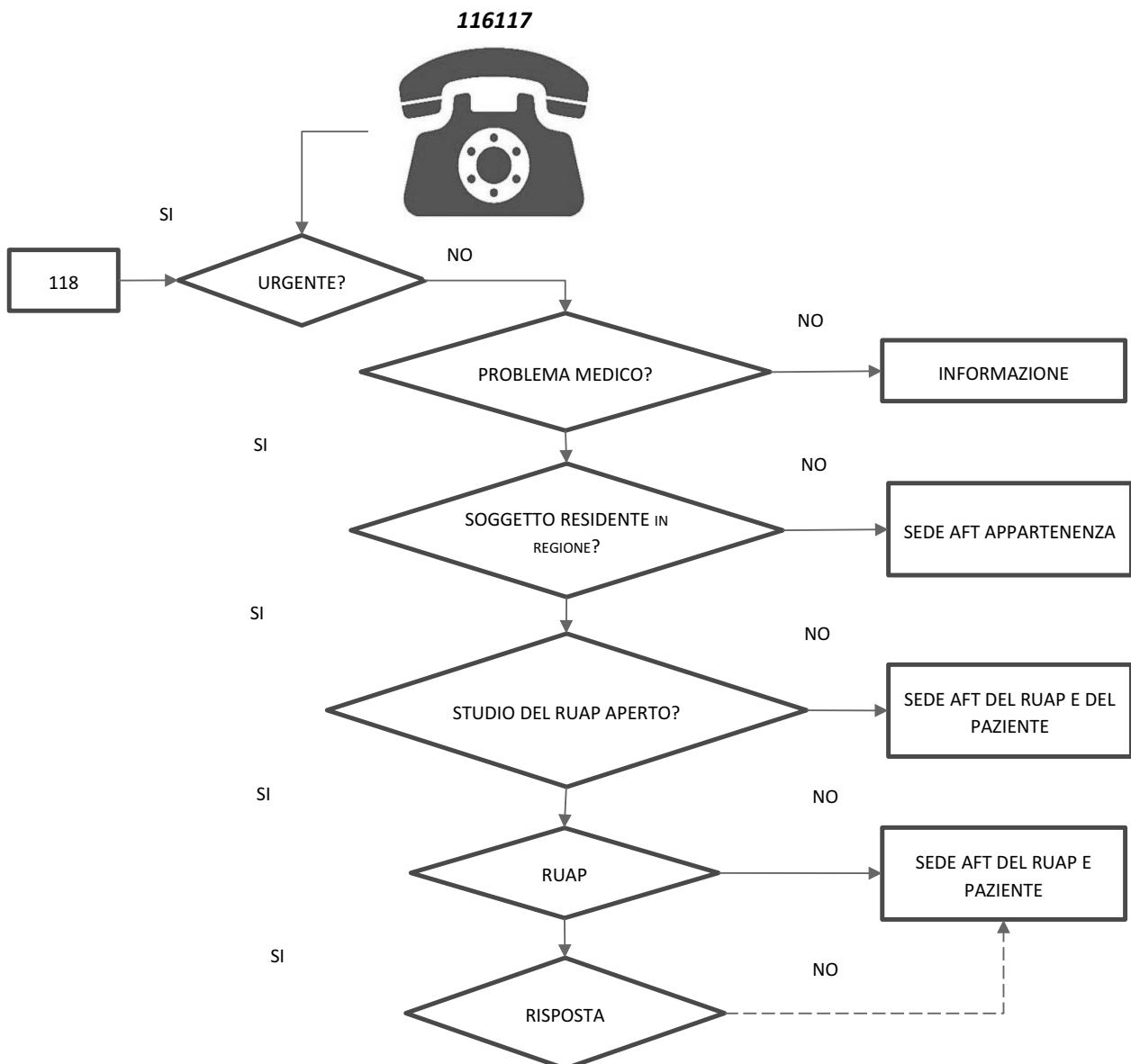
Art. 24 - RETE INFORMATICA DI AFT

1. La rete informatica dell'AFT deve garantire, all'interno dell'aggregazione, la condivisione e la circolarità, tra i RUAP, dei dati sanitari della popolazione in carico alla stessa e che è distribuita tra le scelte dei vari componenti. Nel ribadire quanto esposto nel co. 2 e co.9 dell'art. 22 del presente AIR, i cui contenuti qui si intendono riportati, risulta condizione basilare per il lavoro dell'équipe monoprofessionale l'interoperabilità dei sistemi di gestione sanitaria dei pazienti di scelta dei singoli RUAP e l'utilizzo di un sistema di governo clinico che analizzi i dati dei pazienti in carico, rilevi le criticità clinico-gestionali e suggerisca su quali pazienti intervenire nell'ottica di una medicina proattiva, attraverso indicatori chiari e coerenti con gli obiettivi assegnati alla AFT,
2. Tutti i medici componenti dell'AFT, condividono, nell'ambito della stessa, la scheda sanitaria individuale informatizzata **attraverso l'interoperabilità** degli applicativi di loro proprietà. Tale soluzione informatica **deve permettere l'estrazione dei dati** necessari alla gestione proattiva dei pazienti afferenti alla AFT e alla rendicontazione degli obiettivi distrettuali ed aziendali nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di privacy.
3. Gli applicativi devono permettere a tutti i medici dell'AFT, nei confronti di ogni assistito della stessa, la visualizzazione dei dati sanitari inseriti, l'annotazione dell'attività effettuata, la prescrizione e la certificazione. I dati inseriti devono essere direttamente disponibili nei gestionali dei medici che hanno in carico gli assistiti.
4. Nello svolgimento dell'attività oraria, il medico di Assistenza Primaria annota nella scheda sanitaria individuale del paziente quanto previsto dall'art. 43 comma 7 lettera b dell'ACN vigente, al fine di informare il medico titolare del rapporto di fiducia e degli altri medici della AFT e garantire la globale presa in carico dell'assistito.
5. Oltre alla somma attribuita, a vario titolo, a tutti i medici delle AFT pari di €4,70 a paziente (ex co. 2 art. 22 del presente AIR), si riconosce la somma di € 77,47 mensile a tutti i medici dell'AFT con contratto a tempo indeterminato, al fine di contribuire all'ingresso del medico nella rete informatica.
6. Il medico accede alla scheda sanitaria individuale del paziente in carico ad altro medico della AFT in occasione dello svolgimento dei compiti di cui all'art. 43 e 44 ACN vigente, di quelli previsti dal Decreto assessoriale n. 605/2025 e da quanto previsto dal regolamento di AFT, a favore del medesimo paziente.
7. L'Azienda provvede a dotare le sedi di riferimento dell'AFT di apparecchiature informatiche (hardware) idonee a supportare gli applicativi (software) dei RUAP della AFT, interconnessi tra loro.
8. L'azienda si deve dotare di software di interconnessione tra la propria banca dati sanitari di popolazione e quella della AFT, anche al fine di monitorare il raggiungimento dei risultati di salute previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e richiesti alle AFT, ai Distretti e agli stessi Direttori

Generali delle Aziende

Art. 25 - CONTATTABILITA' DEL MEDICO A RUOLO UNICO DA PARTE DEL PAZIENTE

1. Le modalità di contattabilità del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta da parte dell'assistito, nell'ambito della fascia oraria diurna feriale, vengono garantite dall'AFT avvalendosi di una o più delle seguenti opzioni:
 - a. accesso al MMG, di norma per appuntamento, durante gli orari di apertura dello studio medico;
 - b. accesso ad altro MMG della stessa AFT in contesti determinati (per prestazioni non differibile in territori di difficile contesto orogeografico) ;
 - c. accesso alla sede unica di AFT per le prestazioni non differibili;
 - d. accesso tramite il servizio 116117 secondo lo schema sotto descritto:



2. Le richieste differibili devono essere recepite esclusivamente attraverso sistemi di comunicazione telefonica sulla base di modelli organizzativi che possono prevedere:
 - a. l'utilizzo di tecnologie digitali che consentano di recepire le richieste in più momenti individuati nella giornata;
 - b. il coinvolgimento del personale di studio amministrativo e/o infermieristico;
 - c. fermo restando i compiti individuali e la individualità del rapporto di fiducia, il coinvolgimento di altro medico della AFT, sulla base dell'organizzazione individuata dalla stessa.
 - d. attesa al giorno successivo.
3. I modelli organizzativi di cui al comma precedente rappresentano altresì una opportunità per garantire ai singoli professionisti adeguato tempo per il riposo, nell'ottica della conciliazione vita-lavoro anche nel rispetto della genitorialità.
4. In relazione al quadro clinico prospettato dall'utente, il medico effettua gli interventi nelle modalità e nelle tempistiche ritenute appropriate. In particolare, il medico che svolge attività a ciclo di scelta effettua le visite domiciliari non programmate entro le ore 12 del giorno successivo alla richiesta. Le richieste pervenute nei festivi e prefestivi tramite centrale operativa 116117 vengono espletate dai medici che svolgono attività oraria.
5. Le richieste differibili sono garantite preferibilmente su prenotazione degli accessi ambulatoriali. Nel caso in cui il medico scelga di avvalersi anche di sistemi di interfaccia digitale, deve essere garantito il rispetto delle norme di tutela della privacy e dei dati sanitari.
6. Le modalità adottate dall'AFT in merito alla contattabilità di cui al presente articolo sono comunicate e aggiornate dal referente di AFT al Distretto.
7. Qualora un turno orario rimanga scoperto improvvisamente per cause imprevedibili, espletate da parte del referente di AFT tutte le procedure atte a reperire un sostituto all'interno dell'AFT stessa, il servizio potrà essere richiesto alla AFT limitrofa.

Art. 26 – SUPPORTO AMMINISTRATIVO

1. Al fine di promuovere i processi a supporto della presa in carico dei cittadini effettuata negli studi dei Medici del Ruolo Unico e agevolare la continuità nell'assistenza del paziente, la sua contattabilità, la gestione dei suoi bisogni clinico-assistenziali e lo sviluppo dei Progetti di Salute previsti dal DM 77/22, si riconosce un contributo all'assunzione di personale di supporto amministrativo/gestionale negli studi medici con lo stanziamento di una quota annua pari a € 3,50 lordi ad assistito a copertura del 20% della popolazione assistita dai Medici di Medicina Generale a Ruolo Unico che ne fanno richiesta. Con tale quota, unitamente a quella riconosciuta dai precedenti ACN a titolo di incentivazione di collaboratore di studio (e che l'ACN vigente stabilisce di continuare ad erogare prioritariamente per salvaguardare la retribuzione dei medici che già la percepiscono), si copre il 60% della popolazione assistita. Eventuali incrementi della copertura della popolazione assistita saranno valutati sulla base della disponibilità di risorse economiche nell'ambito dei finanziamenti previsti per il personale sanitario.
2. In fase di prima applicazione i medici interessati e che non usufruiscono della indennità (ai sensi dell'art. 59 lett. B co. 1 lett. c) ACN 2005 e 2009), ne debbono fare richiesta al Dipartimento cure primarie entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente accordo sulla GURS. Tale richiesta va presentata durante l'anno dai medici che assumono l'incarico di RUAP che intendono accedere a tale supporto e comunque entro il 31 Dicembre di ogni anno.
3. Sono esclusi dal contributo i medici che non percepiscono già l'indennità e decidono di non assumere l'incarico di Ruolo Unico ex art. 31 e 32 dell'ACN 2019-2021.
4. I medici che intendono acquisire tale incentivo economico devono presentare domanda a mezzo PEC al Comitato Aziendale. Verificati i requisiti, il Comitato Aziendale, entro 30 giorni dalla data di ricezione comunica, a mezzo PEC, al medico interessato, al Dipartimento Cure Primarie, al

- Distretto di competenza e al referente di AFT l’eventuale nulla osta alla sua utilizzazione.
- 5 L’effettiva utilizzazione del personale deve avvenire entro 90 giorni dalla comunicazione del nulla-osta in ordine di priorità legata all’anzianità di servizio.
 - 6 Il riconoscimento del finanziamento ai medici decorre dal momento dell’effettivo inizio di attività del personale. Le assunzioni devono avvenire nel rispetto della normativa vigente in materia e nel rispetto dei CCNL della categoria dei dipendenti degli studi professionali. Sarà cura delle Aziende vigilare periodicamente sul rispetto della normativa di cui sopra.
 - 7 Entro il 30 giugno di ogni anno, l’ASP procederà al conguaglio in modo che la somma totale delle indennità percepite nel corso dell’anno solare precedente, non superi le spese effettive dimostrate, comprendenti la retribuzione lorda, i contributi sociali, gli onorari di eventuali consulenti del lavoro, il costo della formazione del personale ed il costo di eventuali polizze assicurative connesse all’impiego del personale.

Art. 27 – IL PROGETTO SALUTE - PRIMO STEP - Prevenzione

1. Il Progetto di Salute ex DM 77/2022 “...è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE. La definizione del Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattività del SSN...”.
2. Il Progetto di Salute, nell’accezione più ampia prevista dal DM 77, coinvolge tutta la popolazione dell’AFT, dai soggetti con fattori di rischio ai cronici conclamati e “...rappresenta uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico della popolazione dell’AFT, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un’ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche.”
3. Il suddetto Progetto Salute viene finanziato con le risorse regionali già impiegate nell’ex progetto qualità, previste nell’AIR 2010 e dal Fondo di ponderazione (alimentato dall’assegno ad personam pari a € 0,84 mensili ad assistito maturato alla data del 2010). Viene riconosciuta a tutti i medici RUAP (nell’accezione dell’art. 31 co. 1 ACN 2022) un somma pari a € 5,65 ad assistito annui per identificare e stratificare, in base a determinati fattori di rischio, la porzione di popolazione della AFT ricompresa tra i 30 e i 60 anni di età.
4. In linea con quanto previsto nel DM 77/22 (al Punto 3 per ciò che riguarda il Progetto salute) e in armonia con quanto stabilito nel Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) i fattori di rischio da ricercare proattivamente da parte dei RUAP nelle diverse fasce di età e trattare conseguentemente, attraverso l’empowerment dei cittadini e specifici interventi mono o pluridisciplinari, sono:
 - quelli comportamentali delle malattie croniche non trasmissibili, quali consumo di tabacco, inattività fisica e sedentarietà, scorretta alimentazione e consumo rischioso e dannoso di alcol;
 - le condizioni (fattori di rischio intermedi) che già di per sé vanno considerate patologiche, seppure ancora almeno in parte reversibili, se diagnosticate e trattate in tempo (ipertensione arteriosa, sovrappeso/obesità, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose e cancerose iniziali, nonché l’insufficienza renale e il glaucoma).
5. I fattori di rischio/condizioni morbose, una volta individuate, vanno prese in carico o individualmente o dalla AFT, nell’ambito dell’attività svolta nelle sedi uniche, ovvero dai Team multiprofessionali cui le AFT fanno capo.
6. La registrazione dei dati rilevati a seguito della ricerca attiva va effettuata sul proprio software per

la presa in carico e i dati trasmessi al distretto per la programmazione degli interventi¹ e per la remunerazione.

7. I fattori di rischio da valutare sono: consumo di tabacco, inattività fisica e sedentarietà, scorretta alimentazione e consumo rischioso e dannoso di alcol;
8. Le condizioni patologiche: ipertensione arteriosa, sovrappeso/obesità, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose e cancerose iniziali, nonché l'insufficienza renale e il glaucoma.
9. La remunerazione viene corrisposta al RUAP quale quota fissa in dodicesimi ed è legata a questa specifica attività descritta una volta l'anno dal medico RUAP e comunicata al Referente AFT che lo comunica al Direttore del Distretto.
10. Per gli obiettivi inerenti alle attività previste nel presente articolo, la remunerazione viene corrisposta in modo anticipato mensilmente, con verifica trimestrale e valutazione annuale ed eventuale recupero delle somme in caso di mancato raggiungimento dei risultati attesi, in un'unica soluzione alla verifica dei risultati raggiunti alla data del 31 dicembre di ogni anno.

Indicatore di risultato:

N. di soggetti sottoposti a visita, valutati per i fattori di rischio e per le condizioni patologiche previste nel presente articolo /n.soggetti di età pari a 30 - 35 - 40 - 45- 50 -55 - 60 anni in carico alle AFT

Valore atteso 60%

¹ Tutta l'attività delle AFT devono essere concordate con i distretti

CAPO III

ULTERIORI DISPOSIZIONI

Art. 28 - SICUREZZA DELLE SEDI DISTRETTUALI DI AFT e ACCESSO al SERVIZIO

1. In merito alla sicurezza dei presidi, le ASP dovranno provvedere:
 - a. al rispetto della normativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro relativamente alle sedi di attività oraria, in particolar modo per la prevenzione del conflitto e delle aggressioni ai medici. In particolare, le sedi dovranno essere provviste di adeguata illuminazione interna ed esterna e la disposizione degli arredi deve consentire la fuga del medico in caso di aggressione;
 - b. all'installazione di telecamere con registrazione presso le sedi di AFT;
 - c. alla realizzazione di sistemi di allarme collegati con le forze dell'ordine da attivare in caso di aggressione sia presso la sede sia al domicilio del paziente, tramite tecnologie portatili e indossabili dal medico;
 - d. all'organizzazione di corsi di formazione sulla prevenzione e gestione del conflitto;
 - e. alla redazione e aggiornamento periodico del documento di valutazione e prevenzione del rischio in AFT;
2. Il Comitato Aziendale vigila sul rispetto delle presenti norme anche in previsione dell'utilizzo di nuove sedi di AFT.
3. L'ASP, nella sua articolazione distrettuale, è garante dell'accesso della cittadinanza ai servizi erogati dalle AFT quale Livello Essenziale di Assistenza. A tal fine con Accordo Aziendale concorda ogni modalità finalizzata alla garanzia dell'accessibilità equa e universale al servizio, di concerto con la il NEA 116117.

Art. 29 - ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL'INCARICO

1. L'azienda assicura i medici che svolgono il servizio di Medicina Generale a ruolo unico, contro gli infortuni subiti a causa o in occasione dell'attività professionale espletata ai sensi dell'A.C.N. e del presente A.I.R., ivi compresi quelli subiti in itinere, nonché i danni subiti per raggiungere o rientrare dalle sedi dei comitati e delle commissioni previste dall'A.C.N. e dal presente A.I.R. Le aziende sanitarie stipulano una polizza "KASKO" per i medici in servizio, includendo anche i rischi di incendio, furto e atti vandalici occorsi durante le ore di servizio.
2. Il contratto è stipulato, senza franchigia, per i seguenti massimali:
 - a) € 775.000 per morte o invalidità permanente;
 - b) per invalidità temporanea assoluta, al medico è riconosciuto il mancato guadagno, pari al compenso orario in attività di servizio, per un massimo di 90 giorni. Tale compenso verrà anticipato mensilmente dall'azienda.
3. La relativa polizza è stipulata e portata a conoscenza dei sindacati firmatari del presente accordo entro 90 giorni dalla sua entrata in vigore. Ai medici deve essere data opportuna informazione relativamente ai termini ed alle modalità di copertura di detta assicurazione

Art. 30 - TUTELA DELLA GENITORIALITÀ E DELLA DISABILITÀ

1. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria in gravidanza o puerperio può mantenere l'attività oraria purché svolta in orario diurno per tutto il periodo previsto dal D.Lgs 151/2001.
2. Ogni mese di sospensione dall'incarico ai sensi dell'art 20 comma 4 ACN è da considerarsi ad orario pieno ai fini dell'incremento di punteggio della graduatoria regionale.
3. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria ha diritto a usufruire di sospensione part time ai sensi dell'articolo 22 comma 3 ACN vigente.
4. Come previsto dall'Art 22 ACN, la sospensione part-time dell'attività di cui al presente articolo può

- essere in via alternativa all’altro genitore richiesto dai medici padri o affidatari di minore per un massimo di 12 mesi dalla nascita o dall’adozione o affido.
5. Il referente di AFT provvede alla sostituzione parziale del medico ad attività oraria in part time attraverso l’incremento temporaneo di ore dei medici in servizio che, interpellati, si rendano disponibili; in difetto di disponibilità, attraverso un incarico di sostituzione di massimo 48 ore mensili.
 6. La sospensione parziale dell’attività è applicabile su richiesta del medico anche in caso di handicap certificato ai sensi della legge 104/92 e in caso di disabilità ai sensi della legge 68/99.
 7. Fatto salvo quanto previsto dall’ art. 19, comma 1, lett. f) ACN 2024, il medico titolare a Ruolo Unico divenuto inabile allo svolgimento dei compiti di cui al capo III dell’A.C.N., il cui stato di inabilità venga accertata dalla competente commissione periferica di verifica del Ministero delle economie e delle finanze, sia per malattia e/o infortunio extra professionale, ivi incluso l’aggravamento di patologie preesistenti, sia per malattia e/o infortunio occorsi a causa o in occasioni dell’attività professionale espletata ai sensi del presente accordo, ivi compresi gli infortuni subiti in occasione dell’accesso alla sede di servizio e del conseguente rientro, dovrà essere adibito ad altre attività programmate territoriali, compatibili con il suo stato di salute. I medici titolari già giudicati inabili allo svolgimento dei compiti da parte dei collegi medici, dovranno essere sottoposti a nuova visita da parte della commissione periferica di verifica del Ministero delle economie e delle finanze.
 8. Il medico dichiarato inidoneo mantiene il monte ore previsto nell’A.C.N. e mantiene la retribuzione relativa alle attività effettivamente svolte compatibili con le limitazioni riconosciute.
 9. La sede di lavoro è concordata tra la direzione dell’A.S.P. ed il sanitario interessato, sentito il parere del comitato aziendale, avendo particolare riguardo della residenza anagrafica del medico e compatibilmente col suo stato di salute.
 10. Al medico dichiarato inidoneo va attribuito, nella graduatoria regionale di medicina generale, il punteggio per l’attività programmata territoriale.
 11. Qualora il medico titolare di Ruolo Unico di Assistenza Primaria sia dichiarato dalla competente commissione inidoneo allo svolgimento delle attività di Assistenza Primaria a ciclo Orario (APO) per una forma di inabilità riconosciuta permanente, l’azienda sanitaria individuerà l’incarico ai fini della rilevazione delle carenze; diversamente qualora l’inabilità sia riconosciuta come temporanea non sarà individuato alcun incarico vacante.
 12. Il medico dichiarato inidoneo in modo permanente può chiedere il trasferimento presso altra A.S.P., previo parere favorevole del comitato regionale.
 13. La continuità dell’assistenza può essere garantita dai medici RUAP svolgendo le seguenti attività:
 - a. Richiamo proattivo dei pazienti AFT
 - b. Consulenza al NEA 116117Tale modalità di erogazione del servizio va considerata di particolare interesse nei casi di difficoltà nell’organizzazione del servizio, in specifiche aree territoriali disagiate, in caso di gravidanza e per le madri fino al compimento del terzo anno di età del bambino (come previsto dall’art. 44 comma 7 dell’ACN vigente).

Art. 31 – CURE DOMICILIARI

1. L’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è regolata dall’allegato 9 dell’ACN vigente. I medici di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta sono autorizzati all’attivazione dell’ADI dal medico responsabile a livello distrettuale, in seguito alla presentazione del piano assistenziale ed alla concertazione e condivisione con il Responsabile stesso delle modalità organizzative che sottendono l’attivazione.
2. Sono riconosciuti al medico di medicina generale i seguenti compensi:
 - a. per le attività correlate all’apertura del caso, comprendenti la valutazione multidimensionale

- dello stato funzionale della persona, la stesura del piano di assistenza e la presa in carico, al medico di medicina generale saranno corrisposti € 75,00;
- b. in caso di dimissione protetta, comprendente l'attivazione secondo le modalità sopra esposte e la formulazione, in ospedale, del piano assistenziale co-firmato con il collega ospedaliero al medico di medicina generale saranno corrisposti € 75,00;
 3. Per ogni accesso programmato al domicilio del Paziente per ADI al medico sono riconosciuti complessivamente € 25 comprensive dell'importo previsto al comma 1), art. 5, allegato 9 dell'ACN.
 4. Le prestazioni aggiuntive previste all'Allegato 6 dell'ACN, eseguite in corso di ADI, sono retribuite in aggiunta al compenso previsto dal comma precedente. Ad integrazione delle suddette prestazioni e dei compensi previsti, per ciascuna trasfusione di sangue intero o dei suoi derivati di preparazione estemporanea, eseguita in regime ADI o Assistenza Domiciliare Residenziale (ADR) al medico di medicina generale a esclusiva o prevalente quota oraria è corrisposto un compenso orario di € 55. Per le altre attività vale quanto stabilito dall'ACN.
 5. Per ciascun accesso, per le attività di ADI e ADR del presente accordo, viene retribuito con un compenso pari a € 25,00. Gli stessi compensi vengono erogati in caso di attivazione di ADI palliativa di I livello.
 6. ADP (assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non deambulabili (assoluti o relativamente a situazione logistiche) può essere espletata anche nelle case alloggio, case di riposo o case albergo. Ciascun accesso, per le attività di ADP del presente accordo, viene retribuito con un compenso pari a € 25,00. Gli stessi compensi vengono erogati in caso di attivazione di assistenza palliativa a pazienti terminali.
 7. Gli accessi e le prestazioni a domicilio come sopra elencate devono essere documentate all'Azienda Sanitaria Provinciale.

Art. 32 - ATTIVITA' DI PREVENZIONE

1. I medici di medicina generale collaborano alla realizzazione degli interventi di prevenzione primaria e alle campagne di prevenzione secondaria individuate come prioritarie a livello regionale, in coerenza con le indicazioni della pianificazione nazionale e del PNPV e con gli obiettivi indicati nel nuovo sistema di garanzia (NSG).
2. Al fine di concentrare le risorse verso il raggiungimento degli obiettivi di salute prioritari e per impedire il proliferare di iniziative locali non coordinate e di scarso impatto sanitario, non è consentita la prescrizione di test diagnostici o prestazioni terapeutiche aventi finalità di prevenzione individuale al di fuori dei programmi regionali suddetti. Pertanto, qualora i Medici prescrittori, per fini diagnostici, dovessero prescrivere le stesse prestazioni previste dagli Screening regionali, dovranno indicare sulle ricette le motivazioni cliniche. (?)
3. Per la vaccinazione (antiinfluenzale, , Anti RSV, Anti Covid ed eventuali ulteriori campagne di immunizzazione previste dalla Regione Sicilia, comprese le vaccinazioni destagionalizzate Anti Pneumococcica, Anti Zoster Anti HPV,), fermo restando quanto previsto all'art. 17 del presente AIR, la partecipazione dei medici a Ruolo Unico alle campagne di vaccinazione è organizzata dalle Aziende Sanitarie Locali, nel rispetto delle indicazioni regionali e nazionali e sulla base di programmi di integrazione con l'attività dei servizi vaccinali aziendali.

L'attività dei medici di AFT dovrà essere orientata prioritariamente a garantire la copertura dei gruppi di popolazione che presentano difficoltà ad accedere direttamente ai centri vaccinali (come gli anziani allettati) nonché ad offrire la vaccinazione ai gruppi di pazienti ad alto rischio dovuto alla presenza di condizioni di fragilità o malattie che sono note innanzitutto al medico curante.

Le dosi di vaccino a disposizione di ciascun medico dovranno essere concordate preventivamente, anche in base ai fabbisogni segnalati dai medici stessi. (Si rimanda altresì a specifici accordi integrativi per la campagna vaccinale)

Il medico dovrà fornire, tramite autocertificazione, assicurazioni sulla dotazione di mezzi idonei a garantire il trasporto e la corretta conservazione del vaccino (frigorifero con sistema di monitoraggio della temperatura) e quanto previsto dall'ACN 2019-2021.

L'erogazione dei corrispettivi economici è vincolata al rispetto degli obblighi di rendicontazione sopra indicati.

4. Per gli obiettivi inerenti alla vaccinazione antiinfluenzale e agli screening oncologici quali elementi di valutazione della AFT si fa riferimento al art. 17
5. Per la sorveglianza epidemiologica dei casi di sindromi simil-influenzali e dei virus respiratori (prima InfluNet) RespiVirNet, il sistema si avvale di una rete di medici sentinella (MMG e PLS) ed è organizzato sulla base dell'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato Regioni in data 28.9.2000 n. 1031.e dagli accordi regionali.
6. L'attività è dettagliatamente descritta nel protocollo operativo, annualmente aggiornato a cura dell'Istituto Superiore di Sanità.
7. I medici incaricati sono individuati dalla Rete RespiVirNet
 - per assicurare la continuità operativa che è garanzia di un buon livello di qualità delle segnalazioni;
 - per garantire una distribuzione geografica che copra tutta la regione;
 - se in possesso di connessione per la segnalazione automatica dei casi e disponibili ad effettuare i prelievi campionari per la sorveglianza virologica.
8. L'elenco dei medici partecipanti alla sorveglianza sarà aggiornato annualmente provvedendo alla sostituzione dei medici che abbiano abbandonato l'attività nel corso della stagione precedente.
9. Per la sostituzione, si esamineranno le proposte provenienti dalle rappresentanze sindacali per verificare il rispetto dei criteri di incarico precedentemente indicati.
10. Il numero massimo di partecipanti è fissato in 150 medici, di cui 20 pediatri.
11. Per la partecipazione all'attività è riconosciuto un compenso per stagione influenzale onnicomprensivo pari a € 650, la cui erogazione è subordinata ad una partecipazione attiva pari ad almeno il 75% delle settimane di osservazione.

Art. 33 - PIANO FORMATIVO AZIENDALE (PFA)

1. In applicazione dell'articolo 26 dell'ACN 2019-2021, ogni ASP adotta annualmente il Piano di Formazione Aziendale per i Medici di Medicina Generale
2. Presso ogni ASP il Comitato Aziendale nomina una commissione tecnica per la formazione continua dei RUAP con i seguenti obiettivi:
 - a. rilevazione dei bisogni formativi dei medici di medicina generale e degli altri indirizzi e necessità di cui all'articolo 27 comma 3 ACN 2019-2021;
 - b. redazione della proposta di Piano Formativo Aziendale (PFA) per la medicina generale, da adottare entro il 30 giugno di ogni anno, indicando per ogni corso gli obiettivi formativi e le modalità attuative;
 - c. verifica dei corsi realizzati.
3. La commissione tecnica di cui al comma precedente, la cui composizione, durata e regolamentazione sono definite dal Comitato Aziendale, con il supporto della UO Formazione aziendale, è formata da medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria convenzionati nell'ASP e da pari numero di rappresentanti aziendali di parte pubblica.
4. Per i corsi di cui al presente comma l'ASP può svolgere la funzione di provider ECM ovvero incaricare un provider esterno ovvero svolgere la funzione di co-provider con un provider esterno; in ogni caso devono essere rispettati i criteri di accreditamento dei provider di AGENAS.
5. I corsi possono svolgersi come previsto dall'articolo 26 comma 7 del ACN 2019-2021 in orario diurno o serale dal lunedì al sabato in accordo con le ASP. Le AFT garantiscono la continuità dell'assistenza per gli assistiti dei medici che partecipano ai corsi attraverso i medici che vi operano

- a ciclo di scelta o in attività oraria, eventualmente rinforzate a tale scopo.
6. In caso di partecipazione a corsi obbligatori di cui all'art 26 comma 8 ACN 2019-2021, il medico ad attività oraria è retribuito in quota oraria, come previsto dall'art 47 comma 3 lett.A) ACN vigente
 7. Le Aziende Sanitarie, nell'ambito dell'offerta formativa, danno priorità alla programmazione di corsi BLS, BLSD.

Art. 34 - TAVOLO PARITETICO DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

1. Le parti convengono sull'opportunità di istituire un tavolo di confronto permanente regionale che permetta maggior agilità e velocità decisionale e anche un ottimale approfondimento tecnico in merito ai temi ed agli obiettivi che il vigente ACN affida alla contrattazione regionale. Il tavolo permanente di confronto, monitoraggio e valutazione, presieduto dall'Assessore alla salute o da suo delegato è formato pariteticamente da rappresentanti delle Aziende Sanitarie (cure primarie, direttori di distretto, farmacisti...) e ospedaliere, dai responsabili dei servizi assessoriali del settore territoriale e ospedaliero e da rappresentanti delle OOSS di MG, specialistica ambulatoriale medica e pediatria di libera scelta, firmatarie del presente AIR analogamente a quanto previsto per la formazione del tavolo di trattative del presente AIR, nonché da rappresentanti di altre categorie professionali coinvolte nei processi in esame. Il tavolo permanente di confronto, monitoraggio e valutazione si impegna ad affrontare prioritariamente le tematiche sotto elencate:
 - a. problematiche relative all'attuazione del modello organizzativo Regionale di cui al DA 605/25;
 - b. appropriatezza prescrittiva; facilitazione all'attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici; integrazione ospedale e territorio;
 - c. cure domiciliari: definizione e risoluzione delle problematiche inerenti l'ADP, l'ADI, le RSA;
 - d. liste d'attesa: introduzione di modelli operativi sperimentali basati su nuove tecnologie e schemi organizzativi per mantenere risposte appropriate sul territorio e attenuare le liste d'attesa; stabilire reti ospedale-territorio.
2. Potrà essere convocato dalla parte pubblica o anche su richiesta delle OOSS di categoria avente titolo.

Art. 35 - MAGGIORAZIONI ZONE DISAGIATISSIME

1. Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 21, comma 1, della legge regionale n. 26/96 le isole minori sono identificate come zone disagiatissime e viene prevista la presenza di un servizio di assistenza primaria a ruolo unico h. 24.
2. Ai medici RUAP che operano nelle isole minori è previsto il riconoscimento di una indennità nella misura di € 11,00 per ora di servizio effettivo.
3. I medici in servizio presso i presidi delle isole minori dovranno essere formati su temi specifici di emergenza-urgenza per almeno 20 ore supplementari rispetto a quanto previsto all'art. 33 del presente A.I.R., anche mediante un tirocinio teorico/pratico. Tale attività formativa, le cui modalità saranno concordate in sede aziendale, sarà retribuito su base oraria come attività lavorativa.
4. Le AA.SS.PP. rimborsano al medico a Ruolo Unico, che svolge la propria attività sulle isole minori il costo del biglietto A/R di trasporto con mezzo marittimo, a partenza dal porto più vicino all'isola interessata, per il raggiungimento della sede lavorativa, dietro presentazione dello stesso.
5. Inoltre i Medici a Ruolo Unico MG delle isole minori riceveranno un indennità aggiuntiva, oltre il compenso orario, per la quota capitaria di:
 - 2 euro annuo/assistito fino a 400 assistiti
 - 3 euro annuo/ assistito fino a 1000 assistiti

- 4 euro annuo/ assistito fino a 1500 assistiti

Art. 36 - MAGGIORAZIONI ZONE DISAGIATE

Esitate tutte le procedure relative alla assegnazione delle zone carenti, con parere positivo del Comitato Aziendale, le A.S.P. possono proporre aree disagiate aggiuntive rispetto a quelle già previste nel presente A.I.R. (per esempio aree montane o aree con ripetute criticità nell'assegnazione degli incarichi), previo parere vincolante del comitato regionale della Medicina Generale.

Valutate le istanze dal Comitato regionale, quelle esitate positivamente saranno oggetto di decreto dell'Assessorato regionale della Salute.

In questo caso al medico a RUAP viene corrisposta un'indennità aggiuntiva di 6 euro per la quota oraria per ogni ora di servizio effettivo svolto, e un'indennità aggiuntiva per la quota capitaria paria a: La remunerazione delle zone disagiate, come sopra individuate, sono retribuite nel seguente modo:

- 2 euro annuo/assistito fino a 400 assistiti
- 3 euro annuo/ assistito fino a 1000 assistiti
- 4 euro annuo/ assistito fino a 1500 assistiti

Art 37 – ISTITUZIONE TAVOLO TECNICO

Alla firma del presente accordo viene istituito un tavolo tecnico regionale paritetico costituito, in prima applicazione, dai firmatari di parte pubblica del presente AIR e dai rappresentanti legali sindacali firmatari del presente accordo che valuteranno l'andamento delle AFT e proporranno eventuali modifiche per le modalità di valutazione ed erogazione degli emolumenti della parte variabile anche sulla base della esperienza maturata, nonché ogni altra azione necessaria alla piena applicazione del modello organizzativo. Questo tavolo tecnico ha l'obbligo di riunirsi almeno con cadenza trimestrale.

Entro 30 gg il tavolo tecnico propone uno schema di regolamento AFT da trasmettere alle Aziende per la contestualizzazione.

NORME TRANSITORIE

Norma Transitoria n. 1 - OBBLIGO/FACOLTA' APERTURA STUDIO

Al fine di accompagnare il passaggio all'effettivo Ruolo Unico, considerata la novità che ciò comporta sia per i professionisti che in atto hanno un contratto a tempo indeterminato a ciclo di scelta e/o ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) sia per i nuovi contrattualizzati, si concorda che fino e non oltre, al 30 Settembre 2026, esclusivamente come fase transitoria, il passaggio al Ruolo Unico di Medicina Generale venga gestito nel seguente modo: posti i massimali previsti dall'art. 38 dell'ACN, il conferimento dell'incarico a 38 ore settimanali comporterà la facoltà e non l'obbligo di apertura dello studio, salvo nei casi di carenze assistenziali di scelta di volta in volta rilevate dall'Azienda (ex art. 32 co. 2ACN integrato dall'Allegato 7) sentito il comitato aziendale.

Norma Transitoria n. 2 - REMUNERAZIONE AFT_PARTE VARIABILE anno 2005 e 2026

SOLO PER L'ANNO 2025. Considerando il carattere innovativo del meccanismo di assegnazione delle risorse, che l'attivazione delle AFT è in fase di avvio e l'imminente scadenza del periodo entro cui operare la valutazione dei risultati (1 gennaio – 31 dicembre), si concorda che, solo per l'anno 2025, per la remunerazione delle attività legate alle vaccinazioni, si fa riferimento all'accordo firmato dalle OO.SS. e l'Assessorato della Salute in data 29/09/2025.

Per la remunerazione del Governo Clinico (il cui fondo è valorizzato a € 7,13 lorde a paziente) verrà corrisposto individualmente a tutti i medici RUAP che abbiano o meno assunto il Ruolo Unico ex ACN 2024, per il mese di dicembre 2025

Per la remunerazione degli Screening l'investimento regionale sarà corrisposto dall'anno 2026.

Per l'attività vaccinale e la campagna antiinfluenzale 2025/2026 si fa riferimento all'accordo sottoscritto il 29/09/2025.

SOLO PER L'ANNO 2026 le attività legate agli obiettivi della parte variabile degli emolumenti sarà così corrisposta:

la remunerazione del Governo Clinico, degli screening e delle vaccinazioni per l'anno 2026 (verificate dall'inizio della campagna vaccinale al 28/02/2027) verranno corrisposti mensilmente e individualmente a tutti i medici RUAP in base ai pazienti in carico, valorizzato a € 7,13 a paziente (governo clinico) e € 5 a screening effettuato, al raggiungimento dei risultati. Mensilmente il RUAP autocertificherà al Referente AFT la propria attività che, congiuntamente al Direttore del Distretto, verificheranno trimestralmente l'andamento delle attività al fine di garantire il raggiungimento dei valori soglia legati agli obiettivi. Tale attività di verifica congiunta AFT/Distretto dovrà essere debitamente documentata e comunicata da parte dell'Azienda all'Assessorato della Salute. I risultati saranno valutati alla data del 31 dicembre 2026 e il mancato raggiungimento comporterà il recupero, da parte dell'Azienda, delle somme corrisposte.

Norma Transitoria n. 3 - FABBISOGNO REGIONALE E AZIENDALE PER L'ATTIVITA' ORARIA

In fase di prima applicazione al fine di garantire la continuità assistenziale in atto esistente fino alla riqualificazione della nuova rete aziendale dei presidi di ex C.A e la ricollocazione delle somme che dovranno essere riassegnate, le Aziende hanno la facoltà di conferire incarichi provvisori per dette postazioni utilizzando i criteri di cui all'ACN vigente, secondo il fabbisogno rilevato dall'Azienda. Gli incarichi conferiti con detta modalità cessano comunque al 30 settembre 2026, salvo diverse esigenze territoriali o di servizio.

NORME FINALI

NORMA FINALE n. 1

Le Regioni, a far data dal 1 gennaio 2019, ripartiscono le disponibilità annue trasferite dall'INAIL al Fondo Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 526, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, definite con la prevista Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, nel limite assegnato, determinando la consistenza economica effettiva del presente compenso al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda

NORMA FINALE n. 2

Per gli argomenti non specificatamente trattati nel presente AIR si rimanda all'ACN 2019-2021 vigente

NORMA FINALE n.3

Le indennità percepite dai MMG alla firma di questo A.I.R. (ex art. 47 co. lett. D dell'ACN vigente) vengono mantenute a prescindere dal passaggio a Ruolo Unico. Le previgenti indennità per la partecipazione a forme associative, dei soggetti che vanno in quiescenza, restano a disposizione per il finanziamento dei nuovi modelli organizzativi definiti dalla regione per qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali

NORMA FINALE n.4

L'accordo integrativo regionale sulle vaccinazioni firmato in data 29 settembre 2025 resta in vigore anche negli anni a seguire, salvo diversi accordi regionali integrativi specifici

ALLEGATO 1**MODULO SOSTITUZIONE MEDICO ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA**

Alla cortese attenzione dell'ASP ____

Parte riservata al medico titolare

Il/La sottoscritt_ Dr./Dr.ssa _____, in qualità di medico del Ruolo Unico di assistenza primaria presso l'ASP _____, appartenente alla AFT _____ dichiara, con la presente, che a far data dal____al____(totale giorni____) verrà sostituito dal/dalla Dr./Dr.ssa _____per i seguenti motivi:

(da compilare barrando la relativa voce)

- art. 22, comma 1, lettera_ACN del 04/04/2024 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera e);
- art. 22, comma 2, lettera_ACN del 04/04/2024 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera e);
- art. 22, comma 3, lettera_ACN del 04/04/2024 (lettera da indicare da parte del medico titolare fra quelle previste dalla lettera a) alla lettera d);
- art. 22, comma 5, ACN del 04/04/2024; (gravidanza – puerperio)
- art. 22, comma 6, ACN del 04/04/2024 (non superiore a 30 gg. lavorativi) (ristoro psico-fisico)

A tal fine, si impegna ad informare i propri assistiti sulla durata, sulle modalità di sostituzione e sul medico sostituto.

Data, _____

_____ Firma (medico titolare)

Alla cortese attenzione dell'ASP _____

Parte riservata al medico sostituto

Il/La sottoscritt Dott. _____ nato a _____ prov. di (_____) residente a _____ in Via/C.so _____ telefono _____ in qualità di medico sostituto del Dr./Dr.ssa _____ dichiara con la presente di:

- non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21 dell'ACN 2019-2021;
- di essere in possesso dei requisiti previsti dall'Art. 36 comma 1;
- di svolgere l'attività di sostituzione con i seguenti orari e sede di esercizio:
(da compilare solo in caso di variazione rispetto all'orario e alla sede del medico titolare)

| | | |
|-----------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Lunedì | dalle _____ alle _____ (mattino) | dalle _____ alle _____ (pomeriggio) |
| Martedì | dalle _____ alle _____ (mattino) | dalle _____ alle _____ (pomeriggio) |
| Mercoledì | dalle _____ alle _____ (mattino) | dalle _____ alle _____ (pomeriggio) |
| Giovedì | dalle _____ alle _____ (mattino) | dalle _____ alle _____ (pomeriggio) |
| Venerdì | dalle _____ alle _____ (mattino) | dalle _____ alle _____ (pomeriggio) |

- sede di esercizio in Via/C.so _____ Comune di _____

Per "mattino" si considera la fascia oraria ante meridiem, ossia con inizio entro le ore 12, per "pomeriggio" si considera la fascia oraria post meridiem, ossia con inizio dopo le ore 12.

Per la suddetta attività dichiara, inoltre, di:

- essere a conoscenza delle norme che regolano il rapporto di lavoro del medico di assistenza primaria e di assicurarne la puntuale applicazione;
- essere al corrente della normativa sulla privacy e di impegnarsi al legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti affidati alle proprie cure;
- conoscere il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico titolare e di essere in grado di utilizzarlo correttamente;
- aver preso atto dell'assetto organizzativo dell'attività dello studio medico e di impegnarsi a curarne il puntuale svolgimento secondo la disponibilità strutturale e gli standards assistenziali richiesti per il medico titolare.
- impegnarsi a comunicare all'ASP e al referente dell'AFT di appartenenza del titolare ogni eventuale variazione di sede e di orari.

Data, _____

Firma (medico sostituto)

Allegato 2

Modello AFT Isole Minori

Nell'ottica della rapida attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), bisogna tenere in considerazione alcune realtà territoriali come le Isole Minori dove esistono già realtà strutturate che vanno ampliate e potenziate.

Si descrive un modello (già attivo nell'isola di Ustica) che potrà essere preso come esempio come di seguito indicato:

Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria che garantisce i rapporto a scelta

Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria che garantiscono attività oraria (oltre all'eventuali scelte) h24;

Specialisti ambulatoriali interni dell'ASP;

Servizio di telemedicina.

Questo modello attraverso l'attivazione della Telemedicina (monitoraggio a distanza del paziente diabetico e cardiologico per esempio) può rappresentare un modello tipo per la creazione di un AFT delle isole minori che potrebbe consentire una migliore presa in carico anche dei pazienti cronici, dando migliori risposte ai bisogni di una popolazione che si trova in un area disagiata.

Grazie alla presenza di una rete internet possono essere integrati i diversi livelli di assistenza attraverso un'infrastruttura informatica dedicata. In questo modo, si potrebbe realizzare una gestione unitaria della popolazione residente, con un lavoro di sinergia e di condivisione tra i diversi operatori sanitari che operano nell'AFT.

Attualmente, i pazienti dell'isola sono già gestiti in modo coordinato tra il Medico di Medicina Generale (MMG) a ciclo di scelta e i Medici ad attività oraria, i quali, oltre a svolgere le proprie attività di continuità assistenziale, affiancano il MMG nelle ore antimeridiane, erogando prestazioni ambulatoriali e garantendo la gestione delle urgenze. Inoltre, possono vicariare quasi completamente il ruolo del MMG nelle fasce orarie pomeridiane, notturne, festive o in situazioni di emergenza (ad esempio, quando le condizioni meteorologiche impediscono al MMG di raggiungere l'isola).

Un ulteriore elemento distintivo che rende il poliambulatorio di Ustica un ipotesi di modello pilota per le AFT delle isole minori è il fatto che la popolazione residente sia fissa e ben definita, il che consente a tutti i medici dell'isola di conoscere approfonditamente i pazienti a loro afferenti, proprio come il loro medico di fiducia a ciclo di scelta. Di conseguenza, le due figure professionali diventano pienamente intercambiabili (in linea con lo spirito del ruolo unico), garantendo ai pazienti una continuità assistenziale senza interruzioni. Questo determina una presa in carico del paziente H24 in un area disagiata, con livelli di assistenza sanitaria non soltanto di base, grazie all'integrazione con il livello specialistico.

Inoltre, la peculiarità geografica di un'isola impone una collaborazione stretta tra tutti i professionisti sanitari per garantire la massimizzazione delle prestazioni erogabili in loco, riducendo il ricorso ai trasferimenti in elisoccorso verso livelli assistenziali secondari. Questo modello di gestione integrata rappresenta, di fatto, una forma avanzata di presa in carico globale del paziente, e che può essere preso come modello tipo da potere replicare in altre aree insulari o con caratteristiche di isolamento geografico, adattandolo alle singole realtà orografiche.

Considerata la difficoltà nel reperire Medici che garantiscono la continuità dell'assistenza primaria nelle isole minori legata alle difficoltà logistiche, con questo Accordo la remunerazione dell'attività oraria svolta nelle 14 isole minori della Regione viene incrementata secondo quanto previsto dall'art. 35 del presente AIR.

(2025.51.3003)12.a

**Dipartimento regionale per le attività sanitarie
e osservatorio epidemiologico**

D.A. n. 1495 del 18 dicembre 2025.

Definizione dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle Case della Comunità.

L'ASSESSORE

- VISTO lo Statuto della Regione;
- VISTA la Legge 23 dicembre 1978 n. 833 “*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*”;
- VISTO il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*” e successive modifiche ed integrazioni”;
- VISTO il D.P.R. 14 gennaio 1997 “*Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*”;
- VISTO il Decreto del Presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”;
- VISTA l'Intesa sancita nella seduta del 5 ottobre 2006 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome concernente il Patto per la Salute 2006-2008 che, al punto 4.9, prevede che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia connessa alla esigenza prioritaria di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;
- VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 n. 243/CSR in attuazione dell'articolo 7, comma 1 del Patto per la Salute 2010-2012, che prevede la stipula di un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie;
- VISTA l'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012, con la quale è stato approvato il documento “*Disciplinare sulla revisione della normativa dell'accreditamento*”, con cui sono state individuate alcune caratteristiche che tutte le strutture sanitarie devono possedere per l'autorizzazione/accreditamento istituzionale, e sono stati definiti requisiti ed evidenze che devono essere presenti nella normativa di riferimento di ogni regione;
- VISTA l'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR, con la quale è stato adottato il cronoprogramma per l'adeguamento ai requisiti per l'accreditamento di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 e, inoltre, sono stati definiti

- i criteri per il funzionamento degli organismi tecnicamente accreditanti ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012;
- VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), come modificato con decisione di esecuzione del Consiglio 9587/25 e, in particolare, la Missione 6 Salute, Componente 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- VISTO il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"*;
- VISTO il documento elaborato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) *"Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub"* (Versione 05.04.2024);
- VISTA la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 *"Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale"*;
- VISTA la legge regionale 15 maggio 2000, n.10 *"Norme sulla dirigenza e sui rapporti di impiego e di lavoro alle dipendenze della Regione siciliana"*;
- VISTA la legge regionale 12 agosto 2014, n. 21 *"Norme in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa"* e, in particolare, l'articolo 68;
- VISTO il decreto presidenziale 27 giugno 2019, n. 12, e s.m.i., con il quale è stato istituito l'Organismo Tecnicamente Accreditante della Regione Siciliana e ne sono state definite le competenze;
- VISTO il D.A. 17 giugno 2002, n. 890 *"Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione Siciliana"* e s.m.i.;
- VISTO il D.A. 17 aprile 2003 n. 463 *"Integrazioni e modifiche al Dec. Ass. 17 giugno 2002, n. 890 concernente direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana e attuazione dell'art. 17 dello stesso decreto"*;
- VISTO il D.A. 9 agosto 2022, n. 725 *"Definizione delle modalità per il completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche"* e, in particolare, l'art. 4, comma 1, lettera b);
- VISTO il D.A. 14 febbraio 2024, n. 140 *"Definizione delle modalità per il completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche. Approvazione del "Piano per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche, l'aggiornamento e lo sviluppo del sistema regionale di requisiti, la definizione dei programmi di verifica" per il triennio 2024-2026"*;
- VISTO il D.A. 2 aprile 2025, n. 376 *"D.A. 14 febbraio 2024, n. 140. Aggiornamento del cronoprogramma"* con il quale è stato aggiornato il cronoprogramma allegato al D.A. 14 febbraio 2024, n. 140;
- VISTO il D.A. 4 luglio 2023, n. 741 *"Testo del D.A. 9 agosto 2022 (in GURS n. 40 del 26 agosto 2022), coordinato con le modifiche introdotte con D.A. 29 maggio 2023, n. 560 (in GURS n. 24 del 9 giugno 2023), recante "Aggiornamento delle disposizioni in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Modifiche al Decreto Assessoriale 17 aprile 2003, n. 463"*;
- VISTO il D.A. 9 gennaio 2024, n. 20 *"Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture"* con il quale è stato aggiornato il sistema di requisiti generali per la concessione dell'autorizzazione sanitaria e dell'accreditamento applicabili alle strutture sanitarie;

VISTA la relazione prot. 39320 del 3 dicembre 2025 con oggetto “*Piano di ripresa e resilienza – PNRR - Missione 6 Salute. Definizione dei requisiti per l’autorizzazione e l’accreditamento delle Case della Comunità. Relazione*”;

RITENUTO necessario definire il sistema di requisiti per l’autorizzazione all’esercizio e l’accreditamento delle Case della Comunità;

RITENUTO opportuno, al fine di facilitarne l’applicazione da parte delle strutture sanitarie e dei valutatori impegnati nelle verifiche finalizzate alla valutazione del possesso e del mantenimento dei requisiti, adottare elenchi separati in cui siano riportati, rispettivamente, i requisiti specifici per l’autorizzazione all’esercizio e i requisiti specifici per l’accreditamento delle Case della Comunità;

D E C R E T A

Articolo 1

Finalità

1. Il presente provvedimento definisce i requisiti specifici per l’autorizzazione all’esercizio e per l’accreditamento delle Case della Comunità.

Articolo 2

Ambito di applicazione

1. Il presente decreto si applica alle strutture sanitarie, pubbliche e private, in ragione della tipologia della struttura, secondo la seguente classificazione:

a. **Strutture Polispecialistiche: Case della Comunità**

Articolo 3

Requisiti specifici per l’autorizzazione all’esercizio e l’accreditamento delle Case della Comunità

1. I requisiti specifici che devono essere soddisfatti ai fini della concessione e del mantenimento dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento delle Case della Comunità sono indicati, rispettivamente, nei seguenti allegati che costituiscono parte integrante del presente provvedimento:

- Allegato A1-CCOH “*Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici specifici per l’autorizzazione all’esercizio delle Case della Comunità - HUB*”
- Allegato B1-CCOH “*Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici specifici per l’accreditamento delle Case della Comunità - HUB*”
- Allegato A1-CCOS “*Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici specifici per l’autorizzazione all’esercizio delle Case della Comunità - SPOKE*”
- Allegato B1-CCOS “*Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici specifici per l’accreditamento delle Case della Comunità - SPOKE*”
- Allegato A1-CCO-AMB “*Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici specifici per l’autorizzazione all’esercizio delle Case della Comunità-Ambulatori*”
- Allegato B1-CCO-AMB “*Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici specifici per l’accreditamento delle Case della Comunità-Ambulatori*”

Articolo 4

Requisiti generali per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento delle Case della Comunità

1. Alle strutture di cui al precedente articolo si applicano i requisiti generali per l'autorizzazione e l'accreditamento delle Strutture Polispecialistiche definiti dal D.A. 9 gennaio 2024, n. 20.

Articolo 5

Norme finali

2. Il presente provvedimento sarà pubblicato integralmente nel sito web dell'Assessorato della Salute e nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana ed entra in vigore il giorno stesso della pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

Palermo, 18 dicembre 2025.

FARAONI

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ' - HUB | |
|--|--|
| DEFINIZIONI | |
| CASA DELLA COMUNITÀ' - HUB | La Casa della Comunità HUB è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria (incluse diagnostica di base, punto prelievi e continuità assistenziale) e sociosanitaria a valenza sanitaria, nonché per i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali. |
| CASA DELLA COMUNITÀ' - SPOKE | La Casa della Comunità SPOKE è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione, in stretto collegamento con la Casa della Comunità HUB, al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria, nonché per i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali. |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ' - HUB | |
|--|--|
| | PRESTAZIONI |
| CASA DELLA COMUNITÀ' - HUB | La Casa della Comunità HUB garantisce: assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale di primo e secondo livello, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, punto prelievi, diagnostica di base, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione |
| CASA DELLA COMUNITÀ' - SPOKE | La Casa della Comunità SPOKE garantisce: assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle
CASE DELLA COMUNITÀ - HUB**

Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|--------------------|-------------|--|--------------------|---|
| 00. Autorizzazioni | 3A.00.00.01 | L'Organizzazione è dotata di autorizzazione allo svolgimento di attività sanitarie rilasciata dall'Autorità competente | 01 | Vi è evidenza che lo stato dei luoghi della struttura è conforme alle planimetrie indicate al provvedimento di concessione dell'autorizzazione sanitaria ovvero, se privata, vi è evidenza che lo stato dei luoghi della struttura è conforme alle planimetrie indicate al progetto approvato |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB

Criteria 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|------|--------|--|--------------------|---|
| | | | 01 | Presso la sede della struttura sono operativi servizi di Cure primarie: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (RUAP) e AFT PLS, Specialistica Ambulatoriale Interna (SAD), Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) |
| | | | 02 | Presso la sede della struttura è operativo un Punto Unico di Accesso (PUA) |
| | | | 03 | Presso la sede della struttura è operativa l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) |
| | | | 04 | Vi è evidenza che l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è dotata di strumenti di telemedicina e dispositivi medici portatili anche diagnostici |
| | | | 05 | Vi è evidenza che il Punto Unico di Accesso (PUA) è aperto 6/7 giorni dalle 8:00 alle 18:00 |
| | | | 06 | Presso la sede della struttura è operativa la struttura per il Governo dell'accesso alle Cure Domiciliari (SGO) |
| | | 3A.01.01.01 La Struttura è dotata dei servizi essenziali | 07 | Vi è evidenza che la struttura per il Governo dell'accesso alle Cure Domiciliari (SGO) è conforme alla normativa regionale di settore per la concessione dell'autorizzazione sanitaria |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | | |
|--|--|-----------|--|
| Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA |
| | | | 08 Presso la sede della struttura sono operativi ambulatori specialistici per le patologie ad elevata prevalenza: cardiologia, pneumologia diabetologia |
| | | | 09 Presso la sede della struttura è operativo un servizio infermieristico |
| | | | 10 Presso la sede della struttura è operativo un sistema di prenotazione integrato con il CUP aziendale |
| | | | 11 Presso la sede della struttura sono disponibili Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con la seguente strumentazione diagnostica di base: ecografo, elettrocardiografo, retinografo, tomografia ottica computerizzata (OCT), spirometro |
| 3A.01.01.01 | La Struttura è dotata dei servizi essenziali | | 12 Presso la sede della struttura è operativo il servizio di Continuità assistenziale |
| | | | 13 Presso la sede della struttura è operativo un Punto prelievo |
| | | | 14 Se presso la sede della struttura è operativo un Servizio di Medicina dello sport vi è evidenza che il Servizio di Medicina dello Sport è conforme alla normativa regionale di settore |

01. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | | | | |
|--|--------|-----------|--------------------|--|--|
| Criterio 2 – Prestazioni e servizi | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | 01 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza prevede che l'assistenza medica sia assicurata per un numero di ore congruo con la tipologia e il volume dell'attività svolta | |
| | | | 02 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza prevede che l'assistenza infermieristica sia assicurata per un numero di ore congruo con la tipologia e il volume dell'attività svolta | |
| | | | 03 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza prevede l'erogazione delle cure primarie attraverso equipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, etc.) | |
| | | | 04 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza prevede percorsi programmati dedicati ai pazienti cronici della comunità di riferimento della Casa della Comunità Hub al fine di garantire una programmazione annuale delle visite di controllo, anche tramite la telemedicina | |
| | | | 05 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza prevede misure al fine di ridurre al minimo i tempi di attesa e i disagi per gli utenti | |
| | | | 06 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza prevede la partecipazione attiva (co-produzione) dei cittadini a processi di prevenzione della salute, prevenzione e cura | |
| 3A.02.02.01 Sono adottati protocolli, linee guida e procedure, per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri) | | | | | |
| 2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | | | | |
|--|-------------|--|--------------------|--|--|
| Criterio 2 – Prestazioni e servizi | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| 2. Elegibilità e presa in carico dei pazienti - Continuità assistenziale | 3A.02.02.02 | E' adottato un Piano per la gestione delle emergenze | 01 | Il Piano per la gestione delle emergenze definisce le modalità di evacuazione della struttura in caso di necessità | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | | | | |
|--|--------|-----------|--------------------|--|--|
| Criterio 2 – Prestazioni e servizi | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | 01 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza e definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale definisce le modalità di integrazione e coordinamento con la Comunità locale (associazioni di volontariato) e i Servizi sociali | |
| | | | 02 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza e definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale definisce le modalità di collegamento in rete tra i professionisti che operano all'interno della Casa della Comunità | |
| | | | 03 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza e definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale definisce le modalità di collegamento in rete con le Case della Comunità Spoke | |
| | | | 04 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza e definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale definisce le modalità di collegamento in rete con altri settori assistenziali territoriali quali: assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attività rivolte a minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi | |
| | | | 05 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza e definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale definisce le modalità di collegamento in rete con il settore dell'assistenza ospedaliera | |
| | | | 06 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza e definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale prevede che tutte le attività di collegamento in rete siano realizzate attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) | |
| 3A.02.03.01 L'Organizzazione garantisce la continuità assistenziale | | | | | |
| 3. Continuità assistenziale | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | | | | |
|--|--------|-----------|--------------------|---|--|
| Criterio 2 – Prestazioni e servizi | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | 01 | Per ciascuna prestazione / servizio erogato al paziente è consegnato un referto | |
| | | | 02 | Il referto riporta la data di erogazione della prestazione, il tipo di prestazione e l'identificazione utente | |
| | | | 03 | Il referto consente l'identificazione del responsabile della prestazione / servizio erogato | |
| | | | 04 | Il referto riporta le conclusioni diagnostiche (ove previste) e l'indicazione degli accertamenti e/o terapie e/o programmi riabilitativi ritenuti necessari | |
| | | | 05 | Le prestazioni effettuate sono registrate e corredate dalle generalità riferite all'utente. | |
| | | | 06 | Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate conformemente alle modalità e ai tempi definiti dalla normativa vigente. | |
| 5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria | | | | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB

Criterio 3: Aspetti strutturali

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|---|-----------|--------------------|---|
| | | | 01 | Le sale visita sono dotate di lavabo con comandi non manuali (leva clinica esclusa) |
| | | | 02 | Le sale per l'esecuzione delle prestazioni sono attrezzate in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente (es.: area separata per spogliarsi, ove le prestazioni da erogare lo richiedano) |
| | | | 03 | Se la prestazione è eseguita per più utenti in seduta collettiva, la sala è attrezzata per attività di gruppo ed è adeguatamente dimensionata in rapporto al numero di utenti presenti in seduta collettiva |
| | | | 04 | L'accesso è indipendente da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria ed è esclusa ogni forma di comunicazione con locali destinati ad altri usi |
| | | | 05 | E' presente uno spazio per attesa, accettazione, attività amministrative (se nello stesso edificio coesistano più attività sanitarie, gli spazi per l'attesa, accettazione e attività amministrative possono essere in comune per le diverse tipologie di prestazioni erogate purché opportunamente dimensionati) |
| | | | 06 | Lo spazio per l'attesa è dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi |
| | | | 07 | Lo spazio per l'attesa è adeguatamente dimensionato ai fini del rispetto delle normative in materia di distanziamento |
| 3A.03.01.01 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | | 08 | E' presente uno spazio per le funzioni direzionali |
| | | | 09 | E' presente uno spazio/locale per la referazione |

01. Idoneità all'uso delle strutture

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | Criterio 3: Aspetti strutturali | | |
|--|---|---------------------------------|--------------------|---|
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
| | | | 10 | E' presente uno spazio/locale per deposito di materiale pulito |
| | | | 11 | E' presente uno spazio/locale per deposito di materiale sporco |
| | | | 12 | E' presente uno spazio o armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni. |
| 3A.03.01.01 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | | 13 | Sono presenti servizi igienici riservati agli utenti |
| | | | 14 | Sono presenti servizi igienici riservati al personale |
| | | | 15 | La sede è dotata di attrezzature e presidi medico chirurgici adeguati in relazione alla specifica attività svolta |
| 01. Idoneità all'uso delle strutture | | | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB

Criteria 3: Aspetti strutturali

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|--------|-----------|--------------------|--|
| 3A.03.05.01 | | | 01 | E' presente un elettrocardiografo con 12 derivazioni |
| | | | 02 | E' presente un monitor defibrillatore |
| | | | 03 | E' presente un ecografo |
| | | | 04 | E' presente un <i>event recorder</i> |
| | | | 05 | E' presente un Holter pressorio PA |
| | | | 06 | E' presente un Holter cardiaco |
| | | | 07 | E' presente un retinografo |
| | | | 08 | E' presente un retinoscopio |
| | | | 09 | E' presente un dermatoscopio |
| | | | 10 | E' presente un apparecchio PoCT |
| | | | 11 | E' presente un OCT |
| | | | 12 | E' presente un pulsiossimetro |
| | | | 13 | E' presente uno spirometro |
| | | | 14 | Vi è evidenza che le apparecchiature sono compatibili e integrate con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina e con le Infrastrutture Regionali di Telemedicina nonché con il FSE |

05. Requisiti strutturali e tecnologici generali

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle
CASE DELLA COMUNITÀ - HUB**

Criterio 3: Aspetti strutturali

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|---|--|--------------------|---|
| | | | 01 | In ogni locale visita è presente un lettino tecnico |
| | | | 02 | In ogni ambulatorio è presente un saturimetro |
| | | | 03 | In ogni ambulatorio è presente uno Sfigmomanometro digitale |
| | | | 04 | In ogni ambulatorio è presente un Glucometro |
| | | | 05 | In ogni ambulatorio è presente una Bilancia con altimetro per il calcolo del BMI e dotata di impedenzometria |
| | | | 06 | In ogni ambulatorio è presente un Metro sartoriale per la misurazione della circonferenza addominale e delle anche per la Sindrome metabolica |
| | | | 07 | In ogni ambulatorio è presente un Martelletto per riflessi neurologici |
| 3A.03.05.02 | Gli ambulatori sono dotati delle attrezzature essenziali per il funzionamento | 05. Requisiti strutturali e tecnologici generali | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB

Criterio 3: Aspetti strutturali

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|--------|---|--------------------|---|
| 3A.03.05.03 | | La struttura dispone delle attrezzature necessarie per il trattamento delle emergenze | 01 | Nella Casa della Comunità Hub è presente un carrello per la gestione dell'emergenza completo dell'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base dotato di: pallone auto espansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, sfigmomanometro e fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe e farmaci di pronto intervento, materiale di medicazione e kit per sutura |
| | | 05. Requisiti strutturali e tecnologici generali | 02 | Se nella Casa della Comunità Hub sono effettuate ricerche diagnostiche con manovre complesse sono disponibili anche un sistema di monitoraggio ECG e parametri vitali e un defibrillatore semiautomatico |
| | | | 03 | Vi è evidenza che il carrello per la gestione dell'emergenza è quotidianamente revisionato ed è ripristinato in caso di utilizzo |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle
CASE DELLA COMUNITÀ - HUB**

Criterio 3: Aspetti strutturali

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|--------------|--------|--|--------------------|---|
| 3.A.03.10.01 | | | 01 | E' garantita la possibilità di effettuare il Telemonitoraggio |
| | | | 02 | E' garantita la possibilità di effettuare la Televisita |
| | | | 03 | E' garantita la possibilità di effettuare il Teleconsulto |
| | | | 04 | E' garantita la possibilità di effettuare la Teleconsulenza |
| | | L'Organizzazione assicura la possibilità di erogare servizi a distanza (Accordo Stato-Regioni su "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina" Rep. atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020) | 05 | E' garantita la possibilità di effettuare la Teleassistenza |
| | | | 06 | E' garantita la possibilità di effettuare la Telerefertazione |
| | | | 07 | E' garantita la possibilità di effettuare il Triage |
| | | | 08 | Vi è evidenza che è garantita l'interoperabilità con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) di supporto dell'assistenza sanitaria |

10.Tecnologie digitali

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | | | | |
|--|---|-----------|--------------------|--|--|
| Criterio 4: Competenze del Personale | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | 01 | Vi è evidenza che la dotazione di personale medico è adeguata alla tipologia e al volume dell'attività svolta nel presidio | |
| | | | 02 | Vi è evidenza che la dotazione di personale infermieristico è adeguata alla tipologia e al volume dell'attività svolta nel presidio | |
| | | | 03 | Vi è evidenza che la dotazione di assistenti sociali è adeguata alla tipologia e al volume dell'attività svolta nel presidio | |
| 3A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata rispetto alla tipologia e al volume delle attività erogate | | 04 | Vi è evidenza che la dotazione di personale di supporto (OSS e amministrativi) adeguata alla tipologia e al volume dell'attività svolta nel presidio | |
| 10. Dotazione di personale | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | | | | |
|--|---|-----------|--------------------|--|--|
| Criterio 5: Comunicazione | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| 3A.05.04.01 | L'Organizzazione acquisisce il consenso informato | | 01 | Vi è evidenza che, prima dell'esecuzione dell'intervento o procedura, l'Organizzazione informa il paziente e acquisisce il consenso allo svolgimento dell'intervento o procedura | |
| | | | 02 | Vi è evidenza che sono chiaramente e dettagliatamente comunicate al paziente le caratteristiche del percorso assistenziale e, in particolare: - benefici e rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti proposti - possibili alternative agli accertamenti diagnostici e ai trattamenti proposti - conseguenze dell'eventuale rifiuto o rinuncia agli accertamenti diagnostici e ai trattamenti proposti | |
| | | | 03 | Vi è evidenza che al paziente è stata data informazione sul diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento | |

04. Modalità di coinvolgimento dei pazienti, dei familiari e dei caregiver nelle scelte clinico-assistenziali

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB

Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|---|--------|-----------|--------------------|---|
| | | | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| | | | 02 | La procedura prevede che il contenitore primario, contenente il materiale biologico, sia inserito in un contenitore secondario dotato di chiusura ermetica e a tenuta stagna, provvisto di materiale assorbente in grado di assorbire tutto il contenuto biologico in esso inserito, che consenta di trasportare le provette in posizione verticale |
| | | | 03 | La procedura prevede che il volume complessivo del materiale trasportato sia non > 4 litri |
| | | | 04 | Se i contenitori primari sono fragili, la procedura prevede che siano singolarmente rivestiti ovvero posizionati nel contenitore secondario in modo da non venire a contatto |
| | | | 05 | La procedura definisce le modalità e gli strumenti con i quali è garantito il monitoraggio della temperatura del materiale biologico durante il trasporto |
| | | | 06 | La procedura prevede che il materiale biologico sia mantenuto alla temperatura adeguata con riferimento alla natura del materiale (sangue, urine) e alla tipologia di indagine richiesta (es.: crioglobulinemia) |
| | | | 07 | Se viene utilizzato materiale refrigerante la procedura prevede che questo sia collocato all'esterno del contenitore secondario |
| | | | 08 | La procedura definisce le azioni da intraprendere nel caso in cui il trasporto non avvenga correttamente (es.: danneggiamento dei contenitori; raggiungimento di temperature incompatibili con la corretta conservazione del materiale biologico; ecc.) |
| 3A.06.02.01 | | | | |
| 02. Promozione delle sicurezza e gestione dei rischi | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | | |
|--|--------|-----------|---|
| Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA |
| | | | 09 Vi è evidenza che i contenitori secondari in uso presso la struttura sono lavabili e sterilizzabili |
| | | | 10 Vi è evidenza che i contenitori terziari in uso presso la struttura sono lavabili e disinfezionabili |
| | | | 11 Vi è evidenza che i contenitori in uso presso la struttura sono dotati di sistema di controllo della temperatura |
| | | | 12 Vi è evidenza che la struttura effettua controlli, anche a campione, sul mantenimento della temperatura corretta durante il trasporto del materiale biologico |
| | | | 13 Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | 14 Vi è evidenza che la procedura è applicata |
| 02. Promozione delle sicurezza e gestione dei rischi | | | |
| 3A.06.02.01 E' presente una procedura che definisce le modalità di trasporto del materiale biologico | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | | |
|--|--------|---|--|
| Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA |
| | | | E' formalmente adottata ed immediatamente disponibile una procedura per la gestione delle apparecchiature critiche |
| | | | La procedura individua tipo e collocazione delle apparecchiature critiche |
| | | | La procedura definisce tipologia e periodicità dei controlli |
| | | | La procedura definisce le modalità di registrazione dei controlli e di conservazione dei risultati |
| | | | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | Vi è evidenza che la procedura è applicata |
| 3.A.06.02.02 | | L'Organizzazione ha definito le modalità di gestione delle apparecchiature critiche | |
| 2. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | | | | |
|--|-------------|--|--------------------|--|--|
| Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| 10. Procedure | 3A.06.10.01 | E' presente una procedura che definisce le modalità di approvvigionamento, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei materiali e degli strumenti | 01 02 03 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile (si applica se la struttura esegue la sterilizzazione di materiali impiegati per procedure invasive) Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale (si applica se la struttura esegue la sterilizzazione di materiali impiegati per procedure invasive) Vi è evidenza che la procedura è applicata | |
| 10. Procedure | 3A.06.10.02 | E' presente una procedura/documento che definisce le modalità di approvvigionamento, conservazione e dispensazione di farmaci e materiali | 01 02 03 | La procedura definisce con quali modalità è garantito la data di scadenza di materiali, farmaci e confezioni soggetti a scadenza sia tenuta in evidenza La procedura definisce modalità adeguate di conservazione di materiali, farmaci e confezioni Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB

Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|---------------|---|--------------------|---|
| | | | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| | | | 02 | Vi è evidenza che la procedura è coerente con le norme UNI EN 554, UNI EN 555 |
| | | | 03 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | 04 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |
| 3A.06.10.03 | 10. Procedure | E' presente una procedura che definisce le modalità di sterilizzazione dei materiali e degli strumenti (si applica se la struttura esegue la sterilizzazione di materiali impiegati per procedure invasive) | 05 | Se il servizio di sterilizzazione è affidato all'esterno vi è evidenza che l'Organizzazione ha verificato la conformità del servizio e delle attività a tutti i requisiti normativi e che il servizio è svolto conformemente ad una procedura condivisa |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | | |
|--|---|-----------|---|
| Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA |
| | | | 01 La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| | | | 02 La procedura definisce le modalità di raccolta dei rifiuti |
| | | | 03 La procedura definisce le modalità di sanificazione dei rifiuti |
| | | | 04 La procedura definisce le modalità di conservazione dei rifiuti in attesa di smaltimento |
| | | | 05 La procedura definisce le modalità di smaltimento dei rifiuti |
| | | | 06 Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| 3A.06.10.04 | E' presente una procedura che definisce le modalità di gestione dei rifiuti | | 07 Vi è evidenza che il registro di carico e scarico dei rifiuti è regolarmente aggiornato |
| 10. Procedure | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | |
|---|--|
| | DEFINIZIONI |
| CASA DELLA COMUNITÀ - HUB | La Casa della Comunità HUB è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria (incluse diagnostica di base, punto prelievi e continuità assistenziale) e sociosanitaria a valenza sanitaria, nonché per i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali. |
| CASA DELLA COMUNITÀ - SPOKE | La Casa della Comunità SPOKE è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione, in stretto collegamento con la Casa della Comunità HUB, al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria, nonché per i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali. |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ' - HUB | |
|--|---|
| PRESTAZIONI | |
| CASA DELLA COMUNITÀ' - HUB | <p>La Casa della Comunità HUB garantisce: assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale di primo e secondo livello, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, punto prelievi, diagnostica di base, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione</p> |
| CASA DELLA COMUNITÀ' - SPOKE | <p>La Casa della Comunità SPOKE garantisce: assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione</p> |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | | | |
|--|-------------|--|--------------------|--|
| Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
| 01. Modalità di programmazione, pianificazione, organizzazione delle attività di assistenza e di supporto | 4A.01.01.01 | La Struttura è dotata dei servizi essenziali | 01 | Vi è evidenza che la struttura per il Governo dell'accesso alle Cure Domiciliari (SGO) è conforme alla normativa regionale di settore per la concessione dell'accreditamento istituzionale |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | Criterio 2 – Prestazioni e servizi | |
|--|--------|--|---|
| AREA | CODICE | REQUISITI | EVIDENZE |
| | | SUBCODICE EVIDENZA | |
| | | 01 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza prevede che l'assistenza medica in una Casa della comunità Hub sia assicurata H24, 7/7 giorni, anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale |
| | | 02 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza definisce che l'assistenza infermieristica in una Casa della comunità Hub sia garantita H12, 7/7 giorni |
| | | 3 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza definisce che l'assistenza infermieristica in una Casa della comunità Hub sia garantita H24, 7/7 giorni |
| 4A.02.02.01 | | Sono adottati protocolli, linee guida e procedure, per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri) | |
| 2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - HUB | | | | |
|---|-------------|---|-----------------------|---|
| Criterio 4: Competenze del Personale | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
| 10. Dotazione di personale | 4A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata rispetto alla tipologia e al volume delle attività erogate | 05 | La dotazione di personale infermieristico è di almeno 7 - 11 unità, di cui uno con funzioni di Coordinatore, così suddivise: -2-3 IFoC per le attività ambulatoriali -1-2 IFoC per le attività di Triage e di valutazione dei bisogni di salute -4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, l'attività di prevenzione e teleassistenza |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE | |
|---|--|
| | DEFINIZIONI |
| CASA DELLA COMUNITÀ - HUB | La Casa della Comunità HUB è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria (incluse diagnostica di base, punto prelievi e continuità assistenziale) e sociosanitaria, nonché per i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali. |
| CASA DELLA COMUNITÀ - SPOKE | La Casa della Comunità SPOKE è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione, in stretto collegamento con la Casa della Comunità HUB, al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria, nonché per i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali. |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE | |
|--|--|
| | PRESTAZIONI |
| CASA DELLA COMUNITÀ - HUB | La Casa della Comunità HUB garantisce: assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale di primo e secondo livello, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, punto prelievi, diagnostica di base, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione |
| CASA DELLA COMUNITÀ - SPOKE | La Casa della Comunità SPOKE garantisce: assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ' - SPOKE | |
|---|--|
|---|--|

Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|--------------------|-------------|--|--------------------|---|
| 00. Autorizzazioni | 3A.00.00.01 | L'Organizzazione è dotata di autorizzazione allo svolgimento di attività sanitarie rilasciata dall'Autorità competente | 01 | Vi è evidenza che lo stato dei luoghi della struttura è conforme alle planimetrie indicate al provvedimento di concessione dell'autorizzazione sanitaria ovvero, se privata, vi è evidenza che lo stato dei luoghi della struttura è conforme alle planimetrie indicate al progetto approvato |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE

Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|------|--------|-----------|--------------------|---|
| | | | 01 | Presso la sede della struttura sono operativi servizi di Cure primarie: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (RUAP) e AFT PLS, Specialistica Ambulatoriale Interna (SAD), Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) |
| | | | 02 | Presso la sede della struttura è operativo un Punto Unico di Accesso (PUA) |
| | | | 03 | Vi è evidenza che il Punto Unico di Accesso (PUA) è aperto 6/7 giorni dalle 8:00 alle 18:00 |
| | | | 04 | Presso la sede della struttura è operativa la struttura per il Governo dell'accesso alle Cure Domiciliari (SGO) |
| | | | 05 | Vi è evidenza che la struttura per il Governo dell'accesso alle Cure Domiciliari (SGO) è conforme alla normativa regionale di settore per la concessione dell'autorizzazione sanitaria |
| | | | 06 | Presso la sede della struttura sono operativi ambulatori specialistici per le patologie ad elevata prevalenza: cardiologia, pneumologia diabetologia |
| | | | 07 | Presso la sede della struttura è operativo un servizio infermieristico |
| | | | 08 | Presso la sede della struttura è operativo un sistema di prenotazione integrato con il CUP aziendale |
| | | | 09 | Se presso la sede della struttura è operativo un Servizio di Medicina dello sport vi è evidenza che il Servizio di Medicina dello Sport è conforme alla normativa regionale di settore |

01. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE

Criterio 2 – Prestazioni e servizi

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|--------|--|--------------------|--|
| | | | 01 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza prevede che l'assistenza medica sia assicurata per un numero di ore congruo con la tipologia e il volume dell'attività svolta |
| | | | 02 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza prevede che l'assistenza infermieristica sia assicurata per un numero di ore congruo con la tipologia e il volume dell'attività svolta |
| | | | 03 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza prevede l'erogazione delle cure primarie attraverso equipaggi multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, etc.) |
| 3A.02.02.01 | | Sono adottati protocolli, linee guida e procedure, per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri) | 04 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza prevede percorsi programmati dedicati ai pazienti cronici della comunità di riferimento della Casa della Comunità Hub al fine di garantire una programmazione annuale delle visite di controllo, anche tramite la telemedicina |
| | | | 05 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza prevede misure al fine di ridurre al minimo i tempi di attesa e i disagi per gli utenti |
| | | | 06 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza prevede la partecipazione attiva (cc-produzione) dei cittadini a processi di prevenzione della salute, prevenzione e cura |

2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ' - SPOKE | | | | | |
|---|--------|-----------|--------------------|--|--|
| Criterio 2 – Prestazioni e servizi | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | 01 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza e definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale definisce le modalità di integrazione e coordinamento con la Comunità locale (associazioni di volontariato) e i Servizi sociali | |
| | | | 02 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza e definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale definisce le modalità di collegamento in rete tra i professionisti che operano all'interno della Casa della Comunità | |
| | | | 03 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza e definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale definisce le modalità di collegamento in rete con la Case della Comunità Hub di riferimento | |
| | | | 04 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza e definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale definisce le modalità di collegamento in rete con altri settori assistenziali territoriali quali: assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera, ospedali di comunità, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attività rivolte a minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi | |
| | | | 05 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza e definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale definisce le modalità di collegamento in rete con il settore dell'assistenza ospedaliera | |
| | | | 06 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza e definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale prevede che tutte le attività di collegamento in rete siano realizzate attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) | |
| 3A.02.02 L'Organizzazione garantisce la continuità assistenziale | | | | | |
| 3. Continuità assistenziale | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE | | | | | |
|--|---|-----------|--|----------|---|
| Criterio 2 – Prestazioni e servizi | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| 3A.02.02.03 | E' adottato un Piano per la gestione delle emergenze | 01 | Il Piano per la gestione delle emergenze definisce le modalità di evacuazione della struttura in caso di necessità | 01 | Per ciascuna prestazione/servizio erogato al paziente è consegnato un referto |
| 3A.02.05.01 | 2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti - Contumuità assistenziale | 02 | L'Organizzazione ha definito le modalità di redazione della documentazione relativa agli esiti delle prestazioni e servizi erogati | 02 | Il referto riporta la data di erogazione della prestazione, il tipo di prestazione e l'identificazione utente |
| | 5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria | 03 | | 03 | Il referto consente l'identificazione del responsabile della prestazione/servizio erogato |
| | | 04 | | 04 | Il referto riporta le conclusioni diagnostiche (ove previste) e l'indicazione degli accertamenti e/o terapie e/o programmi riabilitativi ritenuti necessari |
| | | 05 | | 05 | Le prestazioni effettuate sono registrate e corredate dalle generalità riferite all'utente. |
| | | 06 | | 06 | Le registrazioni e le copie dei referti sono conservate conformemente alle modalità e ai tempi definiti dalla normativa vigente. |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ' - SPOKE

Criterio 3: Aspetti strutturali

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|---|-----------|--------------------|---|
| | | | 01 | Le sale visite sono dotate di lavabo con comandi non manuali (leva clinica esclusa) |
| | | | 02 | Le sale per l'esecuzione delle prestazioni sono attrezzate in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente (es.: area separata per spogliarsi, ove le prestazioni da erogare lo richiedano) |
| | | | 03 | Se la prestazione è eseguita per più utenti in seduta collettiva, la sala è attrezzata per attività di gruppo ed è adeguatamente dimensionata in rapporto al numero di utenti presenti in seduta collettiva |
| | | | 04 | L'accesso è indipendente da quello utilizzato per altre finalità non riferite all'attività sanitaria ed è esclusa ogni forma di comunicazione con locali destinati ad altri usi |
| | | | 05 | E' presente uno spazio per attesa, accettazione, attività amministrative (se nello stesso edificio coesistano più attività sanitarie, gli spazi per l'attesa, accettazione e attività amministrative possono essere in comune per le diverse tipologie di prestazioni erogate purché opportunamente dimensionati) |
| 3A.03.01.01 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | | 06 | Lo spazio per l'attesa è dotato di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi |
| | | | 07 | Lo spazio per l'attesa è adeguatamente dimensionato ai fini del rispetto delle normative in materia di distanziamento |
| | | | 08 | E' presente uno spazio per le funzioni direzionali |
| | | | 09 | E' presente uno spazio/lokale per la referzione |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

01. Idoneità all'uso delle strutture

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle
CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE**

Criterio 3: Aspetti strutturali

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|---|-----------|--------------------|---|
| | | | 10 | E' presente uno spazio/locale per deposito di materiale pulito |
| | | | 11 | E' presente uno spazio/locale per deposito di materiale sporco |
| | | | 12 | E' presente uno spazio o armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni. |
| 3A.03.01.01 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | | 13 | Sono presenti servizi igienici riservati agli utenti |
| | | | 14 | Sono presenti servizi igienici riservati al personale |
| | | | 15 | La sede è dotata di attrezzature e presidi medico chirurgici adeguati in relazione alla specifica attività svolta |

01. Idoneità all'uso delle strutture

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle
CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE**

Criteria 3: Aspetti strutturali

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|--------|-----------|--------------------|--|
| 3A.03.05.01 | | | 01 | E' presente un elettrocardiografo con 12 derivazioni |
| | | | 02 | E' presente un monitor defibrillatore |
| | | | 03 | E' presente un ecografo |
| | | | 04 | E' presente un <i>event recorder</i> |
| | | | 05 | E' presente un Holter pressorio PA |
| | | | 06 | E' presente un Holter cardiaco |
| | | | 07 | E' presente un retinografo |
| | | | 08 | E' presente un retinoscopio |
| | | | 09 | E' presente un dermatoscopio |
| | | | 10 | E' presente un apparecchio PoCT |
| | | | 11 | E' presente un OCT |
| | | | 12 | E' presente un pulsiossimetro |
| | | | 13 | E' presente uno spirometro |
| | | | 14 | Vi è evidenza che le apparecchiature sono compatibili e integrate con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina e con le Infrastrutture Regionali di Telemedicina nonché con il FSE |

05. Requisiti strutturali e tecnologici generali

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle
CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE**

Criterio 3: Aspetti strutturali

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|--|--------|-----------|--------------------|---|
| | | | 04 | In ogni locale visita è presente un lettino tecnico |
| | | | 17 | In ogni ambulatorio è presente un saturimetro |
| | | | 18 | In ogni ambulatorio è presente uno Sfigmomanometro digitale |
| | | | 19 | In ogni ambulatorio è presente un Glucometro |
| | | | 20 | In ogni ambulatorio è presente una Bilancia con altimetro per il calcolo del BMI e dotata di impedenzometria |
| | | | 21 | In ogni ambulatorio è presente un Metro sartoriale per la misurazione della circonferenza addominale e delle anche per la Sindrome metabolica |
| | | | 22 | In ogni ambulatorio è presente un Martelletto per riflessi neurologici |
| 05. Requisiti strutturali e tecnologici generali | | | | |
| 3A.03.05.02 Gli ambulatori sono dotati delle attrezzature essenziali per il funzionamento | | | | |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle
CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE**

Criterio 3: Aspetti strutturali

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|---|-----------|--------------------|--|
| | | | | Se nella Casa della Comunità Spokane sono disponibili servizi di diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, OCT, spirometro) è presente un carrello per la gestione dell'emergenza completo dell'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardiopolmonare di base dotato di: pallone auto espansibile, corredato di maschere facciali e cannule orofaringee, sfigmomanometro e fonendoscopio, laccio emostatico, siringhe e farmaci di pronto intervento, materiale di medicazione e kit per suture |
| 3A.03.05.03 | La struttura dispone delle attrezzature necessarie per il trattamento delle emergenze | 01 | | Se nella Casa della Comunità Spokane sono effettuate ricerche diagnostiche con manovre complesse sono presenti anche un sistema di monitoraggio ECG e parametri vitali e un defibrillatore semiautomatico |
| | 05. Requisiti strutturali e tecnologici generali | 02 | | Vi è evidenza che il carrello per la gestione dell'emergenza è quotidianamente revisionato ed è ripristinato in caso di utilizzo |
| | | 03 | | |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle
CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE**

Criterio 3: Aspetti strutturali

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|--------|--|--------------------|---|
| 3A.03.10.01 | | | 01 | E' garantita la possibilità di effettuare il Telemonitoraggio |
| | | | 02 | E' garantita la possibilità di effettuare la Televisita |
| | | | 03 | E' garantita la possibilità di effettuare il Teleconsulto |
| | | | 04 | E' garantita la possibilità di effettuare la Teleconsulenza |
| | | L'Organizzazione assicura la possibilità di erogare servizi a distanza (Accordo Stato-Regioni su "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina" Rep. atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020) | 05 | E' garantita la possibilità di effettuare la Teleassistenza |
| | | | 06 | E' garantita la possibilità di effettuare la Telerefertazione |
| | | | 07 | E' garantita la possibilità di effettuare il Triage |
| | | | 08 | Vi è evidenza che è garantita l'interoperabilità con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) di supporto dell'assistenza sanitaria |

10. Tecnologie digitali

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE | | | | | |
|--|---|-----------|--------------------|--|--|
| Criterio 4: Competenze del Personale | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | 01 | Vi è evidenza che la dotazione di personale medico è adeguata alla tipologia e al volume dell'attività svolta nel presidio | |
| | | | 02 | Vi è evidenza che la dotazione di personale infermieristico è adeguata alla tipologia e al volume dell'attività svolta nel presidio | |
| | | | 03 | Vi è evidenza che la dotazione di assistenti sociali è adeguata alla tipologia e al volume dell'attività svolta nel presidio | |
| 3A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata rispetto alla tipologia e al volume delle attività erogate | | 04 | Vi è evidenza che la dotazione di personale di supporto (OSS e amministrativi) adeguata alla tipologia e al volume dell'attività svolta nel presidio | |
| 10. Dotazione di personale | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE | | | | | |
|--|---|-----------|--------------------|--|--|
| Criterio 5: Comunicazione | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| 3A.05.04.01 | L'Organizzazione acquisisce il consenso informato | | 01 | Vi è evidenza che, prima dell'esecuzione dell'intervento o procedura, l'Organizzazione informa il paziente e acquisisce il consenso allo svolgimento dell'intervento o procedura | |
| | | | 02 | Vi è evidenza che sono chiaramente e dettagliatamente comunicate al paziente le caratteristiche del percorso assistenziale e, in particolare: - benefici e rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti proposti - possibili alternative agli accertamenti diagnostici e ai trattamenti proposti - conseguenze dell'eventuale rifiuto o rinuncia agli accertamenti diagnostici e ai trattamenti proposti | |
| | | | 03 | Vi è evidenza che al paziente è stata data informazione sul diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento | |

04. Modalità di coinvolgimento dei pazienti, dei familiari e dei caregiver nelle scelte clinico-assistenziali

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE

Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|------|--------|-----------|--------------------|---|
| | | | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| | | | 02 | La procedura prevede che il contenitore primario, contenente il materiale biologico, sia inserito in un contenitore secondario dotato di chiusura ermetica e a tenuta stagna, provvisto di materiale assorbente in grado di assorbire tutto il contenuto biologico in esso inserito, che consenta di trasportare le provette in posizione verticale |
| | | | 03 | La procedura prevede che il volume complessivo del materiale trasportato sia non > 4 litri |
| | | | 04 | Se i contenitori primari sono fragili, la procedura prevede che siano singolarmente rivestiti ovvero posizionati nel contenitore secondario in modo da non venire a contatto |
| | | | 05 | La procedura definisce le modalità e gli strumenti con i quali è garantito il monitoraggio della temperatura del materiale biologico durante il trasporto |
| | | | 06 | La procedura prevede che il materiale biologico sia mantenuto alla temperatura adeguata con riferimento alla natura del materiale (sangue, urine) e alla tipologia di indagine richiesta (es.: crioglobulinemia) |
| | | | 07 | Se viene utilizzato materiale refrigerante la procedura prevede che questo sia collocato all'esterno del contenitore secondario |
| | | | 08 | La procedura definisce le azioni da intraprendere nel caso in cui il trasporto non avvenga correttamente (es.: danneggiamento dei contenitori; raggiungimento di temperature incompatibili con la corretta conservazione del materiale biologico; ecc.) |

02. Promozione delle sicurezza e gestione dei rischi

3A.06.02.01

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle
CASE DELLA COMUNITÀ' - SPOKE

Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|--|-----------|-----------------------|---|
| | | | 09 | Vi è evidenza che i contenitori secondari in uso presso la struttura sono lavabili e sterilizzabili |
| | | | 10 | Vi è evidenza che i contenitori terziari in uso presso la struttura sono lavabili e disinfezionabili |
| | | | 11 | Vi è evidenza che i contenitori in uso presso la struttura sono dotati di sistema di controllo della temperatura |
| 3A.06.02.01 | Se la Casa della Comunità Spoke è dotata di Punto prelievo è presente una procedura che definisce le modalità di trasporto del materiale biologico | | 12 | Vi è evidenza che la struttura effettua controlli, anche a campione, sul mantenimento della temperatura corretta durante il trasporto del materiale biologico |
| | | | 13 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | 14 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |

02. Promozione delle sicurezza e gestione dei rischi

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE | | | |
|--|--------|-----------|---|
| Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA |
| | | | 01 E' formalmente adottata ed immediatamente disponibile una procedura per la gestione delle apparecchiature critiche |
| | | | 02 La procedura individua tipo e collocazione delle apparecchiature critiche |
| | | | 03 La procedura definisce tipologia e periodicità dei controlli |
| | | | 04 La procedura definisce le modalità di registrazione dei controlli e di conservazione dei risultati |
| | | | 05 Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | 06 Vi è evidenza che la procedura è applicata |
| 3.A.06.02.02 L'Organizzazione ha definito le modalità di gestione delle apparecchiature critiche | | | |
| 2.Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE | | | | | | | | | |
|--|--------|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|
| Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza | | | | | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | | | | | |
| | | | | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile (si applica se la struttura esegue la sterilizzazione di materiali impiegati per procedure invasive) | | | | | |
| | | E' presente una procedura che definisce le modalità di approvvigionamento, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei materiali e degli strumenti | | 01 | | | | | |
| 3A.06.10.01 | | 02 | | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale (si applica se la struttura esegue la sterilizzazione di materiali impiegati per procedure invasive) | | | | | |
| | | 03 | | Vi è evidenza che la procedura è applicata | | | | | |
| | | | | La procedura definisce con quali modalità è garantito la data di scadenza di materiali, farmaci e confezioni soggetti a scadenza sia tenuta in evidenza | | | | | |
| | | 3A.06.10.02 | | 01 | | | | | |
| | | 02 | | La procedura definisce modalità adeguate di conservazione di materiali, farmaci e confezioni | | | | | |
| | | 03 | | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale | | | | | |
| 10. Procedure | | | | | | | | | |
| 10. Procedure | | | | | | | | | |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle
CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE**

Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|---------------|---|-----------------------|---|
| | | | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| | | | 02 | Vi è evidenza che la procedura è coerente con le norme UNI EN 554, UNI EN 555 |
| | | | 03 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | 04 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |
| 3A.06.10.03 | 10. Procedure | E' presente una procedura che definisce le modalità di sterilizzazione dei materiali e degli strumenti (si applica se la struttura esegue la sterilizzazione di materiali impiegati per procedure invasive) | 05 | Se il servizio di sterilizzazione è affidato all'esterno vi è evidenza che l'Organizzazione ha verificato la conformità del servizio e delle attività a tutti i requisiti normativi e che il servizio è svolto conformemente ad una procedura condivisa |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ' - SPOKE | | | | | |
|---|---|---------------|--------------------|--|--|
| Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| 3A.06.10.04 | E' presente una procedura che definisce le modalità di gestione dei rifiuti | 10. Procedure | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile | |
| | | | 02 | La procedura definisce le modalità di raccolta dei rifiuti | |
| | | | 03 | La procedura definisce le modalità di sanificazione dei rifiuti | |
| | | | 04 | La procedura definisce le modalità di conservazione dei rifiuti in attesa di smaltimento | |
| | | | 05 | La procedura definisce le modalità di smaltimento dei rifiuti | |
| | | | 06 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale | |
| | | | 07 | Vi è evidenza che il registro di carico e scarico dei rifiuti è regolarmente aggiornato | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE | |
|---|--|
| | DEFINIZIONI |
| CASA DELLA COMUNITÀ - HUB | La Casa della Comunità HUB è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria (incluse diagnostica di base, punto prelievi e continuità assistenziale) e sociosanitaria a valenza sanitaria, nonché per i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali. |
| CASA DELLA COMUNITÀ - SPOKE | La Casa della Comunità SPOKE è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione, in stretto collegamento con la Casa della Comunità HUB, al quale i cittadini possono accedere per bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e sociosanitaria a valenza sanitaria, nonché per i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali. |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE | |
|---|--|
| PRESTAZIONI | |
| CASA DELLA COMUNITÀ - HUB | La Casa della Comunità HUB garantisce: assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale di primo e secondo livello, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, punto prelievi, diagnostica di base, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione |
| CASA DELLA COMUNITÀ - SPOKE | La Casa della Comunità SPOKE garantisce: assistenza al pubblico e supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (PUA), assistenza primaria erogata attraverso équipe multiprofessionali e continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza, assistenza domiciliare, assistenza sanitaria e sociosanitaria, prenotazioni con collegamento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale, partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE | | | |
|--|-------------|--|--|
| Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA |
| 01. Modalità di pianificazione, supporto programmazione e organizzazione, delle attività di assistenza e di supporto | 4A.01.01.01 | La Struttura è dotata dei servizi essenziali | 01 Vi è evidenza che la struttura per il Governo dell'accesso alle Cure Domiciliari (SGO) è conforme alla normativa regionale di settore per la concessione dell'accreditamento istituzionale |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle
CASE DELLA COMUNITÀ - SPOKE**

Criterio 2 – Prestazioni e servizi

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|--|--|-----------------------|---|
| 4A.02.02.01 | 2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti | Sono adottati protocolli, linee guida e procedure, per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri) | 01 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza definisce che l'assistenza medica in una Casa della comunità Spoke sia assicurata H12, 6/7 giorni |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | |
|---|--|
| | DEFINIZIONI |
| CHIRURGIA AMBULATORIALE | Struttura ambulatoriale in grado di effettuare interventi chirurgici ed anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, senza ricovero, che consentano all'utente autonomia motoria e piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non necessitino di assistenza continuativa post-intervento |
| ENDOSCOPIA AMBULATORIALE | Struttura ambulatoriale che eroga prestazioni di endoscopia e svolge indagini strumentali a fini diagnosticici e/o terapeutici mediante strumentazione specificatamente dedicata a cui possono essere associate altre strumentazioni a scopo diagnostico (radiazioni ionizzanti o ultrasuoni) o terapeutico (sorgenti diatermiche, laser o altre). Sono eseguibili in ambito ambulatoriale le attività di endoscopia che utilizzano gli orifizi naturali (endoscopia digestiva, ginecologica, otorinolaringoiatrica, tracheobronchiale, urologica) |
| MEDICINA DI LABORATORIO | Struttura costituita dal solo Laboratorio dove viene gestito l'intero ciclo di lavoro connesso all'esecuzione delle prestazioni: attività preanalitica, analitica e postanalitica. I servizi di medicina di laboratorio si distinguono in: laboratori generali di base; laboratori specializzati; laboratori generali di base con settori specializzati |
| LABORATORI GENERALI DI BASE | Laboratori ad organizzazione semplice ed unitaria che possono svolgere indagini nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematoematologia ed emocoagulazione, della immunonematologia, della microbiologia |
| LABORATORI GENERALI DI BASE CON SETTORI SPECIALIZZATI | Laboratori ad organizzazione complessa che per carico di lavoro, per varietà di tipologia analitica e complessità dei quesiti diagnostici posti, necessitano di una articolazione in unità operative o moduli specializzati e della disponibilità di tecnologie di livello superiore e di competenze professionali particolari. Possono svolgere indagini diagnostiche nell'ambito dei settori in cui si possono articolare i Laboratori Generali di base e i Laboratori specializzati |
| PUNTO PRELIEVI | Articolazione periferica di una struttura di Medicina di Laboratorio presso la quale è svolta l'attività preanalitica e postanalitica. Non è dotato di autonomia organizzativa. Può eseguire esami esclusivamente mediante dispositivi POCT |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI

RECOVERY E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|---|-----------------|--------|---|---|---|
| 02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti | RIA.3A.02.02.01 | | <p>E' presente una procedura che definisce le modalità di presa in carico dei pazienti e le modalità con cui è assicurata la continuità dell'assistenza</p> | <p>01</p> <p>02</p> <p>03</p> <p>04</p> | <p>La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile</p> <p>La procedura prevede che le attività di recupero e riabilitazione funzionale siano svolte anche in modalità di lavoro di gruppo, in maniera tale da garantire le prestazioni in forma coordinata ed integrata</p> <p>La procedura definisce le modalità con cui è garantita la presa in carico globale del paziente, per tutto l'iter terapeutico previsto</p> <p>Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale</p> |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|-----------------|------|--------|---|--------------------|--|
| | | | | 01 | 1)locali gli spazi sono in condizioni igieniche adeguate e sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate |
| | | | | 02 | Vi è evidenza che è garantita la riservatezza dei pazienti |
| | | | | 03 | Vi è evidenza dell'assenza di barriere architettoniche |
| | | | | 04 | Sono disponibili aree attrezzate per attività di gruppo (palestra o palestre), per attività motoria di gruppo, per attività statiche e dinamiche, adeguatamente dimensionate in rapporto al numero di utenti presenti in seduta collettiva |
| | | | | 05 | Sono disponibili aree attrezzate per attività individuali (motorie, respiratorie, neuropsicologiche, ecc.) |
| | | | | 06 | Sono disponibili box (o stanze di dimensioni contenute) per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale, kinesiterapia, manipolazioni articolari |
| | | | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | 07 | Se la struttura esegue tale tipo di prestazioni, è disponibile un'area attrezzata per il trattamento dei disturbi comunicativi/cognitivi e logopedici |
| RIA.3A.03.01.01 | | | | 08 | E' disponibile un ambulatorio per visite specialistiche e valutazioni cliniche attinenti alle patologie trattate |
| | | | | 09 | Sono disponibili servizi igienici per gli utenti fruibili anche dai disabili |
| | | | | 10 | Sono disponibili spogliatoi per i pazienti |
| | | | | 11 | Sono disponibili servizi igienici e spogliatoi per gli operatori |

01. Idoneità all'uso delle strutture

Aspetti strutturali
Criterio 3

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI

RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------|---|--|----------|--|
| RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE | | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| 10. Dotazione di personale | 3. Aspetti strutturali | RIA.3A.03.13.01 | 13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima) | 01 Sono disponibili attrezzature e dispositivi per la valutazione delle varie menomazioni e disabilità di pertinenza riabilitativa | | |
| | | | | 02 Sono disponibili presidi necessari e risorse tecnologiche atti allo svolgimento di prestazioni da parte dei medici specialisti e degli altri operatori professionali della riabilitazione | | |
| | | | | 03 Sono disponibili attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di rieducazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo | | |
| | | | | 04 Sono disponibili attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale di supporto e complemento all'esercizio terapeutico | | |
| | | | | 05 E' disponibile l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardio-polmonare | | |
| Criterio 4 | 10. Dotazione di personale | RIA.3A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | 01 Il personale sanitario è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | | |
|---|------|--------|--|---|--|--|
| MEDICINA NUCLEARE | | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze | |
| | | | 05. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi | 01 | Le modalità per lo svolgimento delle attività di controllo interno sono descritte in un Documento adottato formalmente e immediatamente reperibile | |
| | | | 02 | Il Documento definisce la metodologia, la frequenza, la responsabilità dei controlli di qualità | | |
| | | | 03 | Il Documento prevede che i controlli siano effettuati su strumenti, radiofarmaci, radiodiagnostici | | |
| | | | 04 | Il Documento prevede che i controlli siano effettuati sulle risorse umane | | |
| | | | 05 | Il Documento prevede che i controlli siano effettuati sui processi | | |
| | | | 06 | Vi è evidenza che Documento è conosciuto dal personale | | |
| | | | 07 | Vi è evidenza che le attività previste dal Documento sono realizzate | | |
| | | | 01 | E' formalmente adottata e immediatamente reperibile una procedura che definisce le modalità di presa in carico dei pazienti | | |
| | | | 02 | La procedura definisce i tempi per la consegna dei referiti | | |
| | | | 03 | Vi è evidenza che, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, è data informazione al paziente sui tempi di consegna dei referiti | | |
| | | | 04 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale | | |
| | | | 05 | Se la struttura dispone di una sola gamma camera, è stato formalizzato un accordo di collaborazione con un'altra unità operativa di medicina nucleare, in modo da garantire la continuità terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature. | | |
| | | | 02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti | | | |
| | | | 01. Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie | | | |
| | | | 2. Prestazioni e servizi | | | |
| | | | MNU.3A.02.02.01 | | | |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
MEDICINA NUCLEARE**

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|----------|------|--------|-----------|--------------------|--|
| | | | | 01 | I locali e gli spazi sono in condizioni igieniche adeguate e sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate |
| | | | | 02 | E' presente un'area, non classificata e di libero accesso al pubblico, dedicata all'accettazione e alle attività amministrative |
| | | | | 03 | E' presente un locale destinato all'attesa degli utenti prima della somministrazione |
| | | | | 04 | E' presente un locale destinato ad ospitare la gamma camera |
| | | | | 05 | E' presente un locale destinato all'attesa degli utenti dopo la somministrazione |
| | | | | 06 | Nel locale destinato all'attesa degli utenti prima della somministrazione sono disponibili i documenti informativi sulle prestazioni erogate |
| | | | | 07 | E' presente una zona filtro con locali spogliatoio differenziati |
| | | | | 08 | E' disponibile un locale somministrazione all'utente di radio farmaci |
| | | | | 09 | Vi è evidenza che nel locale somministrazione all'utente di radio farmaci è disponibile l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardio-polmonare |
| | | | | 10 | Vi è evidenza che nel locale somministrazione all'utente di radio farmaci sono disponibili i sistemi di radioprotezione e di monitoraggio previsti dall'esperto qualificato e riportati nel regolamento interno e tutti i sistemi di primo intervento per l'emergenza; |
| | | | | 11 | E' disponibile un locale destinato ad ospitare la gamma camera |
| | | | | 12 | E' disponibile una camera calda, in un locale a pressione negativa, per lo stocaggio e manipolazione radio farmaci e altri prodotti radioattivi |
| | | | | 13 | Se viene svolta attività diagnostica in vitro, questa si svolge in locali separati dall'attività in vivo |
| | | | | 14 | Sono disponibili servizi igienici per i pazienti che hanno ricevuto somministrazione di radiofarmaci con scarsi controllati |

01. Idoneità all'uso delle strutture

Aspetti strutturali
Criterio 3

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | |
|---|--------------------------|-----------------|---|---|---|
| MEDICINA NUCLEARE | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| CRITERIO 4 | Competenze del personale | MNU.3A.04.10.01 | 10. Dotazione di personale | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | 01 Il personale sanitario è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| | 3. Aspetti strutturali | MNU.3A.03.13.01 | 13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima) | La struttura dispone delle attrezzature necessarie al funzionamento | 01 02 03 I sistemi di monitoraggio e di misura delle sorgenti radioattive sono adeguati alle dimensioni delle risorse impiegate (area di lavoro, personale, tipo e quantità giornaliera di materiali radioattivi impiegati e/o manipolati) e della attività svolta E' disponibile una gamma camera Se viene svolta attività diagnostica in vitro, è disponibile la strumentazione base di un laboratorio di analisi chimico-cliniche |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI RADILOGIA DIAGNOSTICA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|----------|------|----------------|---|--|--|
| | | RAD3A.01.05.01 | 05. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi erogati | Le modalità per lo svolgimento delle attività di controllo interno sono descritte in un Documento adottato formalmente e immediatamente reperibile | 01 Le modalità per lo svolgimento delle attività di controllo interno sono descritte in un Documento adottato formalmente e immediatamente reperibile |
| | | RAD3A.02.02.01 | 02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti | L'Organizzazione ha definito le modalità di presa in carico dei pazienti e le modalità con cui è assicurata la continuità dell'assistenza | 01 Il Documento definisce la metodologia, la frequenza, la responsabilità dei controlli di qualità 02 Vi è evidenza che Documento è conosciuto dal personale 03 Vi è evidenza che le attività previste dal Documento sono realizzate 04 E' formalmente adottata e immediatamente reperibile una procedura che definisce le modalità di presa in carico dei pazienti |
| | | | 2. Prestazioni e servizi | 1. Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie | 01 La procedura definisce i tempi per la consegna dei referiti 02 Vi è evidenza che, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, è data informazione al paziente sui tempi di consegna dei referiti 03 Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI

RADIOLOGIA DIAGNOSTICA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|----------------|---|--------------------------------------|-------------------------|--------------------|---|
| RAD3A.03.01.01 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | 01. Idoneità all'uso delle strutture | 01. Aspetti strutturali | 01 | I locali e gli spazi sono in condizioni igieniche adeguate e sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-----------------|------|--------|---|--------------------|---|
| | | | 13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima) | | |
| | | | 3. Aspetti strutturali | | |
| RAD.3A.03.13.01 | | | La struttura dispone delle attrezzature necessarie al funzionamento | | |
| | | | | 01 | La struttura è dotata di un generatore A.T. trifase di potenza non inferiore a 30 KW e tavolo di comando |
| | | | | 02 | La struttura è dotata di tavolo ribaltabile, preferibilmente telecomandato, con: - serografo - Potter Bucky - intensificatore di brillanza con catena televisiva |
| | | | | 03 | La struttura è dotata di tubo radiogeno a doppio fuoco anodo rotante |
| | | | | 04 | Vi è evidenza che è disponibile l'attrezzatura essenziale per il pronto soccorso e per la rianimazione cardio-polmonare |
| | | | | 05 | Se la sede fa parte di una struttura di ricovero, è dotata di apparecchio radiologico portatile monoblocco |
| | | | | 06 | Se la struttura esegue indagini diagnostica ecografica è dotata di ecografo con almeno due sonde dedicate rispettivamente allo studio delle parti profonde e delle parti superficiali |
| | | | 10. Dotazione di personale | 01 | Il personale medico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| RAD.4A.04.10.01 | | | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | 02 | E' presente in organico almeno un medico specialista in radiodiagnostica o disciplina equipollente |
| | | | | 03 | Il personale tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
PADIOLETTI AIA

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
RADIOTERAPIA**

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|--------------------------------------|------|--------|-----------|--------------------|---|
| | | | | 01 | I locali e gli spazi sono in condizioni igieniche adeguate e sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate |
| | | | | 02 | E' presente un'area di attesa per gli utenti dopo la somministrazione |
| | | | | 03 | E' presente un locale visita con annesso un locale per trattamenti farmacologici brevi |
| | | | | 04 | E' presente un locale per la conformazione dei campi di irradiazione, per la contenzione e la protezione dell'utente in corso di terapia, per la verifica dosimetrica |
| | | | | 05 | E' disponibile una sala di simulazione |
| | | | | 06 | E' disponibile un bunker di terapia |
| | | | | 07 | Se la struttura le utilizza, è disponibile un locale per la conservazione e manipolazione delle sostanze radioattive |
| | | | | 08 | Sono disponibili uno o più spogliatoi per gli utenti in relazione alle sale di terapia e alle sale visite presenti e comunicanti con le stesse |
| 01. Idoneità all'uso delle strutture | | | | | |
| Aspetti strutturali | | | | | |
| Criterio 3 | | | | | |

REQUISITI organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI RADIOTERAPIA

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | |
|--|---|---|------------------------|--|--|
| RADIOTERAPIA | | | RADIOTERAPIA | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| 10. Dotazione di personale | 13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima) | RTP.3A.03.13.01 | 3. Aspetti strutturali | 01 | La struttura è dotata di simulatore per radioterapia ovvero ha la piena disponibilità di una diagnostica radiologica (convenzionale o computerizzata) dedicata alla definizione tecnica e pianificazione dei trattamenti |
| | | | | 02 | La struttura è dotata di unità di terapia a fasci collimati (telecobalto terapia, acceleratore lineare) |
| | | | | 03 | La struttura è dotata di attrezzatura per la valutazione della dose singola e dei relativi tempi di trattamento |
| | | | | 04 | La struttura è dotata di apparecchiature per la verifica periodica di dose sul paziente durante l'irradiazione |
| | | | | 05 | La struttura è dotata di apparecchiature per il controllo dosimetrico clinico |
| 11. Competenze del personale | RTP.3A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | 01 | Il personale medico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate | |
| | | | 02 | Il personale tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI

| CONSULTORIO | | | | | |
|-----------------|---|--------|-----------|--------------------|--|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| | | | | 02 | La procedura definisce le modalità con cui è garantita la presa in carico globale degli assistiti |
| | | | | 03 | La procedura definisce le modalità con cui è garantito l'approccio multidisplinare all'assistenza |
| | | | | 04 | La procedura definisce le modalità con cui è garantita l'integrazione delle attività consultoriali con le attività delle altre strutture territoriali operanti nel territorio di riferimento nell'ambito dell'assistenza materno-infantile |
| CON.3A.02.02.01 | E' presente una procedura che definisce le modalità di presa in carico e le modalità con cui è assicurata la continuità dell'assistenza | | | | |
| | | | | 05 | La procedura definisce le modalità con cui è garantita l'integrazione delle attività consultoriali con le attività dei Punti Nascita operanti nel territorio di riferimento |
| | | | | 06 | La procedura definisce le modalità con cui è garantita l'integrazione delle attività consultoriali con le attività sociali |
| | | | | 07 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | | 08 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |

02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

2. Prestazioni e servizi

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ' - AMBULATORI

CONSULTORIO

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze | |
|-----------------|---|--------|-----------|--------------------|--|--|
| | | | | | 01 | 02 |
| | | | | | I locali e gli spazi sono in condizioni igieniche adeguate e sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate | E' disponibile uno spazio deposito farmaci e presidi sanitari |
| | | | | | La sala d'aspetto è dotata di: - almeno n. 10 posti a sedere confortevoli - Porta riviste - Contenitori per materiale promozionale - Bacheca per comunicazioni all'utenza - Contenitore rifiuti - Appendiabiti | |
| | | | | | Lo/a spazio/sala per attività di gruppo ha una superficie di almeno 25 mq ed è dotata di: - almeno n. 15 posti a sedere - Tavolo riunione - Armadio contenitore - Appendiabiti - Contenitore rifiuti - Lavagna | |
| CON.3A.03.01.01 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | | | | E' presente una stanza per gli assistenti sociali dotata di: - Scrivania con seduta ergonomica - n. 4 sedie per l'utenza - Appendiabiti - Libreria - Contenitore rifiuti - distruggi documenti | E' presente una stanza per la/o psicologa/o dotata di: - Scrivania con seduta ergonomica - n. 4 sedie per l'utenza - Appendiabiti - Libreria - Contenitore rifiuti - distruggi documenti |
| | | | | | | |

01. Idoneità all'uso delle strutture

CRITERIO 3
Aspetti strutturali

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI

| CONSULTORIO | | | | | |
|-----------------------------------|---|--------|---|--------------------|----------|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | E' presente una stanza per il Medico ginecologo dotata di: - Scrivania con seduta ergonomica - n. 2 sedie per l'utenza - Appendiabiti - Libreria - Contenitore rifiuti | 07 | |
| | | | E' presente una stanza per la/o ostetrica/o dotata di: - Scrivania con seduta ergonomica - n. 2 sedie per l'utenza - Appendiabiti - Libreria - Lettino riabilitazione - Contenitore rifiuti | 08 | |
| CON.3A.03.01.01 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | | E' presente un ambulatorio ostetrico ginecologico | 09 | |
| | 01. Idoneità all'uso delle strutture | | Vi è evidenza che è garantita la riservatezza dei pazienti | 10 | |
| Criterio 3 Aspetti strutturali | | | | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ' - AMBULATORI

CONSULTORIO

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-----------------|---|-----------------|---------------------------------------|--------------------|--|
| | | | | | |
| CON.3A.03.01.02 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | CON.3A.03.01.02 | 01. Idenicità all'uso delle strutture | 01 | Sono disponibili almeno 5 postazioni di lavoro dotate di PC connessi alla intranet aziendale e ad internet |
| | | | | 02 | Vi è evidenza che la gestione dati di attività e dei dati clinici, ivi compresa la cartella clinica, è informatizzata |
| | | | | 03 | Vi è evidenza che la dotazione di attrezzature è adeguata alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| | | | | | |
| CON.3A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto al bacino di utenza | CON.3A.04.10.01 | 10. Dotazione di personale | 01 | <p>La dotazione di personale comprende, per un bacino di utenza di 20.000 abitanti, almeno le seguenti figure:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un Medico specialista in Ostetricia e ginecologia - Una/o Psicologa/o - Un' Ostetrica/o a tempo pieno - Un Assistente sociale a tempo pieno - Un Operatore sociosanitario (OSS) |
| | | | | 02 | Vi è evidenza che il personale è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate in rapporto a bacini di utenza >20.000 abitanti |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------|--|-------------------|---|--|
| ODONTOIATRIA | | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SCUDOCHE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| Criterio 3 | Aspetti strutturali delle strutture | ODO.3A.03.01.01 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | 01 | I locali e gli spazi sono in condizioni igieniche adeguate e sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate | |
| Criterio 3 | Aspetti strutturali delle strutture | ODO.3A.03.01.02 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata - Locale operativo | 02 | Tutti i locali sono dotati di lampada d'emergenza ad attivazione automatica in caso d'improvvisa interruzione di corrente elettrica | |
| Criterio 3 | Aspetti strutturali delle strutture | | | 01 | Sono presenti due aree operative | |
| | | | | 03 | E' presente un locale adibito a spogliatoio con due armadietti: uno destinato a custodire indumenti e oggetti personali dei dipendenti, uno per il ricovero degli indumenti di lavoro | |
| | | | | 04 | Il locale operativo dove sono effettuate le prestazioni professionali ha una superficie ≥ 10 mq per ciascun riunito odontoiatrico | |
| | | | | 05 | Se lo studio/ambulatorio è ubicato in un ammezzato, il locale operativo dove sono effettuate le prestazioni professionali ha una superficie ≥ 11 mq per ciascun riunito odontoiatrico | |
| | | | | 06 | Le pareti del locale operativo sono tinteggiate con prodotti lavabili | |
| | | | | 07 | Il locale operativo è dotato di lavabo con rubinetto a comandi non manuali; dispenser di saponi e asciugamani monouso | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI | | | | | |
|--|------|-----------------|---|---|---|
| ODONTOIATRIA | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | ODO.3A.03.01.03 | <p>01. Idoneità all'uso delle strutture</p> <p>L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata - Locale destinato alla decontaminazione e sterilizzazione</p> | <p>01</p> <p>02</p> <p>03</p> <p>04</p> <p>05</p> | <p>E' presente un locale destinato alle pratiche di decontaminazione e sterilizzazione dello strumentario operativo</p> <p>Il locale ha una superficie idonea allo svolgimento in sicurezza di tutte le procedure di decontaminazione e sterilizzazione</p> <p>Il locale è corredata di un piano di lavoro adiacente al lavabo con comandi non manuali</p> <p>Il locale è sufficientemente illuminato naturalmente o artificialmente nel caso in cui non vi siano finestre</p> <p>Il locale ha pareti tinteggiate con prodotti lavabili</p> |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'esercizio all'autorizzazione di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI

ODONTOIATRIA

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI ODONTOIATRIA | | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|--------------------|--|--|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze | |
| ODO.3A.03.01.04 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata - Servizio igienico | 01. Idoneità all'uso delle strutture | 01. Idoneità all'uso delle strutture minima) | 01 | Il servizio igienico per gli utenti è raggiungibile senza l'attraversamento dei locali operativi | |
| | | 02 | Il servizio igienico per gli utenti è dotato di antibagno, a meno che non vi si acceda da un disimpegno | | | |
| | | 03 | Le pareti sono piastrellate sino ad una altezza minima di 2 metri | | | |
| | | 04 | Il lavabo è dotato di ubinetto a comandi non manuali; dispenser di saponi e asciugamani monouso | | | |
| | | 05 | Se il servizio igienico è ubicato in un ambiente non finestrato all'esterno, è dotato di sistema artificiale d'ariazione che assicuri un minimo di 6 ricambi di volume aria/ora | | | |
| | | 06 | Nel servizio igienico non sono installati scaldabagni a fiamma libera | | | |
| ODO.3A.03.13.01 | La struttura dispone delle attrezzature necessarie al funzionamento | 01. Idoneità all'uso delle strutture | Criterio 3 | 01 | Ciascun locale operativo è dotato di : - Due riuniti odontoiatrici - Sediolini per operatore e assistente - Strumentario per l'esecuzione delle prestazioni odontoiatriche - Aspiratore chirurgico ad alta velocità | |
| | | 02 | Aspetti strutturali | | La struttura è dotata di : - Autoclave - Dispositivi di protezione individuale (guanti, mascherine, occhiali, camici, ecc.) - Materiale monouso (cannule di aspirazione, biechieri, mantelline, ecc.) - Apparecchiatura radioscopica endo-oraale | |
| ODO.3A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | 01 | Aspetti strutturali | | | Il personale è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI ODONTOIATRIA | | | | | |
|--|---------------|-----------------|--|--------------------|--|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| 6. Appropiatezza clinica e sicurezza | 10. Procedure | ODO.3A.06.10.01 | E' presente una procedura che definisce le modalità di sterilizzazione dei materiali e degli strumenti | 01 | Vi è evidenza che la procedura è coerente con la procedura adottata con riferimento al requisito cod 3A.06.10.01 |
| | | | | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI

MEDICINA DI LABORATORIO

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|--|-----------------|--|-----------|--------------------|---|
| 03. Definizione delle responsabilità | LAB.3A.01.03.01 | L'Organizzazione ha definito ruoli e responsabilità | | 01 | E' disponibile un documento che definisce dettagliatamente i ruoli, le funzioni e le responsabilità all'interno dell'Organizzazione |
| 1 - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie | | | | 02 | Il documento definisce le modalità con cui è verificato il rispetto di ruoli, funzioni e responsabilità all'interno dell'Organizzazione |
| | | | | 01 | Le modalità con cui è assicurata e verificata la qualità dei servizi e delle prestazioni resi dall'Organizzazione sono descritte in un Documento adottato formalmente e immediatamente reperibile |
| | | | | 02 | Il documento definisce le modalità per lo svolgimento delle attività di controllo interno |
| | | | | 03 | Il Documento definisce la metodologia, la frequenza, la responsabilità dei controlli di qualità |
| | | | | 04 | Il Documento prevede la partecipazione a programmi di Valutazione esterna di qualità validati a livello regionale, nazionale o internazionale |
| | | | | 05 | Vi è evidenza che Documento è conosciuto dal personale |
| | LAB.3A.01.05.01 | L'Organizzazione definisce specifiche modalità per la valutazione e il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati | | 06 | Vi è evidenza degli esiti dei controlli interni |
| | | | | 07 | Vi è evidenza che gli esiti dei controlli interni sono conservati per un periodo non inferiore a un anno |
| | | | | 08 | Vi è evidenza degli esiti della partecipazione a programmi di Valutazione esterna di qualità |
| | | | | 09 | Vi è evidenza che gli esiti della partecipazione a programmi di Valutazione esterna di qualità sono conservati per un periodo non inferiore a tre anni |
| | | | | 10 | Vi è evidenza delle iniziative adottate con riferimento agli esiti dei controlli interni e agli esiti della partecipazione a programmi di Valutazione esterna di qualità |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI

MEDICINA DI LABORATORIO

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|----------|------|-----------------|--|--------------------|--|
| | | | | 01 | E' formalmente adottata e immediatamente reperibile una procedura che individua i servizi e le prestazioni eseguite |
| | | | | 02 | La procedura definisce le modalità per: - identificazione degli utenti - identificazione dei campioni - trasferimento del materiale biologico dalle zone prelievo al laboratorio, conformemente alla normativa regionale - approvvigionamento e gestione dei reagenti e farmaci |
| | | | | 03 | La procedura definisce, coerentemente con le norme vigenti, le modalità per: - preparazione dell'utente allo svolgimento degli esami - raccolta, trasporto e conservazione dei campioni |
| | | | | 04 | La procedura definisce le modalità con cui è garantita: - la stabilità dei campioni - la corretta conservazione della matrice biologica in relazione alla specificità delle indagini da effettuare - la preservazione della integrità e riferibilità dei campioni - la tracciabilità delle operazioni di trasporto dei campioni (modalità, tempi, temperatura) - il contenimento del Turn Around Time (TAT) |
| | | LAB.3A.02.02.01 | L'Organizzazione ha definito le modalità di svolgimento delle attività | 05 | La procedura definisce le caratteristiche dei metodi analitici impiegati e le modalità di esecuzione |
| | | | | 06 | La procedura definisce le modalità di compilazione, trasmissione e consegna dei referti |
| | | | | 07 | La procedura prevede che il ritiro dei referti sia possibile in tutti i giorni feriali e in almeno alcuni pomeriggi della settimana |
| | | | | 08 | La procedura definisce le modalità di archiviazione dei referti |
| | | | | 09 | Vi è evidenza che i referti sono conservati per un periodo non inferiore a un anno |
| | | | | 10 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | | 11 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |

02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

2. Prestazioni e servizi

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
MEDICINA DI LABORATORIO

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|----------|------|--------|-----------|--------------------|--|
| | | | | 01 | I locali e gli spazi sono in condizioni igieniche adeguate e sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate |
| | | | | 02 | E' presente almeno un locale destinato all'esecuzione delle analisi |
| | | | | 03 | Se la struttura è dotata di settori specializzati, è presente un locale per ciascun settore specializzato |
| | | | | 04 | Se la struttura esegue esami di microbiologia, è comunque presente un locale dedicato all'attività di microbiologia |
| | | | | 05 | E' presente un locale per il lavaggio ed il trattamento del materiale d'uso |
| | | | | 06 | La superficie degli spazi per l'esecuzione delle attività analitiche e delle indagini microbiologiche è non < 24 mq e, comunque, per ogni operatore addetto ad attività analitiche lo spazio è non < 12 mq |
| | | | | 07 | Il locale destinato ai prelievi ha una superficie non inferiore a mq. 6 per operatore |
| | | | | 08 | Se il laboratorio generale di base ha settori specializzati, la superficie adibita ad esecuzione analitiche è aumentata di 20 mq per ogni settore specializzato |
| | | | | 09 | Se presente, il locale RIA è separato e risponde alle norme protezionistiche previste dalle vigenti disposizioni in materia |
| | | | | 10 | Se presente, il locale PCR risponde alle vigenti disposizioni in materia |
| | | | | 11 | Vi è evidenza che i locali e le attrezzature dedicate all'attività di diagnostica chimico-clinica non sono utilizzati per attività diagnostiche nel campo veterinario, in materia ambientale e per il controllo degli alimenti e bevande |
| | | | | 12 | Le superfici sono resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce, con racordo arrotondato al pavimento; quest'ultimo deve essere non inquinante, del tipo monolitico, resistente agli agenti chimici e fisici, antisdrucchio |

01. Idoneità all'uso delle strutture

Aspetti strutturali
 Criterio 3

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI

MEDICINA DI LABORATORIO

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|----------|------|--------|-----------|--------------------|--|
| | | | | 13 | Sono presenti banchi di lavoro idonei al tipo ed al carico di lavoro |
| | | | | 14 | Sono presenti presidi ed attrezzi per i prelievi biologici |
| | | | | 15 | E' presente almeno un agitatore di sangue intero |
| | | | | 16 | Sono presenti arredi per la conservazione dei reagenti |
| | | | | 17 | Sono presenti almeno due centrifughe, di cui una per microematocrito |
| | | | | 18 | E' presente almeno un deionizzatore di H ₂ O |
| | | | | 19 | Sono presenti almeno due frigoriferi di capacità sufficiente alla conservazione dei reattivi termolabili e dei campioni, di cui uno fornito di congelatore a -25°C |
| | | | | 20 | E' presente almeno un termostato |
| | | | | 21 | Sono presenti almeno due bagnomaria termoregolabili e termometro di controllo |
| | | | | 22 | E' presente almeno un agitatore orizzontale |
| | | | | 23 | Sono presenti almeno due microscopi binoculari, di cui almeno uno con obiettivo accessoriato per l'osservazione in immersione ed in contrasto di fase |
| | | | | 24 | Sono presenti apparecchiature idonee per il dosaggio degli elettroliti oppure fotometro a fiamma o ad elettrodi selettivi |
| | | | | 25 | E' presente attrezzatura completa per elettroforesi con alimentatore, vasca di separazione e densitometro |
| | | | | 26 | E' presente almeno un apparecchio semiautomatico per la determinazione dei testi emocoagulativi |
| | | | | 27 | E' presente almeno un contaglobuli elettronico ad almeno 7 parametri. |

01. Idoneità all'uso delle strutture

Aspetti strutturali
Criterio 3

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | |
|---|------|--------|-----------|--------------------|---|
| MEDICINA DI LABORATORIO | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | | 01 | Oltre il direttore tecnico, sono presenti 3 collaboratori professionisti laureati (medico, biologo o chimico) |
| | | | | 02 | Sono presenti 4 tecnici di laboratorio (laureati ovvero diplomati con n. 5 anni dimostrabili di lavoro nella qualifica ed assolvimento dei contributi versati) |
| | | | | 03 | Sono presenti 3 addetti alle attività amministrative |
| | | | | 04 | Se il servizio non è esternalizzato, sono presenti 3 addetti alle pulizie |
| | | | | 05 | Il direttore tecnico assicura una presenza oraria di almeno 15 ore settimanali e comunque di durata compatibile con l'esigenza di presidiare lo svolgimento dell'attività diagnostica |
| 10. Dotazione di personale | | | | | |
| Competenze del Personale | | | | | |
| Criterio 4 | | | | | |
| LAB.3A.04.10.01 | | | | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO

MEDICINA DI LABORATORIO

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | Evidenze | |
|----------|------|--------|-----------|---|--|
| | | | | SUBCODICE EVIDENZA | |
| | | | 01 | Oltre il direttore tecnico, sono presenti 3 collaboratori professionisti laureati (medico, biologo o chimico) | |
| | | | 02 | Sono presenti 4 tecnici di laboratorio (laureati ovvero diplomati con n. 5 anni dimostrabili di lavoro nella qualifica ed assolvimento dei contributi versati) | |
| | | | 03 | Sono presenti 3 addetti alle attività amministrative | |
| | | | 04 | Se il servizio non è esternalizzato, sono presenti 3 addetti alle pulizie | |
| | | | 05 | Il direttore tecnico assicura una presenza oraria di almeno 15 ore settimanali e comunque di durata compatibile con l'esigenza di presidiare lo svolgimento dell'attività diagnostica | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | |
|---|------|-----------------|---|--------------------|---|
| MEDICINA DI LABORATORIO | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| Criterio 4 Competenze del Personale | | LAB.3A.04.10.03 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto a un numero massimo di prestazioni pari a 300.000/anno | 01 | Oltre il direttore tecnico, sono presenti 3 collaboratori professionisti laureati (medico, biologo o chimico) |
| | | | | 02 | Sono presenti 4 tecnici di laboratorio laureati (ovvero diplomati con n. 5 anni dimostrabili di lavoro nella qualifica ed assolvimento dei contributi versati) |
| Criterio 4 Competenze del Personale | | LAB.3A.04.10.04 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto a un numero di prestazioni > 300.000/anno | 03 | Sono presenti 3 addetti alle attività amministrative |
| | | | | 04 | Se il servizio non è esternalizzato, sono presenti 3 addetti alle pulizie |
| Criterio 4 Competenze del Personale | | | | 05 | Il direttore tecnico assicura una presenza oraria di almeno 15 ore settimanali e comunque di durata compatibile con l'esigenza di presidiare lo svolgimento dell'attività diagnostica |
| | | | | | Se la struttura esegue più di 300.000 prestazioni /anno il personale medico/biologo/chimico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| Criterio 4 Competenze del Personale | | | | 01 | Se la struttura esegue più di 300.000 prestazioni /anno il personale tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| | | | | 02 | Se la struttura esegue più di 300.000 prestazioni /anno il personale tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | |
|---|--|-----------------|--|--------------------|---|
| MEDICINA DI LABORATORIO | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| 6. Appropriatezza clinica e sicurezza | 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | LAB.3A.06.02.01 | E' presente una procedura che definisce le modalità di trasporto del materiale biologico | 13 | Vi è evidenza della applicazione della procedura che definisce le modalità di trasporto del materiale biologico (Req. Cod. 3A.06.02.01) nel caso di trasferimento di campioni |
| 6. Appropriatezza clinica e sicurezza | 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | LAB.3A.06.02.02 | E' presente una procedura che definisce le modalità di gestione di materiali e reagenti | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| 6. Appropriatezza clinica e sicurezza | 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | | | 02 | La procedura definisce le modalità con cui è garantito e verificato che reagenti, materiale di controllo, materiale di calibrazione presentino etichette che ne indichino: identità, titolo o concentrazione, condizioni di conservazione raccomandate, data di preparazione e di scadenza, ogni altra informazione necessaria per l'uso corretto |
| 6. Appropriatezza clinica e sicurezza | 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | | | 03 | La procedura definisce le modalità con cui sono custoditi materiali e reagenti scaduti in attesa di smaltimento |
| 6. Appropriatezza clinica e sicurezza | 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | | | 04 | La procedura definisce le modalità con cui è garantito e verificato che materiali e reagenti scaduti non possano essere utilizzati per l'esecuzione delle prestazioni |
| 6. Appropriatezza clinica e sicurezza | 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | | | 05 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| 6. Appropriatezza clinica e sicurezza | 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | | | 06 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
PUNTO PRELIEVI**

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|--|------|--------|-----------|--------------------|---|
| | | | | 01 | I locali e gli spazi sono in condizioni igieniche adeguate e sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate |
| | | | | 02 | Il locale destinato ai prelievi ha una superficie minima non < 6 mq per operatore |
| | | | | 03 | E' presente una sala d'attesa, accettazione dimensionata rispetto al flusso medio di pazienti |
| | | | | 04 | E' presente uno spazio segreteria ed amministrazione amministrative |
| | | | | 05 | E' presente un locale per i prelievi, che consente il rispetto della riservatezza dell'utente |
| | | | | 06 | E' presente uno spazio o armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni |
| | | | | 07 | E' presente uno spazio per deposito di materiale sporco |
| | | | | 10 | E' presente uno spazio per deposito materiale pulito |
| <p>01. Idoneità all'uso delle strutture</p> <p>PPR.3A.03.01.01</p> <p>L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata - Punto prelievi</p> <p>Criterio 3</p> <p>Aspetti strutturali</p> | | | | | |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
PUNTO PRELIEVI**

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|--|--|-----------------|--|--------------------|---|
| Criteria 4 6. APPROPRIATEZZA CLIMICA E SICUREZZA COMPETENZE DEL PERSONALE | 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | PPR.3A.06.02.01 | E' presente una procedura che definisce le modalità di trasporto del materiale biologico | 13 | Vi è evidenza della applicazione della procedura che definisce le modalità di trasporto del materiale biologico (Req. Cod. 3A.06.02.01) nel caso di trasferimento di campioni |
| Criteria 4 10. Dotazione di personale svolta | 10. Dotazione di personale | PPR.3A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | 01 | E' presente un prelevatore (medico, infermiere o biologo abilitato) |
| | | | | 02 | E' presente un amministrativo |
| | | | | 04 | E' presente un addetto al trasporto dei campioni biologici |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
Medicina di Laboratorio - Settore specializzato CHIMICA CLINICA / TOSSICOLOGIA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------|--|--------------------|--|
| Criterio 3 Aspetti strutturali | 01. Idoneità all'uso delle strutture | LAB-CCT.3A.03.01.01 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | 01 | E' presente almeno un microscopio binoculare con possibilità di osservazione in campo chiaro, oscuro, a contrasto di fase ed in fluorescenza |
| | | | | 02 | Sono presenti strumentazioni automatiche o semiautomatiche per le indagini immunometriche previste nel settore. |
| Criterio 3 Aspetti strutturali | 01. Idoneità all'uso delle strutture | LAB-CCT.3A.03.01.02 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata per l'esecuzione di analisi tossicologiche | 01 | E' presente un cromatografo in fase gassosa o liquida |
| | | | | 02 | E' presente uno spettrofotometro registratore a banda stretta |
| | | | | 03 | E' presente uno spettrofotometro ad assorbimento atomico |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
Medicina di Laboratorio - Settore specializzato CHIMICA CLINICA / TOSSICOLOGIA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|---------------------|------|--------|---|--------------------|---|
| | | | | | |
| LAB-CCT.3A.03.01.03 | | | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata per l'esecuzione di metodiche con impiego di radioisotopi | 01 | E' presente una centrifuga refrigerata (in caso di analisi con separazione in fase liquida) |
| | | | | 02 | E' presente uno spettrometro per la conta di radiazioni gamma e/o beta |
| | | | | 03 | E' presente un sistema di raccolta e di smaltimento del materiale radioattivo in decadimento conforme alla normativa di settore |
| | | | | 04 | E' presente materiale di consumo (pipette, provette, ecc.) monouso idoneo per l'esecuzione di esami radioisotopici in vitro |
| | | | | 05 | E' presente uno spazio per il lavaggio e la decontaminazione |
| | | | | 06 | Sono presenti banchi idonei alla qualità ed al carico di lavoro |
| | | | | 07 | E' presente un sistema di lavaggio per le analisi con separazione in fase solida |
| | | | | | |
| Critereio 4 | | | 10. Dotazione di competenze del personale | 01 | Il personale medico/biologo/chimico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| | | | | 02 | Il personale tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
Medicina di Laboratorio - Settore specializzato MICROBIOLOGIA e SIEROIMMUNOLOGIA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|---|------|--------|-----------|--------------------|--|
| | | | | 01 | E' presente almeno un microscopio binoculare con possibilità di osservazione in campo chiaro, oscuro, a contrasto di fase ed in fluorescenza |
| | | | | 02 | E' presente almeno una centrifuga a testata multipla |
| | | | | 03 | E' presente almeno una cappa a flusso laminare verticale |
| | | | | 04 | E' presente almeno un termostato |
| | | | | 05 | Sono presenti banchi idonei alla qualità ed al carico di lavoro |
| | | | | 06 | E' presente almeno un sistema di coltivazione in anaerobiosi |
| <p>LAB-MBS.3A.03.01.01 L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata</p> <p>01. Idoneità all'uso delle strutture</p> <p>Aspetti strutturali</p> <p>Criterio 3</p> | | | | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
Medicina di Laboratorio - Settore specializzato MICROBIOLOGIA e SEROIMMUNOLOGIA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|--------------------------|---------------------|--|--------------------------------------|--------------------|---|
| Criteria 3 | LAB-MBS.3A.03.01.02 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata per l'esecuzione di analisi immunometriche | | 01 | Sono presenti strumentazioni automatiche o semi automatiche per le indagini previste nel settore. |
| Criteria 3 | LAB-MBS.3A.03.01.03 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata per l'esecuzione di analisi con PCR | | 01 | E' presente un amplificatore delle catene genetiche |
| Criteria 3 | LAB-3A.04.10.01 | 10. Dotazione di personale | 01. Idoneità all'uso delle strutture | 02 | E' presente un sistema di lettura degli amplificati |
| Criteria 4 | | | 01. Idoneità all'uso delle strutture | 03 | E' presente attrezzatura automatica per il lavaggio |
| Competenze del Personale | | | | 01 | Il personale medico/biologo/chimico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| Competenze del Personale | | | | 02 | Il personale tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
 Medicina di Laboratorio - Settore specializzato EMATOLOGIA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|--|---------------------|---|-----------|--------------------|---|
| | | | | 01 | E' presente almeno un agitatore del sangue intero |
| | | | | 02 | E' presente almeno un contaglobuli automatico completo dei sette parametri fondamentali, della conta delle piastrine, globuli rossi e bianchi e con possibilità di istogrammi |
| | | | | 03 | E' presente almeno un microscopio binoculare con possibilità di osservazione in campo chiaro, oscuro, a contrasto di fase ed in fluorescenza |
| | | | | 04 | E' presente la strumentazione automatica o semiautomatica per lo studio dei fattori della coagulazione, della fibrinolisi, della funzionalità plasmatica e degli inibitori della coagulazione |
| | | | | 05 | E' presente la strumentazione e materiali idonei per ricerche di immunonematologia |
| | | | | 06 | E' presente la strumentazione e materiale idonei per lo studio delle emoglobinopatie |
| | | | | 07 | E' presente la strumentazione e materiali idonei per lo studio degli enzimi eritrocitari |
| | | | | 08 | I bianchi sono idonei alla qualità ed al carico di lavoro |
| Criterio 4 Competenze del Personale Dotazione di Personale | LAB-EMA.3A.03.01.01 | 01. Idoneità all'uso delle strutture | | | Il personale medico/biologo/chimico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| | | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | | | Il personale tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| Criterio 3 Aspetti strutturali | LAB-EMA.3A.04.10.01 | 01. Idoneità all'uso delle strutture | | | Il personale medico/biologo/chimico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| | | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | | | Il personale tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
Medicina di Laboratorio - Settore specializzato VIROLOGIA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|---------------------|---|--------|-----------|--------------------|--|
| | | | | 01 | E' presente almeno un microscopio rovesciato |
| | | | | 02 | E' presente almeno un microscopio binoculare con possibilità di osservazione in campo chiaro, a contrasto di fase a fluorescenza |
| | | | | 03 | E' presente almeno una incubatrice per uova embrionate |
| | | | | 04 | E' presente almeno un termostato per coltura a pressione controllata di CO2 |
| | | | | 05 | E' presente l'attrezzatura per coltura di cellule |
| | | | | 06 | E' presente almeno un congelatore a -20°C |
| | | | | 07 | E' presente almeno un congelatore a -70°C |
| | | | | 08 | E' presente almeno un dispositivo per filtrazione |
| | | | | 09 | E' presente almeno un centrifuga a bracci oscillanti |
| | | | | 10 | E' presente almeno una cappa a flusso laminare verticale in box sterile |
| LAB-VTR.3A.03.01.01 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | | | 11 | Sono presenti idonei dispositivi per l'esecuzione automatica o semiautomatica delle principali indagini sierologiche |
| | | | | 12 | I banchi sono idonei alla qualità ed al carico di lavoro |

01. Idoneità all'uso delle strutture

Criterio 3
 Aspetti strutturali

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
Medicina di Laboratorio - Settore specializzato VIROLOGIA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|--|---------------------------------------|---------------------|--|--------------------|---|
| Criterio 3 Aspetti strutturali | 01. Idenicità all'uso delle strutture | LAB-VIR.3A.03.01.02 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata per l'esecuzione di analisi immunometriche | 01 | Sono presenti strumentazioni automatiche o semiautomatiche per le indagini immunometriche previste per il settore |
| Criterio 3 Aspetti strutturali | 01. Idenicità all'uso delle strutture | LAB-VIR.3A.03.01.03 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata per l'esecuzione di analisi con PCR | 01 | E' presente un amplificatore delle catene genetiche |
| Criterio 4 Competenze del Personale | 01. Dotazione di personale | LAB-VIR.3A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | 02 | E' presente un sistema di lettura degli amplificati |
| Criterio 4 Competenze del Personale | 01. Dotazione di personale | | | 03 | E' presente attrezzatura automatica per lavaggio |
| Criterio 4 Competenze del Personale | 01. Dotazione di personale | | | 01 | Il personale medico/biologo/chimico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| Criterio 4 Competenze del Personale | 01. Dotazione di personale | | | 02 | Il personale tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
Medicina di Laboratorio - Settore specializzato CITOISTOPATOLOGIA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|--|---------------------|---|---------------------|----------------------------|--|
| | | | | 01 | E' presente almeno un microtomo |
| | | | | 02 | E' presente almeno una stufa per inclusioni |
| | | | | 03 | E' presente un sistema adeguato per la preparazione dell'inclusione e per le colorazioni citoistopatologiche fondamentali |
| | | | | 04 | E' presente almeno un microscopio binoculare con possibilità di osservazione in campo chiaro, oscuro, a contrasto di fase ed in fluorescenza |
| | | | | 05 | E' presente almeno un microtomo congelatore in caso di esami estemporanei in sale operatorie |
| | | | | 06 | E' presente un'istoteca adeguata |
| | | | | 07 | I banchi sono idonei alla qualità ed al carico di lavoro |
| Criterei 3 Competenze del Personale | LAB-CCP.3A.03.01.01 | 01. Idoneità all'uso delle strutture | Aspetti strutturali | 10. Dotazione di personale | I banchi sono idonei alla qualità ed al carico di lavoro |
| | | | | | |
| Criterei 4 Competenze del Personale | LAB-CCP.3A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | | 01 | Il personale medico/biologo/chimico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| | | | | 02 | Il personale tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI

Medicina di Laboratorio - Settore specializzato GENETICA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|----------|------|---------------------|---|--------------------|--|
| | | | | 01 | E' presente almeno un termostato per colture cellulari |
| | | | | 02 | E' presente almeno una centrifuga a braccio oscillante |
| | | | | 03 | E' presente almeno una cappa a flusso laminare verticale in box sterile |
| | | | | 04 | E' presente almeno un microscopio rovesciato in caso di colture cellulari |
| | | | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | 05 | E' presente almeno un microscopio binoculare con possibilità di osservazione in campo chiaro, oscuro, a contrasto di fase ed in fluorescenza con possibilità di effettuare microfotografie |
| | | LAB-GEN.3A.03.01.01 | | 06 | Sono presenti attrezzature idonee per le colorazioni citogenetiche |
| | | | | 07 | E' presente un'istoteca adeguata |
| | | | | 08 | I banchi sono idonei alla qualità ed al carico di lavoro; |
| | | | | 01 | E' presente un amplificatore dalle catene genetiche |
| | | LAB-GEN.3A.03.01.02 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata per l'esecuzione di analisi con PCR | 02 | E' presente un lettore delle sequenze nucleotidiche |
| | | | | 03 | E' presente attrezzatura automatica per lavaggio |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
Medicina di Laboratorio - Settore specializzato GENETICA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|--|----------------------------|---------------------|---|--------------------|---|
| Criterio 4 Competenze del personale | 10. Dotazione di personale | LAB-GEN.3A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | 01 02 | Il personale medico/biologo/chimico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate Il personale tecnico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | |
|--|---|
| | DEFINIZIONI |
| CHIRURGIA AMBULATORIALE | Struttura ambulatoriale in grado di effettuare interventi chirurgici ed anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive, senza ricovero, che consentano all'utente autonomia motoria e piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non necessitino di assistenza continuativa post-intervento |
| ENDOSCOPIA AMBULATORIALE | Struttura ambulatoriale che eroga prestazioni di endoscopia e svolge indagini strumentali a fini diagnostici e/o terapeutici mediante strumentazione specificatamente dedicata a cui possono essere associate altre strumentazioni a scopo diagnostico (radiazioni ionizzanti o ultrasuoni) o terapeutico (sorgenti diatermiche, laser o altre) Sono eseguibili in ambito ambulatoriale le attività di endoscopia che utilizzano gli orifizi naturali (endoscopia digestiva, ginecologica, otorinolaringoiatrica, tracheobronchiale, urologica) |
| MEDICINA DI LABORATORIO | Struttura costituita dal solo Laboratorio dove viene gestito l'intero ciclo di lavoro connesso all'esecuzione delle prestazioni: attività preanalitica, analitica e postanalitica. I servizi di medicina di laboratorio si distinguono in: laboratori generali di base; laboratori specializzati; laboratori generali di base con settori specializzati |
| LABORATORI GENERALI DI BASE CON SETTORI SPECIALIZZATI | Laboratori ad organizzazione semplice ed unitaria che possono svolgere indagini nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, della immunoematologia, della microbiologia |
| PUNTO PRELIEVI | Laboratori ad organizzazione complessa che per carico di lavoro, per varietà di tipologia analitica e complessità dei quesiti diagnostici posti, necessitano di una articolazione in unità operative o moduli specializzati e della disponibilità di tecnologie di livello superiore e di competenze professionali particolari. Possono svolgere indagini diagnostiche nell'ambito dei settori in cui si possono articolare i Laboratori Generali di base e i Laboratori specializzati |
| | Articolazione periferica di una struttura di Medicina di Laboratorio presso la quale è svolta l'attività preanalitica e postanalitica. Non è dotato di autonomia organizzativa. Può eseguire esami esclusivamente mediante dispositivi POCT |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI CARDIOLOGIA

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | | |
|---|---|--------|------------------------------|--------------------|---|--|
| CARDIOLOGIA | | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze | |
| CAR.4A.03.10.01 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata | | 10. Idoneità delle strutture | 01 | La struttura dispone di un ecografo mono e bidimensionale, con sistema doppler pulsato, continuo ed a codice di colore, dotato di almeno due sonde, una a bassa ed una ad alta frequenza, con sistema automatico interno di misurazione e con monitoraggio elettrocardiografico | |
| | | | | 02 | La sala per l'esecuzione dell'Ecocardiografia transesofagea è di dimensioni adeguate e consente facile accesso ad almeno due operatori | |
| | | | | 03 | La sala per l'esecuzione dell'Ecocardiografia transesofagea consente il movimento di almeno due operatori in caso di manovre rianimatorie e può ospitare le ulteriori attrezzature specifiche | |
| | | | | 04 | E' disponibile un locale/spazio per lavaggio ed alta disinfezione della sonda transesofagea dotato di lavello in acciaio inox, fornito di acqua calda e fredda con rubinetteria non manuale | |
| | | | | 05 | La sala per l'esecuzione dell'Ecocardiografia transesofagea è attrezzata con dispositivi atti alla rianimazione cardiopolmonare | |
| | | | | 06 | La sala per l'esecuzione dell'Ecocardiogramma da stress è di dimensioni adeguate e consente facile accesso ad almeno due operatori | |
| | | | | 07 | La sala per l'esecuzione dell'Ecocardiogramma da stress consente il movimento di almeno due operatori in caso di manovre rianimatorie e può ospitare le ulteriori attrezzature specifiche | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | |
|---|------|-----------------|---|--------------------|---|
| CARDIOLOGIA | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | <p>La sala per l'esecuzione dell'Ecocardiogramma da stress è attrezzata con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un elettrocardiografo a 3 canali - sfigmomanometro montato su colonna, mobile, con bracci di varie dimensioni - dispositivi atti alla rianimazione cardiopolmonare | 08 | <p>La sala per l'esecuzione dell'Ecocardiogramma da stress è attrezzata con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un elettrocardiografo a 3 canali - sfigmomanometro montato su colonna, mobile, con bracci di varie dimensioni - dispositivi atti alla rianimazione cardiopolmonare |
| | | | <p>La sala per l'esecuzione dei Test ergometrici è di dimensioni adeguate e consente facile accesso ad almeno due operatori</p> | 09 | <p>La sala per l'esecuzione dei Test ergometrici è di dimensioni adeguate e consente facile accesso ad almeno due operatori</p> |
| | | | <p>La sala per l'esecuzione dei Test ergometrici consente il movimento di almeno due operatori in caso di manovre rianimatorie e può ospitare le ulteriori attrezzature specifiche</p> | 10 | <p>La sala per l'esecuzione dei Test ergometrici consente il movimento di almeno due operatori in caso di manovre rianimatorie e può ospitare le ulteriori attrezzature specifiche</p> |
| | | | <p>L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata</p> | 11 | <p>La sala per l'esecuzione dei Test ergometrici è attrezzata con</p> <ul style="list-style-type: none"> - poligrafo con monitor minimo 3 canali monitorati in continuo e 12 derivazioni visualizzabili; possibilità di stampa immediata di ecg 12 derivazioni; - sfigmomanometro montato su colonna, mobile, con bracci di varie dimensioni - pedana scorrevole (elevazione fino al 20%, velocità incrementabili, pedana > 127 x 40 cm., posapiedi laterali, ringhiera frontale e laterale, bottone per arresto demenza, presa d'alimentazione dedicata) e/o cicloergometro a freno elettromagnetico (almeno 300 watt di potenza). - dispositivi atti alla rianimazione cardiopolmonare |
| | | CAR.4A.03.10.01 | <p>10. Idoneità delle strutture</p> | 12 | <p>Se la struttura esegue Elettrocardiografia dinamica dispone di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analizzatore - registratore - elettrocardiografo a 3 canali |
| | | | <p>3. Aspetti strutturali</p> | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | |
|---|------|--------|-----------|--------------------|---|
| CARDIOLOGIA | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | | 01 | Il personale sanitario è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| | | | | 02 | Vi è evidenza che durante l'esecuzione dell'Eccardiografia è assicurata - la presenza di un Cardiologo nella sala - la presenza di un infermiere nella struttura |
| | | | | 03 | Vi è evidenza che durante l'applicazione dell'apparecchiatura per l'Elettrocardiografia dinamica è assicurata - la presenza di un Infermiere nella sala - la presenza di un Cardiologo nella struttura |
| | | | | 04 | Se la struttura esegue Ecocardiografia transesofagea e/o Ecocardiografia da stress e/o Test ergometrici vi è evidenza che nella struttura è assicurata la contemporanea presenza di un Cardiologo e un Infermiere per l'intera durata dell'orario di apertura |
| La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | | | | | |
| CAR.4A.04.10.01 | | | | | |
| 10. Dotazione di personale | | | | | |
| 4. Competenze del Personale | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI CHIRURGIA | | | | | |
|---|------|--------|--|--------------------|---|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | | 01 | Per ciascun paziente è disponibile un fascicolo sanitario in cui sono riportate la diagnosi, gli eventuali esami e condizioni cliniche, le prestazioni effettuate e le prescrizioni terapeutiche |
| | | | | 02 | E' disponibile un registro ambulatoriale in cui sono riportati, per ciascun paziente, la diagnosi, la descrizione dell'intervento eseguito, le eventuali tecniche di anestesia e/o sedazione e/o analgesia utilizzate, i nominativi del/dagli operatori, l'ora d'inizio e fine dell'intervento, il decorso clinico e intraparatorio, comprese le eventuali complicanze. |
| CHI.4A.02.05.01 | | | | 03 | Il registro ambulatoriale è sottoscritto dal medico responsabile dell'ambulatorio e ciascun intervento è firmato dal chirurgo che lo ha effettuato |
| | | | | 04 | A ciascun paziente è consegnata una relazione destinata al medico curante nella quale sono riportati: la diagnosi, la descrizione dell'intervento eseguito, il tipo e la quantità di anestetici o altri farmaci usati, le eventuali complicanze unitamente ai consigli terapeutici. |
| | | | 5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria | | |
| | | | 2. Prestazioni e servizi | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
CHIRURGIA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|---|------|--------|-----------|--------------------|--|
| | | | | 01 | I locali e gli spazi sono in condizioni igieniche adeguate e sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate |
| | | | | 02 | La sede dispone di uno spazio adibito a spogliatoio del personale sanitario, separato dal locale chirurgico |
| | | | | 03 | La sede dispone di uno spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico, anche interno al locale chirurgico |
| | | | | 04 | La sede dispone di uno spazio-spogliatoio, separato dal locale chirurgico, per la preparazione del paziente all'atto chirurgico |
| | | | | 05 | La sede dispone di uno spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento, anche all'interno del locale visita |
| | | | | 06 | La sede dispone di un locale visita, anche non contiguo, adibito a studio medico per visita o medicazione |
| | | | | 07 | La sede dispone di un deposito per materiali sterili e strumentario chirurgico, anche situato all'interno dello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione del personale, dotato di: - un armadio lavabile per la rimessa dei ferri chirurgici e per la conservazione del materiale sterilizzato, mantenuto in adatte confezioni o cestelli metallici - un armadio lavabile per la rimessa dei farmaci e del materiale monouso |
| | | | | 08 | La sede dispone di uno spazio per la sterilizzazione all'interno del locale chirurgico e in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico, con accesso regolamentato, dotato di: - un lavello in materiale resistente agli acidi e alcali fornito di acqua calda e fredda, per la pulizia degli strumenti chirurgici - un lavello per il lavaggio dei sanitari con rubinetteria non manuale |
| | | | | 09 | Le superfici sono ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento; il pavimento è resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antisdruciolato |
| 10. Idoneità delle strutture | | | | | |
| 3. Aspetti strutturali | | | | | |
| CHI.4A.03.10.01 | | | | | |
| L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguata | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI CHIRURGIA | | | | | |
|---|------|--------|-----------|--------------------|--|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | | 01 | Nel locale chirurgico sono garantiti un adeguato ricambio d'aria ed un adeguato comfort microclimatico |
| | | | | 02 | <p>Se sono eseguiti interventi in anestesia generale, il locale chirurgico possiede le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24°C; - umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60% ottenuta con vapore; - ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 15 v/h; - filtraggio aria 99,97%, - impianto di gas medicinali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia; - disponibilità di acqua di raffreddamento per apparecchi laser, quando necessario; - stazioni di riduzione della pressione doppie per ogni gas medicale tecnico, tali da garantire una adeguato livello di affidabilità; - impianto di allarme di segnalazione esaurimento gas medicinali |
| | | | | 03 | <p>Il locale chirurgico è dotato di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lettino chirurgico; - elettro bisturi; - un aspiratore chirurgico con relativi sondini; - lampada scialitica; - un tavolino servitore; - un supporto per contenitore di rifiuti chirurgici; - un congruo numero di vasche per il lavaggio pre-sterilizzazione dei taglienti; - contenitori per rifiuti speciali taglienti (aghi, lame, etc.); - apparecchiature per il processo di sterilizzazione (eccetto che in caso di servizio centralizzato o esternalizzato) |
| | | | | 04 | <p>Il carrello per la gestione delle emergenze, a integrazione di quanto previsto come normale dorazione, è dotato anche di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elettrocardiografo - farmaci per la gestione delle emergenze |
| | | | | 05 | Lo strumentario è monouso o in acciaio inossidabile o in leghe o in metalli non ossidabili ed è idoneo al tipo di chirurgia esercitata |
| | | | | 06 | Gli arredi sono realizzati in acciaio inossidabile o comunque in metalli non ossidabili. |

10. Idoneità delle strutture

3. Aspetti strutturali

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI CHIRURGIA

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI CHIRURGIA | | | | | |
|---|-----------------|--|-----------|--------------------|---|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | CHI.4A.06.02.02 | Il presidio assicura la gestione adeguata delle emergenze cliniche | | 01 | Se nel presidio ambulatoriale sono eseguiti interventi in anestesia generale e disponibile ed è immediatamente reperibile un accordo/convenzione con un presidio ospedaliero, raggiungibile entro un tempo congruo, che garantisca il ricovero in caso di complicanze o di impossibilità al trasferimento del paziente al proprio domicilio |
| 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | | | | 02 | Vi è evidenza che l'accordo/convenzione è conosciuto da tutto il personale |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | |
|--|------|--------|-----------|--------------------|---|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | | 01 | Per ciascun paziente è disponibile un fascicolo sanitario in cui sono riportate la diagnosi, gli eventuali esami e condizioni cliniche, le prestazioni effettuate e le prescrizioni terapeutiche |
| | | | | 02 | E' disponibile un registro ambulatoriale in cui sono riportati, per ciascun paziente, la diagnosi, la descrizione dell'intervento eseguito, le eventuali tecniche di anestesia e/o sedazione e/o analgesia utilizzate, i nominativi degli operatori, l'ora d'inizio e fine dell'intervento, il decorso clinico e intrapoperatorio, comprese le eventuali complicanze. |
| | | | | 03 | Il registro ambulatoriale è sottoscritto dal medico responsabile dell'ambulatorio e ciascun intervento è firmato dal chirurgo che lo ha effettuato |
| | | | | 04 | A ciascun paziente è consegnata una relazione destinata al medico curante nella quale sono riportati: la diagnosi, la descrizione dell'intervento eseguito, il tipo e la quantità di anestetici o altri farmaci usati, le eventuali complicanze unitamente ai consigli terapeutici |
| 5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria | | | | | |
| 2. Prestazioni e servizi | | | | | |
| CHP.4A.02.05.01 | | | | | |
| L'Organizzazione ha definito le modalità di redazione della documentazione relativa agli esiti delle prestazioni e servizi erogati | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI CHIRURGIA PLASTICA | | | | | |
|---|---|--------|-----------|--------------------|--|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | | 01 | I locali e gli spazi sono in condizioni igieniche adeguate e sono correlate alla tipologia e al volume delle attività erogate |
| | | | | 02 | La sede dispone di uno spazio adibito a spogliatoio del personale sanitario, separato dal locale chirurgico |
| | | | | 03 | La sede dispone di uno spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico, anche interno al locale chirurgico |
| | | | | 04 | La sede dispone di uno spazio-sogliatoio, separato dal locale chirurgico, per la preparazione del paziente all'atto chirurgico |
| | | | | 05 | La sede dispone di uno spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento, anche all'interno del locale visita |
| | | | | 06 | La sede dispone di un locale visita, anche non contiguo, adibito a studio medico per visita o medicazione |
| CHP.4A.03.10.01 | L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguata | | | | La sede dispone di un deposito per materiali sterili e strumentario chirurgico, anche situato all'interno dello spazio riservato alla sterilizzazione e preparazione del personale, dotato di: - un armadio lavabile per la rimessa dei ferri chirurgici e per la conservazione del materiale sterilizzato, mantenuto in adatte confezioni o cestelli metallici - un armadio lavabile per la rimessa dei farmaci e del materiale monouso |
| | | | | 07 | La sede dispone di uno spazio per la sterilizzazione all'interno del locale chirurgico e in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico, con accesso regolamentato, dotato di: - un lavello in materiale resistente agli acidi e alcali fornito di acqua calda e fredda, per la pulizia degli strumenti chirurgici - un lavello per il lavaggio dei sanitari con rubinetteria non manuale |
| | | | | 08 | La sede dispone di uno spazio per la sterilizzazione all'interno del locale chirurgico e in comune con lo spazio per la preparazione del personale sanitario all'atto chirurgico, con accesso regolamentato, dotato di: - un lavello in materiale resistente agli acidi e alcali fornito di acqua calda e fredda, per la pulizia degli strumenti chirurgici - un lavello per il lavaggio dei sanitari con rubinetteria non manuale |
| | | | | 09 | Le superfici sono ignifughe, resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce e non scanalate, con raccordo arrotondato al pavimento; il pavimento è resistente agli agenti chimici e fisici, levigato e antisdruciolato |

10. Idoneità delle strutture

3. Aspetti strutturali

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI

CHIRURGIA PLASTICA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|----------|------|--------|--|--------------------|---|
| | | | | 01 | Nel locale chirurgico sono garantiti un adeguato ricambio d'aria ed un adeguato comfort microclimatico |
| | | | | 02 | <p>Se sono eseguiti interventi in anestesia generale, il locale chirurgico possiede le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-24°C; - umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60% ottenuta con vapore; - ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 15 v/h; - filtraggio aria 99,97%; - impianto di gas medicali e impianto di aspirazione gas anestetici direttamente collegato alle apparecchiature di anestesia; - disponibilità di acqua di raffreddamento per apparecchi laser, quando necessario; - stazioni di riduzione della pressione doppie per ogni gas medicale tecnico, tali da garantire un adeguato livello di affidabilità; - impianto di allarme di segnalazione esaurimento gas medicinali <p>Il locale chirurgico è dotato di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lettino chirurgico; - elettrobisturi; - un aspiratore chirurgico con relativi sondini; - lampada scialitica; - un tavolino servitore; - un supporto per contenitore di rifiuti chirurgici; - un congruo numero di vasche per il lavaggio pre-sterilizzazione dei taglienti; - contenitori per rifiuti speciali taglienti (aghi, lame, etc.); - apparecchiature per il processo di sterilizzazione (eccetto che in caso di servizio centralizzato o esternalizzato) |
| | | | L'organizzazione dispone di una sala chirurgica adeguatamente attrezzata | 03 | <p>Il carrello per la gestione delle emergenze, a integrazione di quanto previsto come normale dotazione, è dotato anche di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elettrocardiografo - farmaci per la gestione delle emergenze |
| | | | CHP.4A.03.10.02 | 04 | Lo strumentario è monouso o in acciaio inossidabile o in leghe o in metalli non ossidabili ed è idoneo al tipo di chirurgia esercitata |
| | | | | 05 | Gli arredi sono realizzati in acciaio inossidabile o comunque in metalli non ossidabili. |
| | | | | 06 | |

10. Idoneità delle strutture

3. Aspetti strutturali

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI CHIRURGIA PLASTICA

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | | |
|---|------|-----------------|--|---|---|---|
| CHIRURGIA PLASTICA | | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | CHP.4A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | 10. Dotazione di personale | | |
| | | | | 4. Competenze del Personale | | |
| | | | | 6. Appropiatazza clinica e sicurezza | 6. Appropiatazza clinica e sicurezza | 6. Appropiatazza clinica e sicurezza |
| | | | | 7. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | 7. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | 7. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi |
| | | | | 10. Dotazione di personale | 10. Dotazione di personale | 10. Dotazione di personale |
| | | | | | 01 | 01 |
| | | | | | 02 | 02 |
| | | | | | 03 | 03 |
| | | | | | | |
| | | CHP.4A.06.02.01 | E' garantita la sicurezza degli interventi chirurgici in anestesia generale | 01 | 01 | 01 |
| | | | | 02 | 02 | 02 |
| | | | | 03 | 03 | 03 |
| | | | | | | |
| | | CHP.4A.06.02.02 | Il presidio assicura la gestione adeguata delle emergenze cliniche | 01 | 01 | 01 |
| | | | | 02 | 02 | 02 |
| | | | | | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI
ENDOSCOPIA

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI | | | | | |
|--|------|--------|-----------|---|--|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | ENDOSCOPIA | |
| | | | | SUBCODICE | EVIDENZA |
| | | | | 01 | I locali e gli spazi sono in condizioni igieniche adeguate e sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate |
| | | | | 02 | La sede dispone di una sala per endoscopia, con spogliatoio e (per le strutture attivate successivamente alla adozione del DA 890/2002) servizio igienico dedicato |
| | | | | 03 | La sede dispone di un locale/spazio dedicato all'osservazione dei pazienti |
| END.4A.03.10.01 | | | | La sede dispone di un locale/spazio adeguato per lavaggio ed alta disinfezione degli strumenti dotato di: - lavello in acciaio inox fornito di acqua calda e fredda con rubinetteria non manuale - cappa aspirante nell'ambiente di pulizia-disinfezione degli endoscopi per la protezione dai vapori (es. glutaraldeide), qualora non si disponga di sistemi di lavaggio-disinfezione a circuito chiuso - un lavavendoscopi o idonea attrezzatura per alta disinfezione | |
| 10. Idoneità delle strutture | | | | La sede dispone di un locale/spazio per la sterilizzazione degli strumenti ed accessori sterilizzabili (eccetto che in caso di servizio centralizzato o esternalizzato) | |
| 3. Aspetti strutturali | | | | 05 | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI
ENDOSCOPIA

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | |
|---|------|--------|--|--------------------|--|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| END.4A.03.10.02 | | | L'organizzazione dispone di una sala per endoscopia adeguatamente attrezzata | 01 | Nella sala per endoscopia sono garantiti un adeguato ricambio d'aria ed un adeguato comfort microclimatico |
| | | | | 02 | La sala per endoscopia è dotata di: - un numero di endoscopi, fonti di luce, accessori tale da permettere il completamento delle indagini terapeutiche anche in caso di guasti o rotture improvvisi; - un saturimetro digitale |
| | | | | 03 | Se richiesto dalle procedure in uso, la sala per endoscopia dispone delle risorse tecnologiche e professionali di diagnostica radiologica, conformi alla normativa vigente, ovvero di accesso ad una sala radiologica idonea |
| | | | | 04 | Il carrello per la gestione delle emergenze è dotato di attrezzatura per il monitoraggio |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI

ENDOSCOPIA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|-----------------|---------------------------------------|----------------------------|---|--------------------|---|
| | | | | | |
| END.4A.04.10.01 | 4. Competenze del Personale | 10. Dotazione di personale | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | 01 | Il personale medico ed infermieristico è adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate |
| | | | | 02 | <p>Vi è evidenza che durante lo svolgimento delle attività è assicurata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la presenza di un medico appartenente alla disciplina inherente l'attività svolta per l'intero orario di attività; - la presenza di un infermiere nella struttura per l'intera durata dell'orario di apertura; - la disponibilità nel presidio di un medico anestesista in caso di emergenze |
| END.4A.06.10.01 | 6. Appropriatezza clinica e sicurezza | 10. Procedure | E' presente una procedura che definisce le modalità di pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli strumenti | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| | | | | 02 | Vi è evidenza che il raggiungimento dell'alta disinfezione degli endoscopi e degli accessori è periodicamente verificato ed i risultati sono registrati |
| | | | | 03 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| END.4A.06.10.02 | 10. Procedure | | | 01 | Vi è evidenza che il personale è dotato di idoneo abbigliamento |
| | | | Sono adottate procedure per la protezione dagli incidenti per esposizione a materiale biologico o altre sostanze pericolose | 02 | Vi è evidenza che al personale sono forniti idonei dispositivi di protezione individuale |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORIO
MEDICINA DI LABORATORIO**

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|----------|------|-----------------|--|-----------|--------------------|---|
| | | LAB.4A.01.01.01 | La struttura di Medicina di Laboratorio è organizzata in modo conforme alla normativa | | 01 | Vi è evidenza che il Laboratorio è aperto per almeno sei giorni a settimana, festivi esclusi |
| | | LAB.4A.01.05.01 | L'Organizzazione definisce specifiche modalità per la valutazione e il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati | | 01 | La struttura è dotata di un Ufficio preposto al controllo della qualità che tiene i rapporti con il CRQ |
| | | LAB.4A.02.05.01 | I documenti prodotti dalla struttura di Medicina di Laboratorio sono chiaramente identificabili | | 02 | E' formalmente designato il Responsabile Qualità della struttura |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
MEDICINA DI LABORATORIO

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|----------|------|--------|-----------------|--------------------|--|
| | | | | 01 | <p>La documentazione consegnata all'utente riporta informazioni relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prelievo - esecuzione della prestazione |
| | | | | 02 | <p>La sezione della documentazione consegnata all'utente relativa al prelievo reca informazioni relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anagrafica del paziente; - ora, data del prelievo e temperatura di trasporto; - tipologia del campione con indicazione del di stretto biologico di provenienza (urina, urina 24 h, sangue, tamponi, etc...); - anagrafica e firma del responsabile del prelievo; - dicitura "campione pervenuto in laboratorio" nel caso di campione consegnato in fede dal paziente o da un suo delegato; - codice identificativo di accettazione interna del campione; - autorizzazione del paziente all'esecuzione dell'eventuale service e/o conservazione del materiale biologico; - note sulla idoneità, anche parziale, del campione |
| | | | LAB.4A.02.05.02 | 03 | <p>La documentazione consegnata all'utente è redatta correttamente</p> <p>La sezione della documentazione consegnata all'utente relativa alla esecuzione della prestazione reca informazioni relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quesito diagnostico; - anagrafica del medico prescrittore; - richiedente; - metodologie di indagine utilizzate con informazioni sui relativi limiti di sensibilità, rilevabilità etc...; - risultati analitici e intervallo di riferimento; - anagrafica e firma dei responsabili tecnici del processo analitico; - incertezza del dato (se è nota) - anagrafica e firma del responsabile dell'emissione del referto e quindi della validazione dell'intero processo analitico. |

5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria

2. Prestazioni e servizi

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO

generali per l'accreditamento delle OME MEDICINALI ABOBATOPIO

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
MEDICINA DI LABORATORIO

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|---|------|--------|-----------|---|---|
| | | | | | Se la struttura esegue prestazioni in service, è adottata ed immediatamente respirabile una Procedura per la gestione delle attività in service |
| | | | 01 | | |
| | | | 02 | La procedura prevede che il paziente sia informato del service e lo autorizzi espressamente | |
| | | | 03 | La procedura prevede che sia assicurata la "tracciabilità" dell'esame in ogni fase della sua esecuzione | |
| | | | 04 | La procedura prevede che il trasferimento dei campioni sia effettuato conformemente alla procedura che definisce le modalità di trasporto del materiale biologico (Req. Cod. 3.A.06.02.01) | |
| | | | 05 | La procedura prevede che il referto emesso dal laboratorio ricevente sia allegato al referto finale consegnato all'utente dal laboratorio inviante e sia conservato in copia presso gli archivi del laboratorio che ha effettuato il prelievo | |
| | | | 06 | Vi è evidenza che la procedura è applicata | |
| | | | 07 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale | |
| | | | 08 | Se la struttura esegue prestazioni in service vi è evidenza che: - il laboratorio ricevente è accreditato; - il laboratorio ricevente non ricorre a sua volta, per quel dato esame, all'attivazione di ulteriore service | |
| LAB.4A.06.02.01 | | | | | |
| Gestione delle attività in service | | | | | |
| 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | | | | | |
| 6. Appropriatezza clinica e sicurezza | | | | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO

MEDICINA DI LABORATORIO

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO | | | | | | |
|---|---|--------|-----------|--------------------|--|----------|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SCUCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | Evidenze |
| LAB.4A.06.02.02 | E' garantita la affidabilità delle prestazioni | | | 01 | La struttura è registrata al CRQ | |
| | | | | 02 | Vi è evidenza che la struttura ha partecipato ai programmi VEQ obbligatori | |
| | | | | 03 | Vi è evidenza che la struttura ha partecipato a tutti gli esercizi previsti per i programmi VEQ obbligatori con esito positivo | |
| LAB.4A.06.12.01 | Le attività analitiche sono correttamente organizzate | | | 01 | Vi è evidenza che il personale che esegue l'attività analitica è a conoscenza del quesito diagnostico | |
| | | | | 02 | Vi è evidenza che il personale che esegue l'attività analitica è a conoscenza delle informazioni inerenti il prelievo e la prescrizione | |
| | | | | 03 | Vi è evidenza che il personale che valida i risultati dell'attività analitica e firma il riferito è a conoscenza delle informazioni inerenti il prelievo, la prescrizione e il quesito diagnostico | |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
PUNTO PRELIEVI**

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|--------------------------|--|-----------------|---|--------------------|--|
| 2. Prestazioni e servizi | 5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria | PPR 4A.02.05.01 | I documenti prodotti dalla struttura di Medicina di Laboratorio sono chiaramente identificabili | 01 | <p>I documenti, ad uso interno o destinati all'esterno, prodotti presso ciascun Punto prelievi riportano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la denominazione e il logo della Struttura di Medicina di Laboratorio cui afferisce il Punto prelievi - il codice regionale della struttura - il numero identificativo assegnato dal CRQ |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
PUNTO PRELIEVI**

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|----------|------|-----------------|---|--------------------|--|
| | | | | 01 | La documentazione consegnata all'utente riporta informazioni relative a: - prelievo - esecuzione della prestazione |
| | | | | 02 | La sezione della documentazione consegnata all'utente relativa al prelievo reca informazioni relative a: - anagrafica del paziente; - ora, data del prelievo e temperatura di trasporto; - tipologia del campione con indicazione del distretto biologico di provenienza (urina, urina 24 h, sangue, tamponi, etc.); - anagrafica e firma del responsabile del prelievo; - dicitura "campione pervenuto in laboratorio" nel caso di campione consegnato in fede dal paziente o da un suo delegato; - codice identificativo di accettazione interna del campione; - autorizzazione del paziente all'effettuazione dell'eventuale service e/o conservazione del materiale biologico; - note sulla idoneità, anche parziale, del campione |
| | | PPR.4A.02.05.02 | La documentazione consegnata all'utente è redatta correttamente | 03 | La sezione della documentazione consegnata all'utente relativa alla esecuzione della prestazione reca informazioni relative a: - quesito diagnostico; - anagrafica del medico prescrittore; - richiedente; - metodologie di indagine utilizzate con informazioni sui relativi limiti di sensibilità, rilevabilità etc.; - risultati analitici e intervallo di riferimento; - anagrafica e firma dei responsabili tecnici del processo analitico; - incertezza del dato (se è nota) - anagrafica e firma del responsabile dell'emissione del referto e quindi della validazione dell'intero processo analitico. |

5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria

2. Prestazioni e servizi

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI PUNTO PRELIEVI | | | | | |
|---|-----------------|--|-----------|---|----------|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| 3. Aspetti strutturali | PPR.4A.03.01.02 | La struttura di Medicina di Laboratorio Aggregata è chiaramente identificabile | 02 | Presso la sede del Punto prelievi è esposta la denominazione della Struttura di Medicina di Laboratorio cui afferisce il Punto prelievi | |
| 03. Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver | PPR.4A.05.03.01 | La struttura fornisce agli utenti le informazioni essenziali con modalità efficaci | 01 | Nelle aree accessibili al pubblico sono esposti e ben visibili: - il certificato annuale regionale delle VEQ effettuate - l'elenco dettagliato delle prestazioni effettuate direttamente - l'elenco delle prestazioni effettuate in servizio con l'indicazione dei laboratori che le eseguono. | |
| 3. Comunicazione | | | 02 | Nelle aree accessibili al pubblico sono disponibili e facilmente accessibili informazioni dettagliate relative a: - modalità di prenotazione, di prelievo e di esecuzione delle prestazioni - tempi e modalità di consegna dei referiti | |
| | | | 03 | Nelle aree accessibili al pubblico sono disponibili e facilmente accessibili informazioni relative a: - orario di apertura - periodi di chiusura | |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
PUNTO PRELIEVI**

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|--|------|-----------------|---|---|---|
| | | | | 02 | Se la Struttura di Medicina di Laboratorio cui afferisce il Punto prelievi esegue prestazioni in service, è adottata ed immediatamente rispettabile una Procedura per la gestione delle attività in service |
| | | | 03 | La procedura prevede che il paziente sia informato del service e lo autorizzi espresamente | |
| | | | 04 | La procedura prevede che sia assicurata la "tracciabilità" dell'esame in ogni fase della sua esecuzione | |
| | | | 05 | La procedura prevede che il trasferimento dei campioni sia effettuato conformemente alla procedura che definisce le modalità di trasporto del materiale biologico (Req. Cod. 3A.06.02.01) | |
| | | PPR.4A.06.02.01 | Le attività in service sono correttamente organizzate | 06 | La procedura prevede che il referto emesso dal laboratorio ricevente sia allegato al referto finale consegnato all'utente dal laboratorio inviante e sia conservato in copia presso gli archivi del laboratorio che ha effettuato il prelievo |
| | | | 07 | Vi è evidenza che la procedura è applicata | |
| | | | 08 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale | |
| 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | | | | | |
| 6. Appropriatezza clinica e sicurezza | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI | | | | | |
|---|------|--------|---|--------------------|---|
| LABORATORI DELLA RRTE | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | | | E' presente un locale dedicato al Settore specialistico d'Ematologia, dorato delle seguenti attrezzature: - un agitatore del sangue intero - un analizzatore automatico per conta cellule con almeno sette parametri - un microscopio binoculare con possibilità di osservazione in campo oscuro, a contrasto di fase e a fluorescenza - strumentazione e materiale idonei per esame citologico e citochimico del sangue periferico e del midollo - strumentazione automatica o semiautomatica per lo studio della funzionalità e della sintesi dei fattori dei meccanismi intrinseco ed extrinseco, della fibronolisi, della funzionalità piastrinica e degli inibitori della coagulazione - strumentazione e materiali idonei per ricerche di immunocromatologia e per lo studio delle proteine sieriche - strumentazione e materiali idonei per lo studio degli enzimi eritrocitari - una centrifuga refrigerata - un apparecchio per l'elettroforesi capillare |
| RTE.03.13.01 | | | L'organizzazione dispone di adeguate tecnologie | | |
| | | | 13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima) | | |
| | | | 3. Aspetti strutturali | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI
LABORATORI DELLA RRTE

10. Dotazione di personale

4. Competenze del Personale

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI

LABORATORI DELLA RRTE

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|----------|--|--------------|--|--------------------|--|
| | 6. Appropriatezza clinica e sicurezza | | | | |
| | 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | RTE.06.02.01 | E' garantita la affidabilità delle prestazioni | 01 | Il laboratorio è connesso ad HbNet |
| | | | | 02 | Vi è evidenza che il laboratorio partecipa ogni anno ai programmi VEQ HbA2 del Centro Hub Regionale della RRTE |
| | | | | 03 | Vi è evidenza che il laboratorio partecipa ogni anno al programma VEQ HEMH del CRQ |
| | | | | 04 | Vi è evidenza che la struttura ha partecipato a tutti gli esercizi previsti del programma VEQ HEMH del CRQ, con esito positivo |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI LABORATORI DELLA RRTE | | | | | |
|--|------|--------|-----------|--------------------|---|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | | 01 | E' adottata formalmente e immediatamente reperibile una procedura che definisce le modalità per la ricerca dello stato di portatore sano di Talassemia |
| | | | | 02 | La procedura prevede che ai fini della prevenzione della Talassemia e/o delle Emoglobinopatie nelle donne in gravidanza il laboratorio esegua tutte le indagini di seguito elencate: - Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND, DERIV, F.L.; - Hb - Emoglobina A2 - (mediante metodica HPLC); - Hb - Emoglobina fetale (dosaggio) - (mediante metodica HPLC); - Hb - Emoglobine anomale (HbS, HbD, HbH, ecc. -) - (mediante metodica HPLC); - Ferritina [P/(Sg)Er] |
| | | | | 03 | La procedura prevede che ai fini della diagnosi dello stato di portatore sano di talassemia e/o emoglobinopatie il laboratorio esegue tutti gli esami di seguito indicati: - Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND, DERIV, F.L.; - Hb - Emoglobina A2 - (mediante metodica HPLC); - Hb - Emoglobina fetale (dosaggio) - (mediante metodica HPLC); - Hb - Emoglobine anomale (HbS, HbD, HbH, ecc. -) - (mediante metodica HPLC). |
| | | | | 04 | La procedura definisce le modalità di refertazione in maniera conforme a quanto stabilito dall'Allegato al D.A. 18 dicembre 2003, n. 2357, Parte III, "Protocollo tecnico diagnostico per la ricerca dello stato di portatore sano di talassemia e di emoglobinopatie". |
| | | | | 05 | La procedura prevede e definisce le modalità con cui, nel caso di esami con risultati fuori dalla norma, il paziente è inviato al Centro di I o II livello della RRTE per gli ulteriori approfondimenti |
| | | | | 06 | Vi è evidenza che i referti sono prodotti in triplice copia: una copia è consegnata al medico di famiglia, una alla paziente e una resta agli atti del laboratorio. |
| | | | | 07 | Vi è evidenza che i referti degli esami per la diagnosi dello stato di portatore sano di talassemia e/o emoglobinopatie sono conservati per almeno un anno dalla data di refertazione nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali |
| | | | | 08 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | | 09 | Vi è evidenza dell'applicazione della procedura |

10. Procedure

6. Appropriatezza clinica e sicurezza

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI | | | | | |
|--|------|--------|---|--------------------|---|
| MEDICINA NUCLEARE | | | | | |
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| | | | | 02 | La procedura prevede che sia valutata la possibilità di soddisfare il quesito clinico con metodi che non erogano dose radiante al paziente |
| | | | | 03 | La procedura prevede che sia valutata la possibilità di fornire il supporto diagnostico richiesto mediante utilizzo della stessa indagine eseguita in tempi precedenti |
| | | | | 04 | La procedura prevede che sia accertata l'assenza di condizioni fisiologiche contraindicanti l'impiego di radiazioni ionizzanti |
| | | | E' presente una procedura che definisce le modalità di presa in carico del paziente e di esecuzione delle prestazioni | 05 | La procedura prevede che le risultanze delle valutazioni effettuate siano sottoposte al paziente unitamente alle informazioni tecnico-amministrative ed organizzative relative alle modalità di erogazione del servizio |
| | | | | 06 | La procedura definisce le modalità con cui è garantita la continuità del servizio per tutti gli esami diagnostici eseguiti in tempo differente rispetto alla somministrazione del radiofarmaco |
| | | | | 07 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | | 08 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |

02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

2. Prestazioni e servizi

REQUISITI organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA NUCLEARE

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ' - AMBULATORI MEDICINA NUCLEARE | | | | | |
|--|---|--------|---|--------------------|---|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | 13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima) | | <p>La sede è dotata di gamma camera connessa con un sistema digitalizzato di acquisizione-elaborazione dati ed immagini e dotata di accessori per "scintigrafia totale corporeo" e "tomografia a fotone singolo (spet)"</p> |
| MNU.4A.03.13.01 | L'organizzazione dispone di adeguate tecnologie | | | 01 | <p>La sede è dotata di un sistema di misura di radiazioni ionizzanti per campioni biologici</p> |
| | | | | 02 | <p>La sede è dotata della strumentazione accessoria per specifiche prestazioni dichiarate nel repertorio (sistema di erogazione di indicatori di ventilazione polmonare, cicloergometro per esami cardiologici, etc.)</p> |
| | | | | 03 | <p>La sede è dotata di un sistema di misura di radiazioni ionizzanti per campioni biologici</p> |
| MNU.4A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | | | | <p>Vi è evidenza che durante lo svolgimento delle attività è assicurata: - la presenza di un medico specialista in medicina nucleare per l'intero orario di apertura; - la presenza di un tecnico sanitario di radiologia medica o di un medico specialista in radiologia per postazione di lavoro attiva durante tutto l'orario di apertura; - la presenza di un infermiere per l'intera durata dell'orario di apertura</p> |
| | | | | 01 | <p>Nelle strutture con apparecchiature complesse è disponibile il fisico sanitario.</p> |
| | | | | 02 | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|----------|------|-----------------|---|--------------------|---|
| | | | | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| | | | | 02 | La procedura prevede che sia valutata la possibilità di soddisfare il quesito clinico con indagini che non erogano dose radiente al paziente |
| | | | | 03 | La procedura prevede che sia valutata la possibilità di fornire il supporto diagnostico richiesto mediante utilizzo della stessa indagine eseguita in tempi precedenti |
| | | | | 04 | La procedura prevede che sia accertata l'assenza di condizioni fisiologiche contraindicanti l'impiego di radiazioni ionizzanti |
| | | RAD.4A.02.02.01 | E' presente una procedura che definisce le modalità di presa in carico del paziente e di esecuzione delle prestazioni | 05 | La procedura prevede che le risultanze delle valutazioni effettuate siano sottoposte al paziente unitamente alle informazioni tecnico-amministrative ed organizzative relative alle modalità di erogazione del servizio |
| | | | | 06 | La procedura definisce le modalità con cui è garantito il completamento della procedura diagnostica inizidata |
| | | | | 07 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | | 08 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |

02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti

2. Prestazioni e servizi

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA | | | | | |
|---|-----------------|---|-----------|---|----------|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| 3. Aspetti strutturali | | | | | |
| 10. Dotazione di personale | | | | | |
| 13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima) | RAD.4A.03.13.01 | L'organizzazione dispone di adeguate tecnologie | 01 | Se la sede fa parte di una struttura di ricovero dispone di un apparecchio ecografico | |
| 4. Competenze del Personale | RAD.4A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | 01 | Vi è evidenza che durante lo svolgimento delle attività è assicurata la presenza di un tecnico sanitario di radiologia medica o di un medico specialista in radiologia per ciascuna postazione di lavoro, per l'intero orario di apertura | |
| 10. Dotazione di personale | | | 02 | Vi è evidenza che durante lo svolgimento di esami con mezzo di contrasto è assicurata la presenza di un infermiere | |
| 13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima) | RAD.4A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | 02 | Vi è evidenza che l'attività ecografica è svolta dal medico radiologo, ovvero da un medico di altra specialità limitatamente all'esercizio della stessa | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA | | | | | |
|---|--|-----------------|---|--------------------|---|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| 6. Appropriatezza clinica e sicurezza | 02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi | RAD.4A.06.02.01 | E' garantita la sicurezza dei pazienti durante l'esecuzione di esami con mezzo di contrasto | 01 | Vi è evidenza che durante l'esecuzione di esami con mezzo di contrasto è garantita la presenza del medico specialista di radiologia |
| | | | | 02 | Vi è evidenza che durante l'esecuzione di esami con mezzo di contrasto con somministrazione per via parenterale è garantita la presenza di un medico specialista in anestesia e rianimazione nell'ambito del presidio, ovvero che il medico specialista in radiologia ha acquisito l'idoneità in tecniche rianimatorie di emergenza nelle reazioni avverse da mezzi di contrasto. |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI RADIOTERAPIA | | | | | |
|---|------|-----------------|--|--------------------|--|
| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
| | | | | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| | | | | 02 | La procedura definisce le modalità con cui è garantita, in caso di necessità, la possibilità di accesso ad un'area di degenza all'interno della struttura ove sia possibile l'assistenza dei pazienti trattati |
| | | | | 03 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | RTP.4A.02.02.01 | E' presente una procedura che definisce le modalità di presa in carico del paziente e le modalità con cui è assicurata la continuità dell'assistenza | 04 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |
| | | | | 05 | Se la struttura non dispone di un'area di degenza all'interno è disponibile un accordo con altra struttura dotata di area di degenza ove sia possibile l'assistenza dei pazienti trattati |
| | | | | 06 | Se la struttura dispone di una sola unità di terapia è disponibile un accordo con altra struttura di radioterapia che possa garantire la continuità terapeutica in caso di guasto all'apparecchiatura |
| | | | 02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti | | |
| | | | 2. Prestazioni e servizi | | |

**Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITÀ - AMBULATORI
RADIOTERAPIA**

| CRITERIO | AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | Evidenze |
|----------|------|-----------------|--|--------------------|--|
| | | | | | <p>Vi è evidenza che durante lo svolgimento delle attività è assicurata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la presenza di un medico specialista in radioterapia per l'intero orario di apertura; - la presenza di almeno due tecnici sanitari di radiologia medica per l'intero orario di apertura; - la presenza di un infermiere per l'intera durata dell'orario di apertura |
| | | RTP.4A.04.10.01 | La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta | 01 | |
| | | | | 02 | E' disponibile il fisico sanitario. |
| | | | | 01 | La struttura è dotata di un sistema di controllo di qualità |
| | | RTP.4A.06.02.01 | E' garantita la sicurezza dei pazienti durante l'esecuzione delle attività | 02 | Vi è evidenza che il sistema di controllo di qualità è regolarmente applicato |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI CONSULTORIO

(2025.51.3077)12.b

D.A. n. 1496 del 18 dicembre 2025.

Definizione dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento degli Ospedali di Comunità.

L'ASSESSORE

- VISTO lo Statuto della Regione;
- VISTA la Legge 23 dicembre 1978 n. 833 *“Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”*;
- VISTO il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”* e successive modifiche ed integrazioni”;
- VISTO il D.P.R. 14 gennaio 1997 *“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*;
- VISTO il Decreto del Presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;
- VISTA l'Intesa sancita nella seduta del 5 ottobre 2006 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome concernente il Patto per la Salute 2006-2008 che, al punto 4.9, prevede che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia connessa alla esigenza prioritaria di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;
- VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 n. 243/CSR in attuazione dell'articolo 7, comma 1 del Patto per la Salute 2010-2012, che prevede la stipula di un'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie;
- VISTA l'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012, con la quale è stato approvato il documento *“Disciplinare sulla revisione della normativa dell'accreditamento”*, con cui sono state individuate alcune caratteristiche che tutte le strutture sanitarie devono possedere per l'autorizzazione/accreditamento istituzionale, e sono stati definiti requisiti ed evidenze che devono essere presenti nella normativa di riferimento di ogni regione;
- VISTA l'Intesa Stato Regioni del 19 febbraio 2015 rep. n. 32/CSR, con la quale è stato adottato il cronoprogramma per l'adeguamento ai requisiti per l'accreditamento di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 259/CSR del 20 dicembre 2012 e, inoltre, sono stati definiti

- i criteri per il funzionamento degli organismi tecnicamente accreditanti ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012;
- VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), come modificato con decisione di esecuzione del Consiglio 9587/25 e, in particolare, la Missione 6 Salute, Componente 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020 Rep. Atti 17/CSR sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dell'Ospedale di comunità;
- VISTO il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"*;
- VISTO il *"Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'ospedale di Comunità"* elaborato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas, Quaderno di Monitor 2022);
- VISTA la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 *"Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale"*;
- VISTA la legge regionale 15 maggio 2000, n.10 *"Norme sulla dirigenza e sui rapporti di impiego e di lavoro alle dipendenze della Regione siciliana"*;
- VISTA la legge regionale 12 agosto 2014, n. 21 *"Norme in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa"* e, in particolare, l'articolo 68;
- VISTO il decreto presidenziale 27 giugno 2019, n. 12, e s.m.i., con il quale è stato istituito l'Organismo Tecnicamente Accreditante della Regione Siciliana e ne sono state definite le competenze;
- VISTO il D.A. 17 giugno 2002, n. 890 *"Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione Siciliana"* e s.m.i.;
- VISTO il D.A. 17 aprile 2003 n. 463 *"Integrazioni e modifiche al Dec. Ass. 17 giugno 2002, n. 890 concernente direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana e attuazione dell'art. 17 dello stesso decreto"*;
- VISTO il D.A. 9 agosto 2022, n. 725 *"Definizione delle modalità per il completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche"* e, in particolare, l'art. 4, comma 1, lettera b);
- VISTO il D.A. 14 febbraio 2024, n. 140 *"Definizione delle modalità per il completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche. Approvazione del "Piano per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche, l'aggiornamento e lo sviluppo del sistema regionale di requisiti, la definizione dei programmi di verifica" per il triennio 2024-2026"*;
- VISTO il D.A. 2 aprile 2025, n. 376 *"D.A. 14 febbraio 2024, n. 140. Aggiornamento del cronoprogramma"* con il quale è stato aggiornato il cronoprogramma allegato al D.A. 14 febbraio 2024, n. 140;
- VISTO il D.A. 4 luglio 2023, n. 741 *"Testo del D.A. 9 agosto 2022 (in GURS n. 40 del 26 agosto 2022), coordinato con le modifiche introdotte con D.A. 29 maggio 2023, n. 560 (in GURS n. 24 del 9 giugno 2023), recante "Aggiornamento delle disposizioni in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Modifiche al Decreto Assessoriale 17 aprile 2003, n. 463"*;
- VISTO il D.A. 9 gennaio 2024, n. 20 *"Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle*

evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture” con il quale è stato aggiornato il sistema di requisiti generali per la concessione dell’autorizzazione sanitaria e dell’accreditamento applicabili alle strutture sanitarie;

VISTA la relazione prot. 39231 del 3 dicembre 2025 con oggetto “*Piano di ripresa e resilienza – PNRR - Missione 6 Salute. Definizione dei requisiti per l’autorizzazione e l’accreditamento degli Ospedali di Comunità. Relazione*”;

RITENUTO necessario definire il sistema di requisiti per l’autorizzazione all’esercizio e l’accreditamento degli Ospedali di Comunità;

RITENUTO opportuno, al fine di facilitarne l’applicazione da parte delle strutture sanitarie e dei valutatori impegnati nelle verifiche finalizzate alla valutazione del possesso e del mantenimento dei requisiti, adottare elenchi separati in cui siano riportati, rispettivamente, i requisiti specifici per l’autorizzazione all’esercizio e i requisiti specifici per l’accreditamento degli Ospedali di Comunità;

DECRETA

Articolo 1

Finalità

- Il presente provvedimento definisce i requisiti specifici per l’autorizzazione all’esercizio e per l’accreditamento degli Ospedali di Comunità.

Articolo 2

Ambito di applicazione

- Il presente decreto si applica alle strutture sanitarie, pubbliche e private, in ragione della tipologia della struttura, secondo la seguente classificazione:

- Strutture Residenziali: Ospedali di Comunità**

Articolo 3

Requisiti specifici per l’autorizzazione all’esercizio e l’accreditamento degli Ospedali di Comunità

- I requisiti specifici che devono essere soddisfatti ai fini della concessione e del mantenimento dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento degli Ospedali di Comunità sono indicati, rispettivamente, nei seguenti allegati che costituiscono parte integrante del presente provvedimento:

- Allegato A1-HCO “*Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici specifici per l’autorizzazione all’esercizio degli Ospedali di Comunità*”
- Allegato B1-HCO “*Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici specifici per l’accreditamento degli Ospedali di Comunità*”

Articolo 4

Requisiti generali per l’autorizzazione all’esercizio e l’accreditamento degli Ospedali di Comunità

- Considerate le caratteristiche specifiche dell’attività assistenziale svolta presso gli Ospedali di Comunità che li differenziano dalle strutture di ricovero ospedaliero, alle strutture di cui al precedente articolo si applicano i requisiti generali per l’autorizzazione e l’accreditamento

delle Strutture Residenziali definiti dal D.A. 9 gennaio 2024, n. 20.

Articolo 5
Norme finali

2. Il presente provvedimento sarà pubblicato integralmente nel sito web dell'Assessorato della Salute e nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana ed entra in vigore il giorno stesso della pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

Palermo, 18 dicembre 2025.

FARAONI

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | |
|---|--|
| DEFINIZIONI | |
| OSPEDALE DI COMUNITÀ' | Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | |
|---|---|
| PRESTAZIONI | |
| OSPEDALE DI COMUNITÀ' | Interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continua, anche notturna, non erogabile a domicilio |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ'

Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|--|-------------|---|--------------------|---|
| 00. Autorizzazioni | 3A.00.00.01 | L'Organizzazione è dotata di autorizzazione allo svolgimento di attività sanitarie rilasciata dall'Autorità competente | 01 | Vi è evidenza che lo stato dei luoghi della struttura è conforme alle planimetrie indicate al provvedimento di concessione dell'autorizzazione sanitaria ovvero, se privata, vi è evidenza che lo stato dei luoghi della struttura è conforme alle planimetrie indicate al progetto approvato |
| 01. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione, delle responsabilità e delle attività di assistenza e di supporto | 3A.01.01.01 | L'Organizzazione assicura l'approvvigionamento di sangue ed emoderivati | 01 | E' disponibile un accordo con un Centro trasfusionale per l'approvvigionamento di sangue ed emocomponenti |
| 03. Definizione delle responsabilità | 3A.01.03.01 | La responsabilità igienico sanitaria e clinica è attribuita a un medico dipendente o convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale | 01 | Vi è evidenza che l'Accordo è conosciuto dal personale |
| | | | 02 | Vi è evidenza che l'approvvigionamento di sangue ed emocomponenti è effettuato dalla Centro trasfusionale di riferimento |
| | | | 03 | E' disponibile un atto formale di conferimento dell'incarico |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ'

Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|--------------------------------------|-------------|--|--------------------|--|
| 03. Definizione delle responsabilità | 3A.01.03.02 | La responsabilità organizzativa e assistenziale è affidata a un responsabile infermieristico | 01 | E' disponibile un atto formale di conferimento dell'incarico |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ'

| Criterio 2 – Prestazioni e servizi | | | | |
|---|---|-----------|--------------------|---|
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
| | | | 01 | Nel documento/ procedura che definisce i criteri di eleggibilità dei pazienti sono individuati i pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riabilitazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato |
| | | | 02 | Nel documento/ procedura che definisce i criteri di eleggibilità dei pazienti sono individuati i pazienti, prevalentemente affetti da multi morbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimessibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa |
| | | | 03 | Nel documento/ procedura che definisce i criteri di eleggibilità dei pazienti sono individuati i pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio |
| | | | 04 | Nel documento/ procedura che definisce i criteri di eleggibilità dei pazienti sono individuati i pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarci in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motrice, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio |
| 3A.02.02.01 | Sono definiti i criteri di eleggibilità dei pazienti | | | |
| 2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti - Continuità assistenziale | | | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNTA'

Criterion 2 = Prestazioni e servizi

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|------|--------|-----------|--------------------|--|
| | | | 01 | Nel documento/procedura che definisce le modalità di accesso è descritto che l'accesso avviene su proposta del Medico di Medicina Generale |
| | | | 02 | Nel documento/procedura che definisce le modalità di accesso è descritto che l'accesso avviene su proposta del Medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero |
| | | | 03 | Nel documento/procedura che definisce le modalità di accesso è descritto che l'accesso avviene su proposta del Medico del pronto soccorso |
| | | | 04 | Nel documento/procedura che definisce le modalità di accesso è descritto che l'accesso avviene su proposta del Pediatra di libera scelta |
| | | | 05 | Nel documento/procedura che definisce le modalità di accesso è descritto che l'accesso avviene su proposta del Medico di continuità assistenziale |
| | | | 06 | Per ogni paziente è presente un programma terapeutico condiviso con il paziente e/o con la famiglia |
| | | | 07 | Per ogni paziente è presente una Valutazione multidimensionale in ingresso e alla dimissione |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ'

Criterio 2 – Prestazioni e servizi

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|--------|--|--------------------|---|
| | | | 01 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza definisce che l'assistenza medica sia assicurata per 4,5 ore al giorno nel turno diurno (dalla 08:00 alle 20:00) per 6 giorni su 7 |
| | | | 02 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza definisce che l'assistenza medica notturna (dalla 20:00 alle 08:00) e diurna nei giorni festivi e prefestivi, sia assicurata in forma di pronta disponibilità, ovvero da medici della Continuità assistenziale, ovvero anche da medici operanti nella struttura in cui l'ospedale di comunità è situato |
| | | | 03 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza definisce che l'assistenza infermieristica sia garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 |
| 3A.02.02.03 | | Sono definite le modalità di gestione del percorso assistenziale dei pazienti | 04 | Il documento/procedura prevede l'individuazione di un Infermiere case manager per ciascun paziente |
| | | | 05 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza definisce che il ricovero non debba avere una durata superiore di 30 giorni a meno che si sia in presenza di situazioni cliniche non risolte |
| | | | 06 | Il documento/procedura che descrive le modalità di collegamento funzionale con i servizi di supporto diagnostico specialistico |
| | | | 07 | Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza definisce le modalità con cui sono attivate le consulenze specialistiche |

2. Eleggiabilità e presa in carico dei pazienti - Continuità assistenziale

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALIDI COMUNITÀ' | | | | | |
|---|--------|--|--------------------|--|--|
| Criterio 2 – Prestazioni e servizi | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | Sono adottati protocolli, linee guida e procedure, per la gestione del percorso assistenziale dei pazienti nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intra ed extraospedalieri) | 01 | Il documento aziendale che definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale prevede le modalità di integrazione e coordinamento con la Comunità locale (associazioni di volontariato) e i Servizi sociali | |
| 3A.02.02.04 | | | 02 | Il documento aziendale che definisce le modalità con cui è assicurata la continuità assistenziale prevede le modalità di integrazione e coordinamento con i servizi sanitari operanti nel territorio di riferimento e definisce le modalità con cui è garantita la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari | |
| 3A.02.02.05 | | E' adottato un Piano per la gestione delle emergenze | 01 | Il Piano per la gestione delle emergenze definisce le modalità di evacuazione della struttura in caso di necessità | |
| | | | 02 | Il Piano per la gestione delle emergenze definisce le modalità per l'accettazione di un elevato numero di pazienti con modalità integrate nei programmi di gestione delle maxi emergenze | |
| | | | 03 | Vi è evidenza che il Piano è conosciuto dal personale | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | |
|--|--------|---|--|
| Criterio 2 – Prestazioni e servizi | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA |
| | | E' adottata una procedura che definisce i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo. | 01 La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| 3A.02.05.01 | | | 02 La procedura prevede l'uso della cartella clinico assistenziale informatizzata integrata con il FSE |
| | | | 03 Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | 04 Vi è evidenza che la procedura è applicata |

5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|--------|-----------|---------------------|--|--|
| Criterio 3: Aspetti strutturali | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUB CODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| 3A.03.01.01 | | | 01 | Sono presenti non più di due moduli, ciascuno con 20 posti letto | |
| | | | 02 | Sono presenti locali idonei attrezzati destinati alle principali attività motorie e riabilitative | |
| | | | 03 | Sono presenti camere singole | |
| | | | 04 | Non sono presenti camere con più di 4 posti letto | |
| | | | 05 | Tutte le camere hanno accesso diretto al bagno | |
| | | | 06 | Tutte le camere hanno una poltrona comfort per il familiare e/o per la mobilizzazione del paziente | |
| | | | 07 | Le camere di degenza a due letti hanno una superficie non inferiore a 12 mq | |
| | | | 08 | Le camere di degenza a due letti hanno una superficie non inferiore a 18 mq | |
| | | | 09 | Le camere di degenza a tre letti hanno una superficie non inferiore a 27 mq | |
| | | | 10 | Le camere di degenza a quattro letti hanno una superficie non inferiore a 36 mq | |
| | | | 11 | E' presente un bagno o locale dotato di vuotatoio e lavapadelle | |

I. Idoneità all'uso delle strutture

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|--------|-----------|--------------------|--|--|
| Criterio 3: Aspetti strutturali | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | 12 | Le camere per pazienti pediatrici sono dotate di un letto per un genitore | |
| | | | 13 | E' presente almeno un ascensore dedicato e dimensionato per permettere il trasporto almeno del letto/barella e di un accompagnatore | |
| | | | 14 | E' presente uno spazio attesa per i visitatori | |
| | | | 15 | Sono presenti servizi igienici per il pubblico suddivisi per genere | |
| | | | 16 | Sono presenti aree di soggiorno/consumo pasti | |
| | | | 17 | E' presente un locale per visite e medicazioni dotato di lavabo con comandi non manuali | |
| | | | 18 | Sono presenti ambienti protetti con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali | |
| | | | 19 | E' presente un locale infermieri | |
| | | | 20 | E' presente un locale medici | |
| | | | 21 | Se il servizio non è esternalizzato, è' presente un locale cucina anche in comune con altre strutture e/o unità di offerta | |
| | | | 22 | Se il servizio non è esternalizzato, è presente un servizio lavanderia e stireria anche in comune con altre strutture e/o unità di offerta | |

1. Idoneità all'uso delle strutture

3A.03.01.01 L'organizzazione dispone di una sede adeguata allo svolgimento delle attività per un Modulo da 20 posti letto

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|--------|---|---------------------|---|--|
| Criterio 3: Aspetti strutturali | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUB CODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | 23 | E' presente uno spogliatoio per il personale con servizi igienici suddivisi per genere | |
| | | | 24 | E' presente un locale/spazio di deposito materiale pulito | |
| | | | 25 | E' presente un locale/ spazio di deposito materiale sporco | |
| | | | 26 | E' presente il Servizio mortuario | |
| | | | | E' presente un impianto di climatizzazione che assicuri le seguenti caratteristiche igrotermiche: - temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-26°C - umidità relativa estiva e invernale compresa tra 45-55%; - ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 2 v/h - filtraggio aria media efficienza | |
| | | | 27 | | |
| | | | 28 | E' presente un impianto di erogazione di ossigeno stabile o mobile | |
| | | | 29 | E' presente un impianto di comunicazione e chiamata con segnalazione acustica e luminosa al letto | |
| | | | 30 | Sono presenti attrezzature per la mobilitazione/mobilità compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti | |
| | | | 31 | I locali del presidio sono in condizioni igieniche adeguate; sono garantiti la riservatezza dei pazienti e un livello adeguato di comfort | |
| | | | 32 | Sono presenti dotazione tecnologiche idonee a garantire assistenza ordinaria e in emergenza, compresi dispositivi diagnostici | |
| 3A.03.01.01 | | L'organizzazione dispone di una sede adeguata allo svolgimento delle attività per un Modulo da 20 posti letto | | I. Idoneità all'uso delle strutture | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|-------------|--|--------------------|--|--|
| Criterio 3: Aspetti strutturali | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| 1. Idoneità all'uso delle strutture | 3A.03.01.02 | Definizione dei percorsi | 01 | Vi è evidenza che sono garantiti flussi separati per le persone e per le cose | |
| | | | 02 | Vi è evidenza che sono garantiti flussi separati per il materiale pulito e per il materiale sporco | |
| | 3A.03.01.03 | L'organizzazione dispone di un servizio Gestione farmaci | 01 | E' presente uno spazio ricezione materiale-registrazione | |
| | | | 02 | E' presente un deposito per farmaci e presidi medico-chirurgici | |
| | | | 03 | L'ubicazione dei locali consente di provvedere con tempestività alla consegna anche urgente dei medicamenti e del materiale sanitario | |
| | | | 04 | Il locali sono dotati di pavimenti con superficie lavabile e disinfezionabile | |
| | | | 05 | E' presente un armadio antiscasso per la conservazione degli stupefacenti e dei veleni | |
| | | | 06 | Sono presenti arredi e attrezzature per il deposito e conservazione dei medicinali, dei presidi medico chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali | |
| | | | 07 | Sono disponibili frigoriferi per la conservazione dei farmaci a temperatura controllata, dotati di sistema di registrazione della temperatura e di allarme | |
| | | | 08 | I locali sono dotati di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche igrotermiche: - temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-26°C - umidità relativa estiva e invernale compresa tra 45-55%; - ricambi aria/aria (aria esterna senza ricircolo) 2 v/h - filtraggio aria media efficienza | |
| 1. Idoneità all'uso delle strutture | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|-------------|---|---|----------|--|
| Criterio 3: Aspetti strutturali | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | 3A.03.01.04 | L'organizzazione dispone di un Servizio disinfezione (si applica se la struttura non ha esternalizzato il servizio di disinfezione) | <p>01 Il locali sono dotati di pavimenti antisdrucciole nelle zone "sporco" con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari sciacchi</p> <p>02 Sono disponibili attrezzature idonee</p> <p>03 Vi è evidenza che è garantita la separazione tra zone "sporco" e zone "pulito"</p> | | |
| | 3A.03.01.05 | Il servizio disinfezione dispone degli impianti necessari al funzionamento (si applica se la struttura non ha esternalizzato il servizio di disinfezione) | <p>01 Il Servizio disinfezione è dotato di impianto ad aria compressa</p> <p>02 Il Servizio disinfezione è dotato di impianto di illuminazione di emergenza</p> <p>03 I locali sono dotati di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche igrotermiche: - temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-27°C - umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%; - ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 15 v/h</p> | | |
| | 3A.03.01.06 | L'Organizzazione assicura che il servizio di disinfezione sia conforme alla normativa (si applica se la struttura ha esternalizzato il servizio di disinfezione) | <p>01 Vi è evidenza che l'Organizzazione ha verificato la conformità del servizio e delle attività a tutti i requisiti normativi</p> <p>02 È adottata e immediatamente reperibile una procedura che definisce le modalità di trasporto del materiale</p> <p>03 Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale</p> <p>04 Vi è evidenza che la procedura è applicata</p> | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|--------|--|--------------------|--|--|
| Criterio 3: Aspetti strutturali | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | 01 | Sono presenti spogliatoi per il personale | |
| | | | 02 | Sono presenti servizi igienici dotati di doccia per il personale | |
| | | | 03 | Sono presenti locali per la ricezione delle derrate | |
| | | | 04 | E' presente una dispensa | |
| | | | 05 | Sono presenti celle frigorifere distinte per tipologia di alimenti | |
| | | | 06 | Sono presenti zone per la preparazione, cottura e distribuzione dei pasti | |
| | | | 07 | E' presente una zona preparazione pasti speciali | |
| | | L'organizzazione dispone di un servizio cucina (si applica se la struttura non ha esternalizzato il servizio di cucina) | 08 | Se nel presidio sono presenti degenze pediatriche è disponibile un locale lactarium con possibilità di preparazione di pasti per divezzi | |
| | | | 09 | E' presente una zona lavaggio | |
| | | | 10 | E' presente un locale deposito per stoviglie e carrelli | |
| | | | 11 | I locali sono in condizioni igieniche adeguate | |
| | | | 12 | Vi è evidenza che gli alimenti sono conservati in celle frigorifere distinte per tipologia di alimento | |
| | | | 13 | Se nel presidio sono presenti degenze pediatriche vi è evidenza dell'utilizzo del lactarium per la preparazione di pasti per divezzi | |
| | | | 14 | Vi è evidenza che è garantito il rispetto dei percorsi di persone e materiali | |
| I. Idoneità all'uso delle strutture | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|--------------|---|--------------------|--|--|
| Criterio 3: Aspetti strutturali | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| 1. Idoneità alle strutture | 3.A.03.01.08 | L'Organizzazione assicura che il servizio cucina sia conforme alla normativa (si applica se la struttura ha esternalizzato il servizio di cucina) | 01 | Vi è evidenza che l'Organizzazione ha verificato la conformità del servizio e delle attività a tutti i requisiti normativi | |
| | | | 01 | Sono presenti spogliatoi per il personale | |
| | | | 02 | Sono presenti servizi igienici per il personale | |
| | | | 03 | I locali sono in condizioni igieniche adeguate | |
| | | | 04 | I locali sono in condizioni igieniche adeguate | |
| | | L'organizzazione dispone di un servizio lavanderia (si applica se la struttura non ha esternalizzato il servizio di lavanderia) | 05 | E' presente una zona ricezione (raccolta e cernita) biancheria sporca | |
| | | | 06 | E' presente un locale deposito biancheria sporca | |
| | | | 07 | E' presente una zona lavaggio, trattamento, asciugatura | |
| | | | 08 | E' presente una zona stiratura e rammendo | |
| | | | 09 | E' presente un guardaroba | |
| 1. Idoneità alle strutture | 3.A.03.01.10 | L'Organizzazione assicura che il servizio lavanderia sia conforme alla normativa (si applica se la struttura ha esternalizzato il servizio di lavanderia) | 01 | Vi è evidenza che l'Organizzazione ha verificato la conformità del servizio e delle attività a tutti i requisiti normativi | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALIDI COMUNITÀ:

Criteria 3: Aspetti strutturali

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|--------------|--|---|--------------------|---|
| 3A.03.01.11 | L'Organizzazione dispone di un Servizio sterilizzazione (si applica se la struttura esegue la sterilizzazione di materiali impiegati per procedure invasive e non ha esternalizzato il servizio) | <p>01 Il locali sono dotati di pavimenti antisdruciolo nelle zone "sporco" con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi</p> <p>02 Vi è evidenza del rispetto dei percorsi e dell'organizzazione delle attività conformemente all'articolazione del Servizio in zone progressivamente meno contaminate</p> <p>03 Il Servizio sterilizzazione è dotato di impianto ad aria compressa</p> <p>04 Il Servizio sterilizzazione è dotato di impianto di illuminazione di emergenza</p> <p>05 I locali sono dotati di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche igrotermiche: - temperatura interna invernale e estiva compresa tra 20-27°C - umidità relativa estiva e invernale compresa tra 40-60%; - ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 15 v/h</p> | | |
| 3 A.01.01.12 | L'Organizzazione assicura che il servizio di sterilizzazione sia conforme alla normativa (si applica se la struttura esegue la sterilizzazione di materiali impiegati per procedure invasive e ha esternalizzato il servizio) (si applica se la struttura esegue la sterilizzazione di materiali impiegati per procedure invasive) | | | <p>01 Se il servizio di sterilizzazione è affidato all'esterno vi è evidenza che l'Organizzazione ha verificato la conformità del servizio e delle attività a tutti i requisiti normativi e che il servizio è svolto conformemente ad una procedura condivisa</p> |
| | 01. Idoneità all'uso delle strutture | | | <p>01. Idoneità all'uso delle strutture</p> |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|---|-----------|--|----------|--|
| Criterio 3: Aspetti strutturali | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUB CODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| 3A.03.01.13 | L'Organizzazione dispone di un servizio mortuario (si applica se la struttura non ha esternalizzato il servizio mortuario) | 01 | E' garantito l'accesso ai locali senza interferenze con i percorsi interni del presidio | | |
| | | 02 | Ai visitatori è garantito l'accesso ai locali dall'esterno del presidio | | |
| | | 03 | E' presente un locale preparazione per il personale | | |
| | | 04 | Sono presenti servizi igienici per il personale | | |
| | | 05 | E' presente un deposito materiale | | |
| | | 06 | E' presente un locale osservazione/sosta salme | | |
| | | 07 | E' presente una camera ardente | | |
| | | 08 | E' presente una sala per onoranze funebri | | |
| | | 09 | Sono presenti servizi igienici per i parenti e i dolenti | | |
| | | 10 | Sono presenti locali per esame autopatico | | |
| | | 11 | Se non sono presenti locali dedicati è garantita la possibilità di effettuare l'esame autopatico presso altra struttura interna al presidio o mediante convenzione | | |

I. Idoneità all'uso delle strutture

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|--------|-----------|--------------------|--|--|
| Criterio 3: Aspetti strutturali | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | 12 | I locali sono in condizioni igieniche adeguate | |
| | | | 13 | Il locale osservazione/ sosta salme è dotato di idoneo impianto di refrigerazione | |
| | | | 14 | Il locale osservazione/ sosta salme è dotato di sistema di rilevazione acustica e luminosa di eventuali segni di vita | |
| | | | 15 | Vi è evidenza che è periodicamente controllato il funzionamento del sistema di rilevazione acustica e luminosa dei segni di vita | |
| | | | 16 | Vi è evidenza che è garantito l'accesso ai locali senza interferenze con i percorsi interni del presidio | |
| | | | 17 | Vi è evidenza che ai visitatori è garantito l'accesso ai locali dall'esterno del presidio | |
| | | | 18 | Il Servizio mortuario è dotato di impianto di illuminazione di emergenza | |
| | | | 19 | I locali sono dotati di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche igrotermiche: - temperatura interna invernale e estiva ≤ 18°C - umidità relativa estiva e invernale compresa tra 55-65%; - ricambi aria/ora (aria esterna senza riciclo) 15 v/h | |
| 3A.03.01.13 L'Organizzazione dispone di un servizio mortuario (si applica se la struttura non ha esternalizzato il servizio mortuario) | | | | | |
| 1. Idoneità all'uso delle strutture | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|--------|--|--------------------|---|--|
| Criterio 3: Aspetti strutturali | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | 01 | Se il servizio mortuario è affidato all'esterno vi è evidenza che l'Organizzazione ha verificato la conformità del servizio e delle attività a tutti i requisiti normativi | |
| | | | 02 | Se il servizio mortuario è affidato all'esterno è comunque presente un locale osservazione/sosta salme | |
| | | | 03 | Il locale osservazione/ sosta salme è dotato di idoneo impianto di refrigerazione | |
| | | | 04 | Il locale osservazione/ sosta salme è dotato di sistema di rilevazione acustica e luminosa di eventuali segni di vita | |
| | | L'Organizzazione dispone di un servizio mortuario (si applica se la struttura ha esternalizzato il servizio mortuario) | 05 | Vi è evidenza che è periodicamente controllato il funzionamento del sistema di rilevazione acustica e luminosa dei segni di vita | |
| 3A.01.01.14 | | | 06 | Vi è evidenza che è garantito l'accesso ai locali senza interferenze con i percorsi intatti del presidio | |
| | | | 07 | Vi è evidenza che ai visitatori è garantito l'accesso ai locali dall'esterno del presidio | |
| | | | 08 | Il Servizio mortuario è dotato di impianto di illuminazione di emergenza | |
| | | | 09 | Se non sono presenti locali dedicati vi è evidenza che è garantita la possibilità di effettuare l'esame autoptico presso altra struttura interna al presidio o mediante convenzione | |

I. Idoneità all'uso delle strutture

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|---|-----------|--------------------|--|--|
| Criterio 3: Aspetti strutturali | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | 01 | E' presente un impianto di illuminazione di emergenza funzionante | |
| | | | 02 | E' presente un impianto rilevazione incendi | |
| | | | 03 | L'area di degenza è dotata di impianto gas medicali funzionante | |
| | | | 04 | E' presente un carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale <i>(in rapporto alla tipologia organizzativa e strutturale del presidio è consentito l'utilizzo di un carrello per la gestione dell'emergenza comune fra più strutture organizzative di degenza)</i> | |
| | | | 05 | Vi è evidenza che il carrello per la gestione dell'emergenza è quotidianamente revisionato ed è ripristinato in caso di utilizzo | |
| | | | 06 | E' presente un carrello per la gestione terapia | |
| | | | 07 | E' presente un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico | |
| | | | 08 | I locali visita sono dotati di lettino tecnico | |
| | | | 09 | Sono disponibili presidi antidecubito | |
| | | | 10 | E' presente un elettrocardiografo portatile/telemedicina | |
| | | | 11 | E' presente un saturimetro | |
| | | | 12 | E' presente un apparecchio per esami POCT | |
| 3A.03.05.01 | La struttura dispone degli impianti e attrezzature necessari al funzionamento | | | | |
| 05. Requisiti strutturali e tecnologici generali | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|--|-----------|---------------------|--|--|
| Criterio 3: Aspetti strutturali | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUB CODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| 3A.03.13.01 | La struttura dispone di attrezzature per la conservazione del sangue | | 01 | Il presidio è dotato di Frigoemoteca | |
| | | | 02 | La Frigoemoteca è dotata di sistema di registrazione della temperatura postazioni di guardia | |
| | | | 03 | La Frigoemoteca è dotata di dispositivo di allarme acustico collegato con le postazioni di guardia | |
| | | | 04 | Vi è evidenza che la responsabilità della Frigoemoteca è affidata al Direttore medico di presidio | |
| | | | 05 | Vi è evidenza che il registro di carico e scarico è regolarmente aggiornato | |
| 13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima) | | | | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | |
|--|--------|-----------|--|
| Criterio 4: Competenze del Personale | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA |
| | | | 01 Vi è evidenza che la dotatione di personale medico è adeguata alla tipologia e al volume dell'attività svolta nel presidio |
| | | | 02 Vi è evidenza che la dotatione di personale sanitario non medico è adeguata alla tipologia e al volume dell'attività svolta nel presidio |
| | | | 03 Vi è evidenza che è garantita la presenza H24 di personale infermieristico coerentemente con la complessità dell'attività svolta nel presidio |
| | | | 04 Vi è evidenza che è garantita la presenza H24 di personale di supporto (OSS) coerentemente con la complessità dell'attività svolta nel presidio |

10. Dotazione di personale

3.A.04.10.01

La dotazione di personale è adeguata rispetto alla tipologia e al volume delle attività erogate per ciascun ogni modulo da 20 posti letto

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|---|-----------|--------------------|---|--|
| Criterio 5: Comunicazione | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | 01 | Vi è evidenza che, prima dell'esecuzione dell'intervento o procedura, l'Organizzazione informa il paziente e acquisisce il consenso allo svolgimento dell'intervento o procedura | |
| 3A.05.04.01 | L'Organizzazione acquisisce il consenso informato | | 02 | Vi è evidenza che sono chiaramente e dettagliatamente comunicate al paziente le caratteristiche del percorso assistenziale e, in particolare: -benefici e rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti proposti -possibili alternative agli accertamenti diagnostici e ai trattamenti proposti -conseguenze dell'eventuale rifiuto o rinuncia agli accertamenti diagnostici e ai trattamenti proposti | |
| | | | 03 | Vi è evidenza che al paziente è stata data informazione sul diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento | |
| 04. Modularità di coinvolgimento dei pazienti, dei familiari e dei caregiver nelle scelte clinico-assistenziali | | | | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ'

Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|------|--------|-----------|--------------------|---|
| | | | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| | | | 02 | La procedura prevede che il contenitore primario, contenente il materiale biologico, sia inserito in un contenitore secondario dorato di chiusura ermetica e a tenuta stagna, provvisto di materiale assorbente in grado di assorbire tutto il contenuto biologico in esso inserito, che consenta di trasportare le provette in posizione verticale |
| | | | 03 | La procedura prevede che il volume complessivo del materiale trasportato sia non > 4 litri |
| | | | 04 | Se i contenitori primari sono fragili, la procedura prevede che siano singolarmente rivestiti ovvero posizionati nel contenitore secondario in modo da non venire a contatto |
| | | | 05 | La procedura definisce le modalità e gli strumenti con i quali è garantito il monitoraggio della temperatura del materiale biologico durante il trasporto |
| | | | 06 | La procedura prevede che il materiale biologico sia mantenuto alla temperatura adeguata con riferimento alla natura del materiale (sangue, urine) e alla tipologia di indagine richiesta (es.: crioglobulinemia) |
| | | | 07 | Se viene utilizzato materiale refrigerante la procedura prevede che questo sia collocato all'esterno del contenitore secondario |
| | | | 08 | La procedura definisce le azioni da intraprendere nel caso in cui il trasporto non avvenga correttamente (es.: danneggiamento dei contenitori; raggiungimento di temperature incompatibili con la corretta conservazione del materiale biologico; ecc.) |

02. Promozione delle sicurezza e gestione dei rischi

3A.06.02.01

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ'

Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|--------|--|--------------------|---|
| | | | 09 | Vi è evidenza che i contenitori secondari in uso presso la struttura sono lavabili e sterilizzabili |
| | | | 10 | Vi è evidenza che i contenitori terziari in uso presso la struttura sono lavabili e disinfezionabili |
| | | | 11 | Vi è evidenza che i contenitori in uso presso la struttura sono dotati di sistema di controllo della temperatura |
| | | | 12 | Vi è evidenza che la struttura effettua controlli, anche a campione, sul mantenimento della temperatura corretta durante il trasporto del materiale biologico |
| | | | 13 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | 14 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |
| 3A.06.02.01 | | E' presente una procedura che definisce le modalità di trasporto del materiale biologico | | |
| | | 02. Promozione delle sicurezza e gestione dei rischi | | |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ'

Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|------|--------|-----------|--------------------|--|
| | | | 01 | E' formalmente adottata ed immediatamente disponibile una procedura per la gestione delle apparecchiature critiche |
| | | | 02 | La procedura individua tipo e collocazione delle apparecchiature critiche |
| | | | 03 | La procedura definisce tipologia e periodicità dei controlli |
| | | | 04 | La procedura definisce le modalità di registrazione dei controlli e di conservazione dei risultati |
| | | | 05 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | 06 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |

2. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi

3A.06.02.02 L'Organizzazione ha definito le modalità di gestione delle apparecchiature critiche

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ'

Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|---------------|--|--------------------|--|
| 3A.06.10.01 | 10. Procedure | E' presente una procedura / documento che definisce le modalità di approvvigionamento, conservazione e dispensazione di farmaci e materiali | 01 | La procedura definisce con quali modalità è garantito la data di scadenza di materiali, farmaci e confezioni soggetti a scadenza sia tenuta in evidenza |
| | | | 02 | La procedura definisce modalità adeguate di conservazione di materiali, farmaci e confezioni |
| | | | 03 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| 3A.06.10.02 | 10. Procedure | E' presente una procedura che definisce le modalità di approvvigionamento, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei materiali e degli strumenti | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile (si applica se la struttura esegue la sterilizzazione di materiali impiegati per procedure invasive) |
| | | | 02 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale (si applica se la struttura esegue la sterilizzazione di materiali impiegati per procedure invasive) |
| | | | 03 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ'

Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza

| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
|-------------|---------------|---|--------------------|---|
| | | | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| | | | 02 | Vi è evidenza che la procedura è coerente con le norme UNI EN 554, UNI EN 555 |
| | | | 03 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | 04 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |
| | | | 05 | Se il servizio di sterilizzazione è affidato all'esterno vi è evidenza che l'Organizzazione ha verificato la conformità del servizio e delle attività a tutti i requisiti normativi e che il servizio è svolto conformemente ad una procedura condivisa |
| | | | 01 | La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile |
| | | | 02 | Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale |
| | | | 03 | Vi è evidenza che la procedura è applicata |
| 3A.06.10.03 | 10. Procedure | E' presente una procedura che definisce le modalità di sterilizzazione dei materiali e degli strumenti (si applica se la struttura esegue la sterilizzazione di materiali impiegati per procedure invasive) | | |
| 3A.06.10.04 | 10. Procedure | E' presente una procedura che definisce le modalità di sanificazione degli ambienti | | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | |
|---|--|
| DEFINIZIONI | |
| OSPEDALE DI COMUNITÀ' | Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | |
|---|---|
| PRESTAZIONI | |
| OSPEDALE DI COMUNITÀ' | |
| | Interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continua, anche notturna, non erogabile a domicilio |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | |
|--|-------------|--|--------------------|--|
| Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
| 00. Autorizzazioni | 4A.00.00.01 | L'Organizzazione è dotata di autorizzazione allo svolgimento di attività sanitarie rilasciata dall'Autorità competente | 01 | Disponibilità dell'autorizzazione sanitaria concessa dall'Autorità competente per la/le disciplina/e oggetto di verifica |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|------------------------|---|----------------------------|--|--|
| Criterio 3: Aspetti strutturali | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| | | | | | |
| 4A.03.10.01 | 10.Tecnologie digitali | L'Organizzazione assicura l'interoperabilità con altri sistemi informativi | 01 02 03 | La cartella clinica è completamente informatizzata E' garantita l'interoperabilità della cartella clinica con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) E' garantita l'interoperabilità della cartella clinica con la CCSI (Cartella Socio Sanitaria Integrata - D.Interass. 12 gennaio 2021) | |
| 4A.03.10.02 | 10.Tecnologie digitali | L'Organizzazione assicura la possibilità di accedere a servizi erogati a distanza | 01 02 03 04 06 | E' garantita la possibilità di effettuare il Tele monitoraggio E' garantita la possibilità di effettuare la Televisita E' garantita la possibilità di effettuare il Teleconsulto E' garantita la possibilità di effettuare la Teleconsulenza E' garantita la possibilità di effettuare la Telerefertazione | |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | |
|--|-------------|---|--------------------|---|
| Criterio 4: Competenze del Personale | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE |
| 11. Dotazione di personale | 4A.04.11.01 | La dotazione di personale è adeguata rispetto alla tipologia e al volume delle attività erogate per ciascun ogni modulo da 20 posti letto | 01 | La dotazione organica comprende almeno il seguente personale: - 1 medico - 9 infermieri (di cui 1 coordinatore infermieristico) - 6 operatori socio sanitari - 2 unità di personale afferente alle professioni sanitarie della riabilitazione |

| Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITÀ' | | | | | |
|--|-------------|---|--------------------|---|--|
| Criterio 6: Appropriatezza clinica e sicurezza | | | | | |
| AREA | CODICE | REQUISITI | SUBCODICE EVIDENZA | EVIDENZE | |
| 10. Procedure | 4A.06.10.01 | L'organizzazione garantisce la gestione di regimi alimentari speciali | 01 02 | Vi è evidenza che è garantita l'elaborazione di tabelle dietetiche, menu e diete speciali Vi è evidenza del rispetto di tabelle dietetiche, menu e diete speciali | |
| 12. Continuità assistenziale | 4A.06.12.01 | L'Organizzazione garantisce la corretta gestione della terapia | 01 02 | Vi è evidenza che la struttura utilizza la "Scheda Unica di Terapia" La "Scheda Unica di Terapia" contiene almeno i seguenti dati: - Logo dell'Azienda, denominazione della struttura - Dati identificativi del paziente: nome, cognome e data di nascita - Prescrizione della terapia: data, farmaco, dose, via, frequenza e ora di somministrazione, velocità di infusione ove necessario, firma del medico prescrittore - Registrazione dell'avvenuta somministrazione della terapia: data, ora, firma di chi ha somministrato - Registrazione di ogni eventuale mancata somministrazione e indicazione della motivazione - Validazione quotidiana della terapia da parte del medico - Segnalazione di presenza/ assenza allergie - Legenda: descrizione dei simboli utilizzati | |

(2025.51.3080)12.b