

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 Ospeda-
li 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 quello 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 Virzi	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 al SERVIZIO.....	.....
Art. 29 - ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DALL’INCARICO.....	.....
Art. 30 - TUTELA DELLA GENITORIALITÀ E DELLA DISABILITÀ.....	.....
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 su 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 perseguono 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'art. 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 ricomprendere 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 DISPONIBILITA'

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 sostituito 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 vigenza 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 indentificati 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 in 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 del'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

Presa 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/tracciati 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 condivisi 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 orogeograficamente 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 consenta 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 confluiscono 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 confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi. Le previgenti indennità informatiche 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 confluiscono, 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

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. 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 informatiche 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.

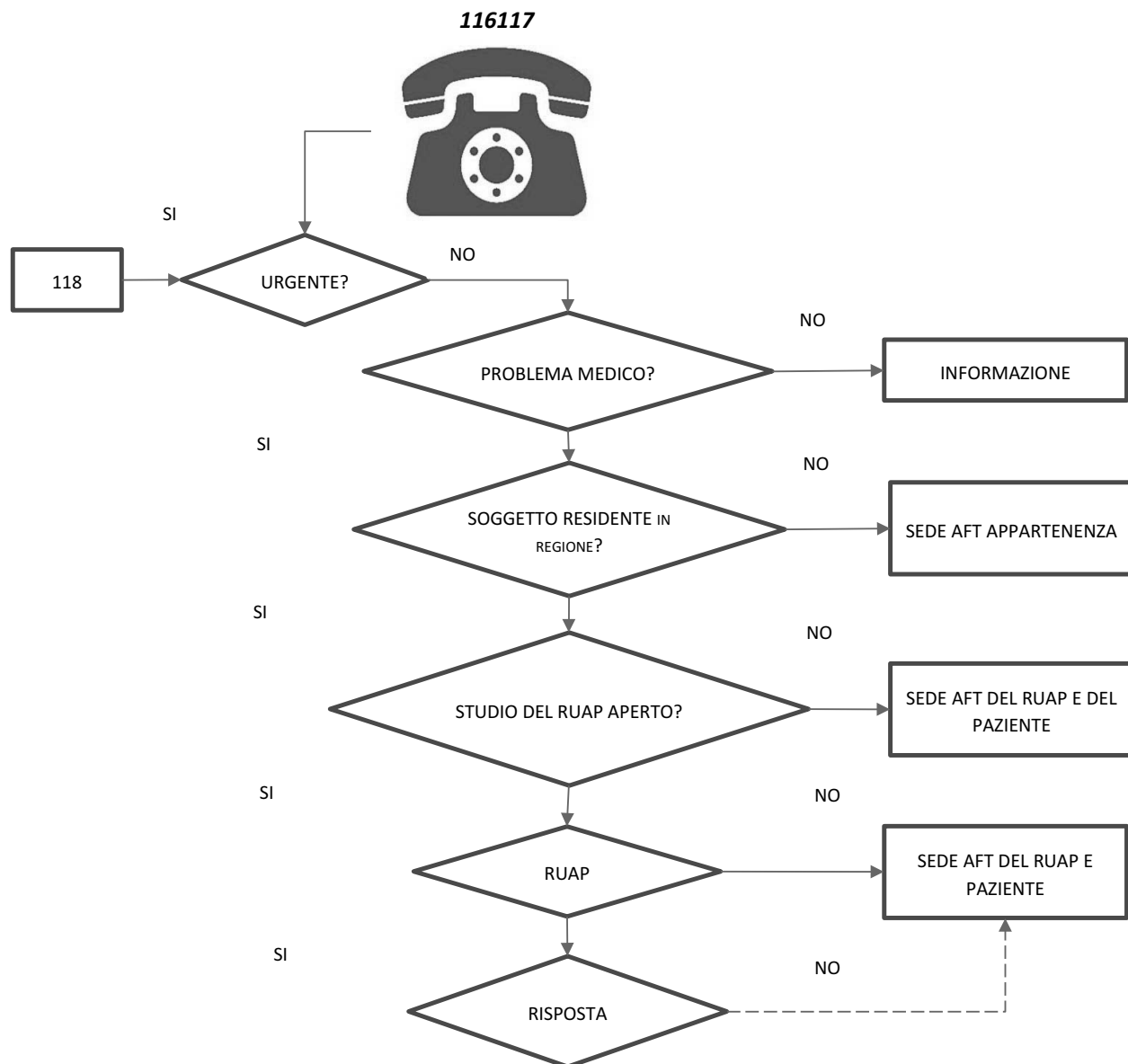
Art. 24 - RETE INFORMATICA DI AFT

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 116117

Tale 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 garantiscano 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 garantiscano 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.

**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;

DECRETA

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

Allegati

ALLEGATO A1-CCOH - DEFINIZIONI

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB	
DEFINIZIONI	
CASA DELLA COMUNITA' - 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 socioassistenziale a valenza sanitaria, nonché per i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali.
CASA DELLA COMUNITA' - 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 socioassistenziale 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 COMUNITA' - HUB	
PRESTAZIONI	
CASA DELLA COMUNITA' - 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 COMUNITA' - 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 COMUNITA' - 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 allegate al provvedimento di concessione dell'autorizzazione sanitaria ovvero, se privata, vi è evidenza che lo stato dei luoghi della struttura è conforme alle planimetrie allegate al progetto approvato

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
01. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	3A.01.01.01	La Struttura è dotata dei servizi essenziali	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)
			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 COMUNITA' - HUB				
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
01. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	3A.01.01.01	La Struttura è dotata dei servizi essenziali	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
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	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)	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 équipe 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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
2. Eleggibilità 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 COMUNITA' - HUB				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
3. Continuità assistenziale	3A.02.03.01	L'Organizzazione garantisce la continuità assistenziale	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)

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria	3A.02.05.01	L'Organizzazione ha definito le modalità di redazione della documentazione relativa agli esiti delle prestazioni e servizi erogati	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.

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
01. Idoneità all'uso delle strutture	3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	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 coesistono 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
			08	E' presente uno spazio per le funzioni direzionali
			09	E' presente uno spazio/locale per la refertazione

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
01. Idoneità all'uso delle strutture	3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	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.
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
05. Requisiti strutturali e tecnologici generali	3A.03.05.01	La struttura dispone delle attrezzature essenziali per il funzionamento	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 pulsossimetro
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
05. Requisiti strutturali e tecnologici generali	3A.03.05.02	Gli ambulatori sono dotati delle attrezzature essenziali per il funzionamento	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 impedenziometria
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
05. Requisiti strutturali e tecnologici generali	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 suture
			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 COMUNITA' - HUB				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
10. Tecnologie digitali	3A.03.10.01	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)	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
			05	E' garantita la possibilità di effettuare la Teleassistenza
			06	E' garantita la possibilità di effettuare la Teleriferazione
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 4: Competenze del Personale				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
10. Dotazione di personale	3A.04.10.01	La dotazione di personale è adeguata rispetto alla tipologia e al volume delle attività erogate	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
			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

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

Criterio 5: Comunicazione				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
04.Modalità di coinvolgimento dei pazienti, dei familiari e dei caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
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	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.)

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
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	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 disinfettabili
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
2.Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	3A.06.02.02	L'Organizzazione ha definito le modalità di gestione delle apparecchiature critiche	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 6: Appropriatazza 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	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
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	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
10. Procedure	3A.06.10.03	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)	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - HUB				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
10. Procedure	3A.06.10.04	E' presente una procedura che definisce le modalità di gestione dei rifiuti	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 COMUNITA' - HUB	
DEFINIZIONI	
CASA DELLA COMUNITA' - 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 socioassistenziale a valenza sanitaria, nonché per i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali.
CASA DELLA COMUNITA' - 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 socioassistenziale 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 COMUNITA' - HUB	
PRESTAZIONI	
CASA DELLA COMUNITA' - 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 socio sanitaria, 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 COMUNITA' - 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 socio sanitaria, 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'accreditamento delle
CASE DELLA COMUNITA' - HUB

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

AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
01. Modalità di 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 COMUNITA' - HUB				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	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)	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - 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 COMUNITA' - SPOKE	
DEFINIZIONI	
CASA DELLA COMUNITA' - 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 socioassistenziale a valenza sanitaria, nonché per i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali.
CASA DELLA COMUNITA' - 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 socioassistenziale 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 COMUNITA' - SPOKE	
PRESTAZIONI	
CASA DELLA COMUNITA' - 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 socio sanitaria, 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 COMUNITA' - 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 socio sanitaria, 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 COMUNITA' - 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 allegate al provvedimento di concessione dell'autorizzazione sanitaria ovvero, se privata, vi è evidenza che lo stato dei luoghi della struttura è conforme alle planimetrie allegate al progetto approvato

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
01. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	3A.01.01.01	La Struttura è dotata dei servizi essenziali	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

ALLEGATO A1-CCOS-CRITERIO 2

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	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)	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, SAL, 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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
3. Continuità assistenziale	3A.02.02.02	L'Organizzazione garantisce la continuità assistenziale	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 Casa 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)

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti - Continuità assistenziale	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
5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria			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
	3A.02.05.01	L'Organizzazione ha definito le modalità di redazione della documentazione relativa agli esiti delle prestazioni e servizi erogati	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.

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
01. Idoneità all'uso delle strutture	3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	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 coesistono 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
			08	E' presente uno spazio per le funzioni direzionali
			09	E' presente uno spazio/locale per la refettazione

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
01. Idoneità all'uso delle strutture	3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	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.
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
05. Requisiti strutturali e tecnologici generali	3A.03.05.01	La struttura dispone delle attrezzature essenziali per il funzionamento	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
05. Requisiti strutturali e tecnologici generali	3A.03.05.02	Gli ambulatori sono dotati delle attrezzature essenziali per il funzionamento	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 impedenziometria
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
05. Requisiti strutturali e tecnologici generali			01	Se nella Casa della Comunità Spoke 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, corredo 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	02	Se nella Casa della Comunità Spoke sono effettuate ricerche diagnostiche con manovre complesse sono presenti 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 COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
10. Tecnologie digitali	3A.03.10.01	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)	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
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 4: Competenze del Personale				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
10. Dotazione di personale	3A.04.10.01	La dotazione di personale è adeguata rispetto alla tipologia e al volume delle attività erogate	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
			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

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

Criterio 5: Comunicazione				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
04.Modalità di coinvolgimento dei pazienti, dei familiari e dei caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	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

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

Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
02. Promozione delle sicurezza e gestione dei rischi	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	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.)

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
02. Promozione delle sicurezza e gestione dei rischi	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	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 disinfettabili
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
2.Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	3A.06.02.02	L'Organizzazione ha definito le modalità di gestione delle apparecchiature critiche	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 6: Appropriatazza 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	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
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	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
10. Procedure	3A.06.10.03	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)	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
10. Procedure	3A.06.10.04	E' presente una procedura che definisce le modalità di gestione dei rifiuti	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 COMUNITA' - SPOKE	
DEFINIZIONI	
CASA DELLA COMUNITA' - 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 socioassistenziale a valenza sanitaria, nonché per i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali.
CASA DELLA COMUNITA' - 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 socioassistenziale a valenza sanitaria, nonché per i necessari collegamenti con i servizi sociali per gli interventi socioassistenziali.

ALLEGATO B1-CCOS - PRESTAZIONI

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accredimento delle CASE DELLA COMUNITA' - SPOKE	
PRESTAZIONI	
CASA DELLA COMUNITA' - 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 socio sanitaria, 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 COMUNITA' - 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 socio sanitaria, 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 COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 1: Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
01. Modalità di pianificazione, 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 COMUNITA' - SPOKE				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	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)	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
			02	Il documento/procedura che descrive le modalità di erogazione dell'assistenza definisce che l'assistenza infermieristica in una Casa della comunità Spoke sia garantita H12, 6/7 giorni

ALLEGATO A1-CCO-AMB - DEFINIZIONI

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - 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 necessitano 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	Laboratori ad organizzazione semplice ed unitaria che possono svolgere indagini nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, della immunopatologia, 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 COMUNITA' - AMBULATORI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
2.Prestazioni e servizi	02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	RIA.3A.02.02.01	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	01	La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile
				02	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
				03	La procedura definisce le modalità con cui è garantita la presa in carico globale del paziente, per tutto l'iter terapeutico previsto
				04	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 COMUNITA' - AMBULATORI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	RIA.3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	Evidenze
				01 I locali e 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
				07 Se la struttura esegue tale tipo di prestazioni, è disponibile un'area attrezzata per il trattamento dei disturbi comunicativi/cognitivi e logopedici
				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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
3. Aspetti strutturali	13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima)	RIA.3A.03.13.01	La struttura dispone delle attrezzature necessarie al funzionamento	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 Competenze del Personale	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 COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA NUCLEARE				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
1. Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	05. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	MNU.3A.01.05.01	L'Organizzazione definisce specifiche modalità per la valutazione e il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati	Evidenze
				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
2. Prestazioni e servizi	02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	MNU.3A.02.02.01	L'Organizzazione ha definito le modalità di presa in carico dei pazienti e le modalità con cui è assicurata la continuità dell'assistenza	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 referti
				03 Vi è evidenza che, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, è data informazione al paziente sui tempi di consegna dei referti
				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.

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA NUCLEARE				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	MNU.3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	01
				I locali e gli spezi 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 stoccaggio 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 scarichi controllati

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA NUCLEARE					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
3. Aspetti strutturali	13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima)	MNU.3A.03.13.01	La struttura dispone delle attrezzature necessarie al funzionamento	01	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
				02	E' disponibile una gamma camera
				03	Se viene svolta attività diagnostica in vitro, è disponibile la strumentazione base di un laboratorio di analisi chimico-cliniche
Criterio 4 Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	MNU.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 COMUNITA' - AMBULATORI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
1. Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	05. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	RAD3A.01.05.01	L'Organizzazione definisce specifiche modalità per la valutazione e il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati	01
				02
				03
				04
2. Prestazioni e servizi	02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	RAD3A.02.02.01	L'Organizzazione ha definito le modalità di presa in carico dei pazienti e le modalità con cui è assicurata la continuità dell'assistenza	01
				02
				03
				04

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	RAD3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	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' disponibile una sala di radiodiagnostica con annessi spazi/spogliatoi per gli utenti;
				03 Se la struttura esegue esami di diagnostica TC, è disponibile una sala dedicata dotata di spazi/spogliatoi per gli utenti
				04 Se la struttura esegue esami di diagnostica RM, è disponibile una sala dedicata dotata di spazi/spogliatoi per gli utenti
				05 Se la struttura esegue esami di diagnostica ecografica, è disponibile una sala dedicata dotata di spazi/spogliatoi per gli utenti
				06 E' disponibile un'area tecnica, di stretta pertinenza degli operatori, medici e tecnici
				07 E' disponibile un locale per la refertazione
				08 E' disponibile un locale/spazio per la conservazione e il trattamento del materiale sensibile, se utilizzato

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
3. Aspetti strutturali	13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima)	RAD.3A.03.13.01	La struttura dispone delle attrezzature necessarie al funzionamento	01
				02
				03
				04
				05
				06
Criterio 4 Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	RAD.4A.04.10.01	La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta	01
				02
				03

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI RADIOTERAPIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
1. Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	05. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	RTP.3A.01.05.01	L'Organizzazione definisce specifiche modalità per la valutazione e il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati	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	Vi è evidenza che Documento è conosciuto dal personale
				04	Vi è evidenza che le attività previste dal Documento sono realizzate
2. Prestazioni e servizi	02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	RTP.3A.02.02.01	L'Organizzazione ha definito le modalità di presa in carico dei pazienti e le modalità con cui è assicurata la continuità dell'assistenza	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 referti
				03	Vi è evidenza che, al momento della prenotazione dell'indagine diagnostica, è data informazione al paziente sui tempi di consegna dei referti
				04	La procedura definisce le modalità di accesso ad un settore di degenza per l'assistenza dei pazienti trattati, in caso di necessità
				05	Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale
				06	Se la struttura dispone di una sola unità di terapia, è stato formalizzato un accordo di collaborazione con un'altra struttura, in modo da garantire la continuità terapeutica in caso di guasto alle apparecchiature

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI RADIOTERAPIA				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	RTP.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
				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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI RADIOTERAPIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
3. Aspetti strutturali	13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima)	RTP.3A.03.13.01	La struttura dispone delle attrezzature necessarie al funzionamento	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
Criterio 4 Competenze del Personale	10. Dotazione di 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 COMUNITA' - AMBULATORI CONSULTORIO				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
2.Prestazioni e servizi	02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	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	01
				02
				03
				04
				05
				06
				07
				08

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI CONSULTORIO				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	CON.3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	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' disponibile uno spazio deposito farmaci e presidi sanitari
				03 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
				04 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
				05 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
				06 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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI CONSULTORIO					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	CON.3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	07	E' presente una stanza per il Medico ginecologo dotata di: - Scrivania con seduta ergonomica - n. 2 sedie per l'utenza - Appendiabiti - Libreria - Contenitore rifiuti
				08	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
				09	E' presente un ambulatorio ostetrico ginecologico
				10	Vi è evidenza che è garantita la riservatezza dei pazienti

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI CONSULTORIO					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	CON.3A.03.01.02	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	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
Criterio 4 Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	CON.3A.04.10.01	La dotazione di personale è adeguata in rapporto al bacino di utenza	01	La dotazione di personale comprende, per un bacino di utenza di 20.000 abitanti, almeno le seguenti figure: - 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 socio-sanitario (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 COMUNITA' - AMBULATORI ODONTOIATRIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso 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
				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	01. Idoneità all'uso delle strutture	ODO.3A.03.01.02	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata - Locale operativo	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 annesso, 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
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	ODO.3A.03.01.02	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata - Locale operativo	07	Il locale operativo è dotato di lavabo con rubinetto a comandi non manuali; dispenser di sapone 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
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	ODO.3A.03.01.03	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata - Locale destinato alla decontaminazione e sterilizzazione	01	E' presente un locale destinato alle pratiche di decontaminazione e sterilizzazione dello strumentario operativo
				02	Il locale ha una superficie idonea allo svolgimento in sicurezza di tutte le procedure di decontaminazione e sterilizzazione
				03	Il locale è corredato di un piano di lavoro adiacente al lavabo con comandi non manuali
				04	Il locale è sufficientemente illuminato naturalmente o artificialmente nel caso in cui non vi siano finestre
				05	Il locale ha pareti tinteggiate con prodotti lavabili

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
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	ODO.3A.03.01.04	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata - Servizio igienico	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 sapone e asciugamani monouso
				05	Se il servizio igienico è ubicato in un ambiente non finestrato all'esterno, è dotato di sistema artificiale d'aerazione che assicuri un minimo di 6 ricambi di volume aria/ora
				06	Nel servizio igienico non sono installati scaldabagni a fiamma libera
3.Aspetti strutturali	13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima)	ODO.3A.03.13.01	La struttura dispone delle attrezzature necessarie al funzionamento	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	La struttura è dotata di : - Autoclave - Dispositivi di protezione individuale (guanti, mascherine, occhiali, camici, ecc.) - Materiale monouso (cannule di aspirazione, bicchieri, mantelline, ecc.) - Apparecchiatura radioscopica endo-orale
Criterio 4 Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	ODO.3A.04.10.01	La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta	01	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. Appropriatazza 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 COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
1 - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	03. Definizione delle responsabilità	LAB.3A.01.03.01	L'Organizzazione ha definito ruoli e responsabilità	01
				02
1 - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	05. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	LAB.3A.01.05.01	L'Organizzazione definisce specifiche modalità per la valutazione e il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati	01
				02
				03
				04
				05
				06
				07
				08
				09
				10

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
2. Prestazioni e servizi	02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	LAB.3A.02.02.01	L'Organizzazione ha definito le modalità di svolgimento delle attività	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 <i>Turn Around Time</i> (TAT)
				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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	LAB.3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	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 raccordo arrotondato al pavimento; quest'ultimo deve essere non inquinante, del tipo monolitico, resistente agli agenti chimici e fisici, antisdrucciolo

ALLEGATO A1-CCO-AMB - MEDICINA DI LABORATORIO				
Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
Aspetti strutturali Criterio 3	01. Idoneità all'uso delle strutture	LAB.3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	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 accessorio 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 tests emocoagulativi
				27 E' presente almeno un contaglobuli elettronico ad almeno 7 parametri.

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
Criterio 4 Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	LAB.3A.04.10.01	La dotazione di personale è adeguata in rapporto a un numero massimo di prestazioni pari a 100.000/anno	01
				02
				03
				04
				05

Oltre il direttore tecnico, sono presenti 3 collaboratori professionisti laureati (medico, biologo o chimico)

Sono presenti 4 tecnici di laboratorio (laureati ovvero diplomati con n. 5 anni dimostrabili di lavoro nella qualifica ed assolvimento dei contributi versati)

Sono presenti 3 addetti alle attività amministrative

Se il servizio non è esternalizzato, sono presenti 3 addetti alle pulizie

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 COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
Criterio 4 Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	LAB.3A.04.10.02	La dotazione di personale è adeguata in rapporto a un numero massimo di prestazioni pari a 200.000/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)
				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 COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
Criterio 4 Competenze del Personale	10. Dotazione di 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)
				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
Criterio 4 Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	LAB.3A.04.10.04	La dotazione di personale è adeguata in rapporto a un numero di prestazioni > 300.000/anno	01	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
				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 COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
6. Appropriatazza 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
				01	La procedura è formalmente adottata e immediatamente reperibile
6. Appropriatazza 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	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
				03	La procedura definisce le modalità con cui sono custoditi materiali e reagenti scaduti in attesa di smaltimento
				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
				05	Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale
6. Appropriatazza 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	06	Vi è evidenza che la procedura è applicata

ALLEGATO A1-CCO-AMB - PUNTO PRELIEVI

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI PUNTO PRELIEVI					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	PPR.3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata - Punto prelievi	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 consenta 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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI PUNTO PRELIEVI					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
Criterio 4 Competenze del Personale	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
6.Appropriatezza clinica e sicurezza	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

ALLEGATO A1-COO-AMB - MED.LAB.SETT.SP.Chim.cl.Tossic.

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - 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 COMUNITA' - AMBULATORI Medicina di Laboratorio - Settore specializzato CHIMICA CLINICA / TOSSICOLOGIA				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
Aspetti strutturali Criterio 3	01. Idoneità all'uso delle strutture	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 spettometro 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
Competenze del Personale Criterio 4	10. Dotazione di personale	LAB-CCT.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

ALLEGATO A1-OCO-AMB - MED.LAB.SETT.SP.Microb.Sierolm.

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI Medicina di Laboratorio - Settore specializzato MICROBIOLOGIA e SIEROIMMUNOLOGIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	LAB-MBS.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	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI Medicina di Laboratorio - Settore specializzato MICROBIOLOGIA e SIEROIMMUNOLOGIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	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.
				01	E' presente un amplificatore delle catene genetiche
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	LAB-MBS.3A.03.01.03	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata per l'esecuzione di analisi con PCR	02	E' presente un sistema di lettura degli amplificati
				03	E' presente attrezzatura automatica per il lavaggio
Criterio 4 Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	LAB-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 COMUNITA' - AMBULATORI Medicina di Laboratorio - Settore specializzato EMATOLOGIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	LAB-EMA.3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	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 piastrinica e degli inibitori della coagulazione
				05	E' presente la strumentazione e materiali idonei per ricerche di immunoematologia
				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 banchi sono idonei alla qualità ed al carico di lavoro
Criterio 4 Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	LAB-EMA.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 COMUNITA' - AMBULATORI Medicina di Laboratorio - Settore specializzato VIROLOGIA				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità all'uso delle strutture	LAB-VIR.3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	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
				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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI Medicina di Laboratorio - Settore specializzato VIROLOGIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità 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
				01	E' presente un amplificatore delle catene genetiche
Criterio 3 Aspetti strutturali	01. Idoneità 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	02	E' presente un sistema di lettura degli amplificati
				03	E' presente attrezzatura automatica per lavaggio
Criterio 4 Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	LAB-VIR.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 COMUNITA' - AMBULATORI Medicina di Laboratorio - Settore specializzato CITOISTOPATOLOGIA				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
Aspetti strutturali Criterio 3	01. Idoneità all'uso delle strutture	LAB-CIP.3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	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 citostopatologiche 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
Competenze del Personale Criterio 4	10. Dotazione di personale	LAB-CIP.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 COMUNITA' - AMBULATORI Medicina di Laboratorio - Settore specializzato GENETICA				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
Aspetti strutturali Criterio 3	01. Idoneità all'uso delle strutture	LAB-GEN.3A.03.01.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	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
Aspetti strutturali Criterio 3	01. Idoneità all'uso delle strutture	LAB-GEN.3A.03.01.02	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata per l'esecuzione di analisi con PCR	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
				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;
Aspetti strutturali Criterio 3	01. Idoneità all'uso delle strutture	LAB-GEN.3A.03.01.02	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata per l'esecuzione di analisi con PCR	01
				E' presente un amplificatore delle catene genetiche
				02
Aspetti strutturali Criterio 3	01. Idoneità all'uso delle strutture	LAB-GEN.3A.03.01.02	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata per l'esecuzione di analisi con PCR	E' presente un lettore delle sequenze nucleotidiche
				03
Aspetti strutturali Criterio 3	01. Idoneità all'uso delle strutture	LAB-GEN.3A.03.01.02	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata per l'esecuzione di analisi con PCR	E' presente attrezzatura automatica per lavaggio

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie delle CASE DELLA COMUNITA' - 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	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'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - 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 necessitano 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	Laboratori ad organizzazione semplice ed unitaria che possono svolgere indagini nell'ambito della biochimica clinica e tossicologica, dell'ematologia ed emocoagulazione, della immunematologia, 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'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI CARDIOLOGIA				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
3.Aspetti strutturali	10. Idoneità delle strutture	CAR.4A.03.10.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	01
				02
				03
				04
				05
				06
				07

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

CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
3.Aspetti strutturali	10. Idoneità delle strutture	CAR.4A.03.10.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguatamente attrezzata	08	La sala per l'esecuzione dell'Eocardiogramma da stress è attrezzata con: - un elettrocardiografo a 3 canali - sfigmomanometro montato su colonna, mobile, con bracciali di varie dimensioni - dispositivi atti alla rianimazione cardiopolmonare
				09	La sala per l'esecuzione dei Test ergometrici è di dimensioni adeguate e consente facile accesso ad almeno due operatori
				10	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
				11	La sala per l'esecuzione dei Test ergometrici è attrezzata con - poligrafo con monitor minimo 3 canali monitorati in continuo e 12 derivazioni visualizzabili; possibilità di stampa immediata di eeg 12 derivazioni; - sfigmomanometro montato su colonna, mobile, con bracciali 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 d'emergenza, presa d'alimentazione dedicata) e/o cicloergometro a freno elettromagnetico (almeno 300 watt di potenza). - dispositivi atti alla rianimazione cardiopolmonare
				12	Se la struttura esegue Elettrocardiografia dinamica dispone di: - analizzatore - registratore - elettrocardiografo a 3 canali

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI CARDIOLOGIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
4. Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	CAR.4A.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
				02	Vi è evidenza che durante l'esecuzione dell'Ecocardiografia 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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI CHIRURGIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
2. Prestazioni e servizi	5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria	CHI.4A.02.05.01	L'Organizzazione ha definito le modalità di redazione della documentazione relativa agli esiti delle prestazioni e servizi erogati	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/degli operatori, l'ora d'inizio e fine dell'intervento, il decorso clinico e intraoperatorio, 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.

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI				
CHIRURGIA				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
3. Aspetti strutturali	10. Idoneità delle strutture	CHI.4A.03.10.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguata	01
				02
				03
				04
				05
				06
				07
				08
				09

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

CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
3. Aspetti strutturali	10. Idoneità delle strutture	CHI.4A.03.10.02	L'organizzazione dispone di una sala chirurgica adeguatamente attrezzata	01	Nel locale chirurgico sono garantiti un adeguato ricambio d'aria ed un adeguato comfort microclimatico
				02	Se sono eseguiti interventi in anestesia generale, il locale chirurgico possiede le seguenti caratteristiche: - 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 doppia per ogni gas medicale tecnico, tali da garantire un adeguato livello di affidabilità; - impianto di allarme di segnalazione esaurimento gas medicali
				03	Il locale chirurgico è dotato di: - lettino chirurgico; - elettrobisturi; - un aspiratore chirurgico con relativi sondini; - lampada scaltica; - 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	Il carrello per la gestione delle emergenze, a integrazione di quanto previsto come normale dotazione, è dotato anche di: - 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.

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

CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
4. Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	CHI.4A.04.10.01	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	Vi è evidenza che durante lo svolgimento delle attività è assicurata: - la presenza di un un medico appartenente alla disciplina inerente l'attività svolta - la presenza di un infermiere nella struttura per l'intera durata dell'orario di apertura
				03	Se nel presidio ambulatoriale operano più medici, vi è evidenza che ciascuno esercita la propria attività esclusivamente nell'ambito della specifica competenza, secondo quanto stabilito dal responsabile dell'ambulatorio
6. Appropriatazza clinica e sicurezza	02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	CHI.4A.06.02.01	E' garantita la sicurezza degli interventi chirurgici in anestesia generale	01	Se nel presidio ambulatoriale sono eseguiti interventi in anestesia generale è assicurata la presenza di un anestesista fino al recupero dello stato di vigilanza del paziente
				02	Se nel presidio ambulatoriale sono eseguiti interventi in anestesia generale sono definite e documentate le modalità secondo le quali è organizzata la reperibilità medica durante l'orario di chiusura del presidio
				03	Se nel presidio ambulatoriale sono eseguiti interventi in anestesia generale sono rese note al paziente, per iscritto, le modalità per attivare il servizio di pronta disponibilità

ALLEGATO B1-CCO-AMB - CHIRURGIA

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI CHIRURGIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
6.Appropriatezza clinica e sicurezza	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 è 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	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 COMUNITA' - AMBULATORI CHIRURGIA PLASTICA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
2.Prestazioni e servizi	5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria	CHP.4A.02.05.01	L'Organizzazione ha definito le modalità di redazione della documentazione relativa agli esiti delle prestazioni e servizi erogati	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/degli operatori, l'ora d'inizio e fine dell'intervento, il decorso clinico e intraoperatorio, 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

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

CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
3. Aspetti strutturali	10. Idoneità delle strutture	CHP.4A.03.10.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguata	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 antisdrucciolo

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI CHIRURGIA PLASTICA				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
3. Aspetti strutturali	10. Idoneità delle strutture	CHP .4A .03. 10.02	L'organizzazione dispone di una sala chirurgica adeguatamente attrezzata	Evidenze
				01
				Nel locale chirurgico sono garantiti un adeguato ricambio d'aria ed un adeguato comfort microclimatico
				02
				Se sono eseguiti interventi in anestesia generale, il locale chirurgico possiede le seguenti caratteristiche: - 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 doppia per ogni gas medicale tecnico, tali da garantire un adeguato livello di affidabilità; - impianto di allarme di segnalazione esaurimento gas medicali
				03
				Il locale chirurgico è dotato di: - 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 taglianti; - contenitori per rifiuti speciali taglienti (aghi, lame, etc.); - apparecchiature per il processo di sterilizzazione (eccetto che in caso di servizio centralizzato o externalizzato)
				04
				Il carrello per la gestione delle emergenze, a integrazione di quanto previsto come normale dotazione, è dotato anche di: - 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.

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

CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
4. Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	CHP.4A.04.10.01	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	Vi è evidenza che durante lo svolgimento delle attività è assicurata: - la presenza di un medico appartenente alla disciplina inerente l'attività svolta - la presenza di un infermiere nella struttura per l'intera durata dell'orario di apertura
				03	Se nel presidio ambulatoriale operano più medici, vi è evidenza che ciascuno esercita la propria attività esclusivamente nell'ambito della specifica competenza, secondo quanto stabilito dal responsabile dell'ambulatorio
6. Appropriatazza clinica e sicurezza	02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	CHP.4A.06.02.01	E' garantita la sicurezza degli interventi chirurgici in anestesia generale	01	Se nel presidio ambulatoriale sono eseguiti interventi in anestesia generale è assicurata la presenza di un anestesista fino al recupero dello stato di vigilanza del paziente
				02	Se nel presidio ambulatoriale sono eseguiti interventi in anestesia generale sono definite e documentate le modalità secondo le quali è organizzata la reperibilità medica durante l'orario di chiusura del presidio
				03	Se nel presidio ambulatoriale sono eseguiti interventi in anestesia generale sono rese note al paziente, per iscritto, le modalità per attivare il servizio di pronta disponibilità
6. Appropriatazza clinica e sicurezza	02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	CHP.4A.06.02.02	Il presidio assicura la gestione adeguata delle emergenze cliniche	01	Se nel presidio ambulatoriale sono eseguiti interventi in anestesia generale è 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	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 COMUNITA' - AMBULATORI ENDOSCOPIA				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
3.Aspetti strutturali	10. Idoneità delle strutture	END.4A.03.10.01	L'organizzazione dispone di una sede operativa adeguata	01
				02
				03
				04
				05

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI ENDOSCOPIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
3.Aspetti strutturali	10. Idoneità delle strutture	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 COMUNITA' - AMBULATORI ENDOSCOPIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
4. Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	END.4A.04.10.01	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	Vi è evidenza che durante lo svolgimento delle attività è assicurata: - la presenza di un medico appartenente alla disciplina inerente 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
6. Appropriatazza clinica e sicurezza	10. Procedure	END.4A.06.10.01	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
6. Appropriatazza clinica e sicurezza	10. Procedure	END.4A.06.10.02	Sono adottate procedure per la protezione dagli incidenti per esposizione a materiale biologico o altre sostanze pericolose	01	Vi è evidenza che il personale è dotato di idoneo abbigliamento
				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 COMUNITA' - AMBULATORI
MEDICINA DI LABORATORIO**

CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
1. Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie	01. Modalità di pianificazione, programmazione e delle attività di assistenza e di supporto	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
	05. Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	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
2. Prestazioni e servizi	5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria	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
				01	I documenti, ad uso interno o destinati all'esterno, prodotti dal Laboratorio, le insegne e i siti web riportano: - la denominazione e il logo della struttura di Medicina di Laboratorio - il codice regionale della struttura - il numero identificativo assegnato dal CRQ

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
2.Prestazioni e servizi	5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria	LAB.4A.02.05.02	La documentazione consegnata all'utente è redatta correttamente	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
				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, rilevanza 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.

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

CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
4. Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	LAB.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 laboratorio biomedico o un biologo o un chimico o un medico
				02	Se la responsabilità del laboratorio è affidata ad un laureato in biologia o chimica, vi è evidenza che è garantita la disponibilità di un medico per le attività professionali di specifica competenza
				03	Se la struttura è dotata di settori specializzati, per ciascun settore è stato formalmente individuato un Responsabile (e' ammessa la possibilità che un professionista assuma la responsabilità di più settori)
5. Comunicazione	03. Modalità e contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver	LAB.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 service con l'indicazione dei laboratori che le eseguono.
				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 referti;
				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 COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA DI LABORATORIO				
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA
6-Appropriatezza clinica e sicurezza	02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	LAB.4A.06.02.01	Gestione delle attività in service	01
				02
				03
				04
				05
				06
				07
				08

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - 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.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
6.Appropriatezza clinica e sicurezza	12. Continuità assistenziale	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 referto 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 COMUNITA' - 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	I documenti, ad uso interno o destinati all'esterno, prodotti presso ciascun Punto prelievi riportano: - 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 COMUNITA' - AMBULATORI PUNTO PRELIEVI					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
2. Prestazioni e servizi	5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria	PPR-4A.02.05.02	La documentazione consegnata all'utente è redatta correttamente	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
				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, rilevanza 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.

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - 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
				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 service con l'indicazione dei laboratori che le eseguono.
5.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 referti
	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	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 COMUNITA' - AMBULATORI PUNTO PRELIEVI					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
6-Appropriatezza clinica e sicurezza	02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	PPR-4A.06.02.01	Le attività in service sono correttamente organizzate	02	Se la Struttura di Medicina di Laboratorio cui affrisce 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 espressamente
				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)
				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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI LABORATORI DELLA RTE					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
3.Aspetti strutturali	13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima)	RTE.03.13.01	L'organizzazione dispone di adeguate tecnologie	01	E' presente un locale dedicato al Settore specialistico di Ematologia, dotato 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 intrinseci ed estrinseci, della fibrinolisi, della funzionalità piastrinica e degli inibitori della coagulazione - strumentazione e materiali idonei per ricerche di immunematologia 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
				02	Il laboratorio è dotato di HPLC (cromatografia liquida ad alta pressione)
				03	Il laboratorio è dotato di apparecchiatura per elettroforesi dell'emoglobina

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

CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
4. Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	RTE.04.10.01	La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta	01	Se la responsabilità del laboratorio è affidata ad un laureato in biologia o chimica, è garantita la disponibilità di un medico per le attività professionali di specifica competenza
				02	Vi è evidenza che il responsabile del settore specialistico di ematologia e emocoagulazione è un laureato in Medicina e chirurgia ovvero un laureato in Scienze biologiche in possesso di documentata esperienza nel settore
				03	Vi è evidenza che il personale che esegue gli esami per la diagnosi dello stato di portatore sano di talassemia e/o emoglobinopatie in età fertile e per la prevenzione della Talassemia e/o delle Emoglobinopatie nelle donne in gravidanza è in possesso di competenze e documentata esperienza nello screening delle Emoglobinopatie
				04	Vi è evidenza che il personale che referta gli esami per la diagnosi dello stato di portatore sano di talassemia e/o emoglobinopatie in età fertile e per la prevenzione della Talassemia e/o delle Emoglobinopatie nelle donne in gravidanza è in possesso di competenze e documentata esperienza nello screening delle Emoglobinopatie
				05	Vi è evidenza che il personale che esegue gli esami per la diagnosi dello stato di portatore sano di talassemia e/o emoglobinopatie in età fertile e per la prevenzione della Talassemia e/o delle Emoglobinopatie nelle donne in gravidanza ha frequentato e superato la valutazione finale di almeno un corso di aggiornamento sullo screening delle Emoglobinopatie negli ultimi due anni.
				06	Vi è evidenza che il personale che referta gli esami per la diagnosi dello stato di portatore sano di talassemia e/o emoglobinopatie in età fertile e per la prevenzione della Talassemia e/o delle Emoglobinopatie nelle donne in gravidanza ha frequentato e superato la valutazione finale di almeno un corso di aggiornamento sullo screening delle Emoglobinopatie negli ultimi due anni.
				07	Vi è evidenza che tutti gli operatori che eseguono e che refertano esami per la diagnosi dello stato di portatore sano di talassemia e/o emoglobinopatie sono in regola con gli obblighi formativi del sistema di Educazione Continua in Medicina ECM

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI LABORATORI DELLA RTE					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
6. Appropriatazza 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 RTE
				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 COMUNITA' - AMBULATORI
LABORATORI DELLA RTE**

CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
6. Appropriatazza clinica e sicurezza	10. Procedure	RTE.06.10.01	E' presente una procedura per la ricerca dello stato di portatore sano di talassemia e di emoglobinopatie conforme a quanto indicato nel D.A. 18 dicembre 2003, n. 2357 e nel D.A. 13 luglio 2007	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 esegua 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 RTE 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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA NUCLEARE					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
2. Prestazioni e servizi	02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	MNU.4A.02.02.01	E' presente una procedura che definisce le modalità di presa in carico del paziente e di esecuzione delle prestazioni	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 controindicanti l'impiego di radiazioni ionizzanti
				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 differito 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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI MEDICINA NUCLEARE					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
3. Aspetti strutturali	13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima)	MNU.4A.03.13.01	L'organizzazione dispone di adeguate tecnologie	01	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 corporea" e "tomografia a fotone singolo (spet)"
				02	La sede è dotata di un sistema di misura di radiazioni ionizzanti per campioni biologici
				03	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.)
4. Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	MNU.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 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
				02	Nelle strutture con apparecchiature complesse è disponibile il fisico sanitario.

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
2. Prestazioni e servizi	02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	RAD.4A.02.02.01	E' presente una procedura che definisce le modalità di presa in carico del paziente e di esecuzione delle prestazioni	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 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 controindicanti l'impiego di radiazioni ionizzanti
				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 iniziata
				07	Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale
				08	Vi è evidenza che la procedura è applicata

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

CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
3.Aspetti strutturali	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
				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
4.Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	RAD.4A.04.10.01	La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta	02	Vi è evidenza che durante lo svolgimento di esami con mezzo di contrasto è assicurata la presenza di un infermiere
				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 COMUNITA' - 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 COMUNITA' - AMBULATORI RADIOTERAPIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
2. Prestazioni e servizi	02. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti	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	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
				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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento delle CASE DELLA COMUNITA' - AMBULATORI RADIOTERAPIA					
CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
4. Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	RTP.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 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
				02	E' disponibile il fisico sanitario.
6. Appropriata clinica e sicurezza	02. Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	RTP.4A.06.02.01	E' garantita la sicurezza dei pazienti durante l'esecuzione delle attività	01	La struttura è dotata di un sistema di controllo di qualità
				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

CRITERIO	AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	Evidenze
4. Competenze del Personale	10. Dotazione di personale	CON.4A.04.10.01	La dotazione di personale è adeguata in rapporto alla attività svolta	01	La dotazione di personale comprende la figura del Medico specialista in Ostetricia e Ginecologia
				02	La dotazione di personale comprende la figura del Medico specialista in Pediatria
				03	La dotazione di personale comprende la figura dello Psicologo
				04	La dotazione di personale comprende la figura dell'Ostetrica
				05	La dotazione di personale comprende la figura dell'Assistente sociale
				06	La dotazione di personale comprende la figura dell'Infermiere o dell'Assistente sanitario

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

1. 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

1. Il presente decreto si applica alle strutture sanitarie, pubbliche e private, in ragione della tipologia della struttura, secondo la seguente classificazione:
 - a. **Strutture Residenziali:** Ospedali di Comunità

Articolo 3

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

1. 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

1. 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 COMUNITA'	
DEFINIZIONI	
OSPEDALE DI COMUNITA'	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 COMUNITA'	
PRESTAZIONI	
OSPEDALE DI COMUNITA'	Interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
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 allegate al provvedimento di concessione dell'autorizzazione sanitaria ovvero, se privata, vi è evidenza che lo stato dei luoghi della struttura è conforme alle planimetrie allegate al progetto approvato
01. Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione 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
			02	Vi è evidenza che l'Accordo è conosciuto dal personale
			03	Vi è evidenza che l'approvvigionamento di sangue ed emocomponenti è effettuato dalla Centro trasfusionale di riferimento
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	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 COMUNITA'				
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
			02	Vi è evidenza che al Responsabile organizzativo e assistenziale è affidata anche una funzione di collegamento tra i responsabili sanitari, clinici, assistenziali e la direzione aziendale

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti - Continuità assistenziale	3A.02.02.01	Sono definiti i criteri di eleggibilità dei pazienti	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 riacutizzazione 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 dimissibili 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 sostanziarsi 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 motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti - Continuità assistenziale	3A.02.02.02	Sono definite le modalità di accesso	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 COMUNITA'				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti - Continuità assistenziale	3A.02.02.03	Sono definite le modalità di gestione del percorso assistenziale dei pazienti	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
			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 erogazione dell'assistenza definisce 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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti - Continuità assistenziale	3A.02.02.04	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
			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
2. Eleggibilità e presa in carico dei pazienti - Continuità assistenziale	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 COMUNITA'				
Criterio 2 – Prestazioni e servizi				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
5. Modalità di gestione della documentazione sanitaria	3A.02.05.01	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
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
I. 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	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 mobilitazione del paziente
			07	Le camere di degenza singole 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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
I.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	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 stileria anche in comune con altre strutture e/o unità di offerta

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
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	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
			27	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
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
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
1. Idoneità all'uso delle strutture	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 disinfettabile
			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/ora (aria esterna senza ricircolo) 2 v/h - filtraggio aria media efficienza

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
1. Idoneità all'uso delle strutture	3A.03.01.04	L'organizzazione dispone di un Servizio disinfezione (si applica se la struttura non ha esternalizzato il servizio di disinfezione)	01	Il locali sono dotati di pavimenti antisdrucciolo nelle zone "sporco" con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi
			02	Sono disponibili attrezzature idonee
			03	Vi è evidenza che è garantita la separazione tra zone "sporco" e zone "pulito"
1. Idoneità all'uso delle strutture	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)	01	Il Servizio disinfezione è dotato di impianto ad aria compressa
			02	Il Servizio disinfezione è dotato di impianto di illuminazione di emergenza
			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
1. Idoneità all'uso delle strutture	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)	01	Vi è evidenza che l'Organizzazione ha verificato la conformità del servizio e delle attività a tutti i requisiti normativi
			02	E' adottata e immediatamente reperibile una procedura che definisce le modalità di trasporto del materiale
			03	Vi è evidenza che la procedura è conosciuta dal personale
			04	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 COMUNITA'				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
1. Idoneità all'uso delle strutture	3A.03.01.07	L'organizzazione dispone di un servizio cucina (si applica se la struttura non ha esternalizzato il servizio di cucina)	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
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
1. Idoneità all'uso delle strutture	3A.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
	3A.03.01.09	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 all'uso delle strutture	3A.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 OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
01. Idoneità all'uso delle strutture	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)	01	Il locali sono dotati di pavimenti antisdrucciolo nelle zone "sporco" con adeguate pendenze in modo da garantire i necessari scarichi
			02	Vi è evidenza del rispetto dei percorsi e dell'organizzazione delle attività conformemente all'articolazione del Servizio in zone progressivamente meno contaminate
			03	Il Servizio sterilizzazione è dotato di impianto ad aria compressa
			04	Il Servizio sterilizzazione è dotato di impianto di illuminazione di emergenza
			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
01. Idoneità all'uso delle strutture	3A.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)	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
1. Idoneità all'uso delle strutture	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 autoptico
			11	Se non sono presenti locali dedicati è garantita la possibilità di effettuare l'esame autoptico presso altra struttura interna al presidio o mediante convenzione

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
1. Idoneità all'uso delle strutture	3A.03.01.13	L'Organizzazione dispone di un servizio mortuario (si applica se la struttura non ha externalizzato il servizio mortuario)	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 ricircolo) 15 v/h

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
1. Idoneità all'uso delle strutture	3A.01.01.14	L'Organizzazione dispone di un servizio mortuario (si applica se la struttura ha esternalizzato il servizio mortuario)	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
			05	Vi è evidenza che è periodicamente controllato il funzionamento del sistema di rilevazione acustica e luminosa dei segni di vita
			06	Vi è evidenza che è garantito l'accesso ai locali senza interferenze con i percorsi interni 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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
05. Requisiti strutturali e tecnologici generali	3 A.03.05.01	La struttura dispone degli impianti e attrezzature necessari al funzionamento	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 3: Aspetti strutturali				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
13. Attrezzature sanitarie (dotazione minima)	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
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 4: Competenze del Personale				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
10. Dotazione di personale	3A.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	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 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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 5: Comunicazione				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
04.Modalità di coinvolgimento dei pazienti, dei familiari e dei caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
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	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.)

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
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	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 disinfettabili
			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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
2.Promozione della sicurezza e gestione dei rischi	3A.06.02.02	L'Organizzazione ha definito le modalità di gestione delle apparecchiature critiche	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
10. Procedure	3A.06.10.01	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
10. Procedure	3A.06.10.02	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 COMUNITA'				
Criterio 6: Appropriatazza clinica e sicurezza				
AREA	CODICE	REQUISITI	SUBCODICE EVIDENZA	EVIDENZE
10. Procedure	3A.06.10.03	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)	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
10. Procedure	3A.06.10.04	E' presente una procedura che definisce le modalità di sanificazione degli ambienti	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

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'accreditamento degli OSPEDALI DI COMUNITA'	
DEFINIZIONI	
OSPEDALE DI COMUNITA'	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

ALLEGATO B1-HCO - PRESTAZIONI

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

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

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

ALLEGATO B1-HCO-CRITERIO 6

Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie degli OSPEDALI DI COMUNITA'				
Criterio 6: Appropriatazza 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	Vi è evidenza che è garantita l'elaborazione di tabelle dietetiche, menù e diete speciali
			02	Vi è evidenza del rispetto di tabelle dietetiche, menù e diete speciali
12. Continuità assistenziale	4A.06.12.01	L'Organizzazione garantisce la corretta gestione della terapia	01	Vi è evidenza che la struttura utilizza la "Scheda Unica di Terapia"
			02	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