

DELIBERAZIONE N. VI/38133 del 6 agosto 1998

Oggetto: "Attuazione dell'articolo 12, comma 3 e 4, della l.r. 11.7.1997 n.31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie". (A seguito di parere della Commissione Consiliare competente)

VISTO l'art. 8, comma 4, del d.lgs. 30.12.92, n.502 e successive modifiche e integrazioni, che prevede la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi;

VISTO l'art. 8, comma 7, del d.lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, che prevede l'instaurazione di nuovi rapporti con le strutture pubbliche e private per l'erogazione delle prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione delle attività svolte e delle prestazioni erogate;

VISTA la l.r. 11.7.97 n. 31, "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali", che all'articolo 12, comma 2, stabilisce che "l'A.S.L. assicura ai propri assistiti l'erogazione delle prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, ospedaliera, contemplate dai livelli di assistenza, definiti dal piano sanitario nazionale e dalla programmazione regionale, attraverso l'instaurazione di nuovi rapporti fondati sull'accreditamento, sulla remunerazione delle prestazioni e sull'adozione del sistema di verifica della qualità previsti dall'art. 8, comma 7 dei decreti di riordino, nonché attraverso la gestione delle attività assegnate";

VISTO il d.p.r. 14.1.97 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

CONSIDERATO che, anche in virtù dell'art. 2, c. 1, del d.p.r. 14.1.97 - che fa salve le prescrizioni contenute nella normativa nazionale, regionale e nei regolamenti edilizi comunali - i citati requisiti minimi si affiancano a quelli definiti dalla normativa regionale attualmente vigente, nonché a quelli che derivassero da successive modifiche della stessa, e ciò con riferimento agli standard migliorativi rispetto al livello minimo, il cui possesso è condizione imprescindibile per l'esercizio dell'attività sanitaria;

EVIDENZIATO che sull'attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della legge regionale 11.07.1997, n. 31/97, sono stati adottati due provvedimenti, sottoposti al parere della Commissione Consiliare competente, aventi ad oggetto:

- D.G.R. n. 34308 del 23.01. 1998 "Attuazione dell'art. 12, comma 3 della l.r. 11.07.1997, n. 31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie";
- D.G.R. n. 37507 del 17.07.1998 "Attuazione dell'art. 12, comma 4 della l.r. 11.07.1997, n. 31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie che operano nell'area della salute mentale e pediatrica";

RILEVATO che la Commissione Consiliare competente, nelle sedute del 29.06.98 e del 29.07.98, rispettivamente sulla proposta di deliberazione n.34308/98 e sulla proposta di deliberazione n.37507/98, ha espresso parere favorevole all'ulteriore seguito dei provvedimenti, proponendo alcune modifiche che nel presente atto vengono integralmente recepite, fatta eccezione per quanto concerne l'emendamento: "area di degenza: sostituire il primo indicatore con in ogni unità operativa operano almeno un medico di I livello ogni 10 posti letto per specialità mediche e riabilitative e 2 medici ogni 15 posti letto per specialità chirurgiche e un dirigente medico di II livello per ogni area omogenea", in quanto il concetto di area omogenea non definisce nessuna articolazione organizzativa, univocamente identificabile, nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private;

RITENUTO, pertanto, di integrare, a seguito del parere espresso dalla Commissione Consiliare, il sopracitato indicatore, come segue: "in ogni Unità Operativa operano, accanto a un dirigente medico di II livello, almeno un medico di I livello ogni 10 posti letto per specialità mediche e riabilitative e due medici ogni 15 posti letto per specialità chirurgiche";

CONSIDERATA l'opportunità, nell'intento di facilitare da parte delle strutture sanitarie l'uniforme applicazione, di unificare, in sede di approvazione definitiva, le due proposte in un unico atto che disciplini l'intera materia dell'accreditamento, in quanto trattasi di due proposte che regolano la stessa materia rinviando la seconda proposta al percorso procedurale originario;

RITENUTO di unificare, pertanto, nel presente provvedimento le proposte di deliberazione sopra indicate, fermo restando tutte le specifiche indicazioni nelle medesime e negli allegati contenute;

PRESO ATTO dell'articolazione dell'allegato tecnico al d.p.r.14.1.97 in requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, generali e specifici per l'esercizio delle attività sanitarie;

VALUTATO, con riferimento all'art. 3, comma 3, del d.p.r. 14.1.97, di definire come segue i tempi massimi, per l'adeguamento delle strutture pubbliche e private, già autorizzate e in esercizio, ai requisiti minimi autorizzativi:

A. Soggetti pubblici e privati, già transitoriamente accreditati, per tutte le funzioni sanitarie autorizzate:

- requisiti minimi organizzativi generali: 180 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti minimi organizzativi specifici: 300 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti minimi strutturali e tecnologici, generali e specifici: 5 anni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL

B. Soggetti pubblici e privati già transitoriamente accreditati per la sola funzione di ricovero e cura

- requisiti minimi organizzativi generali: 180 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti minimi organizzativi specifici per le funzioni non già transitoriamente accreditate: dalla data di presentazione della istanza di accreditamento
- requisiti minimi organizzativi specifici per funzioni già transitoriamente accreditate: 300 giorni,

- dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti minimi strutturali e tecnologici, generali e specifici: 5 anni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL

C. Soggetti pubblici e privati, autorizzati e in esercizio, non transitoriamente accreditati:

- requisiti minimi organizzativi generali e specifici: al momento della presentazione dell'istanza di accreditamento
- requisiti minimi strutturali e tecnologici, generali e specifici: 5 anni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL

CONSIDERATO opportuno prevedere forme di incentivazione per l'adeguamento ai requisiti minimi strutturali e tecnologici, generali e specifici, previsti dal d.p.r. 14.1.1997 e dal presente provvedimento;

RITENUTO quindi di non applicare gli abbattimenti tariffari previsti in caso di superamento del tetto di sistema regionale ai soggetti di cui ai precedenti punti A-B-C qualora adeguino le proprie strutture ai requisiti minimi strutturali e tecnologici, generali e specifici, previsti dal d.p.r. 14.1.1997 e dal presente provvedimento, entro tre anni dalla pubblicazione del presente provvedimento, per i due esercizi successivi all'adeguamento;

VALUTATO, altresì, che i soggetti pubblici e privati non autorizzati ed i soggetti pubblici e privati autorizzati che richiedano ampliamento o trasformazione della struttura, ai sensi dell'art.3 c.2 del d.p.r. 14.1.97, devono essere in possesso, alla data di presentazione dell'istanza, dei requisiti autorizzativi previsti dal d.p.r. integrati, laddove migliorativi, con i requisiti stabiliti dalla normativa regionale in vigore;

RITENUTO, inoltre, con riferimento all'art. 3, comma 3, del d.p.r. 14.1.97, di definire in cinque anni il tempo massimo, per l'adeguamento delle strutture private, già autorizzate e in esercizio, che non presentino istanza di accreditamento ai requisiti minimi autorizzativi;

VISTO in particolare l'art. 2, comma 4, del citato d.p.r. il quale stabilisce che le regioni determinano gli standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO di strutture pubbliche e private in possesso dei requisiti minimi per l'autorizzazione;

PRESO ATTO che detto articolo 2 stabilisce, al comma 5, che le regioni, nella determinazione degli ulteriori requisiti, devono attenersi a criteri generali volti ad assicurare:

- che l'accREDITAMENTO della singola struttura sia funzionale alle scelte di programmazione regionale, nell'ambito delle linee di programmazione nazionale;
- che il regime di concorrenzialità tra strutture pubbliche e private sia finalizzato alla qualità delle prestazioni sanitarie e si svolga secondo il criterio dell'eguaglianza di diritti e doveri delle diverse strutture, quale presupposto per la libera scelta da parte dell'assistito;
- che sia rispettato il livello quantitativo e qualitativo di dotazioni strumentali, tecnologiche e amministrative correlate alla tipologia delle prestazioni erogabili, nonché alla classe di appartenenza della struttura;
- che le strutture richiedenti presentino risultanza positiva rispetto al controllo di qualità anche con riferimento agli indicatori di efficienza e di qualità dei servizi e delle prestazioni previsti dagli articoli 10, comma 3, e 14, comma 1 del d.lgs. 30.12.92 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

PRESO ATTO di quanto disposto dall'art. 12, comma 3, della l.r. 11.7.97, n. 31, la quale prevede che al fine di ottenere l'accreditamento le strutture devono essere in possesso, tra l'altro, dei seguenti requisiti strutturali, organizzativi e funzionali:

- a) disporre di servizi diagnostici e di supporto alla degenza adeguati alla complessità della struttura;
- b) disporre delle dotazione tecnologiche necessarie in funzione delle patologie trattate;
- c) disporre del personale sanitario, professionale e tecnico commisurato, nel numero e nella qualificazione professionale, alle attività e prestazioni erogate;
- d) disporre di un servizio di pronto soccorso classificato secondo la complessità delle prestazioni erogabili, esclusi i servizi specializzati non interessati all'attività di emergenza ed individuato dalla programmazione regionale;

CONSIDERATO di ammettere al processo di accreditamento solo quei soggetti pubblici e privati che abbiano finalità esclusivamente sanitarie, escludendo, in particolare, quei soggetti che erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali nella branca della medicina fisica e riabilitazione in strutture ove si svolgono anche attività sportive, ludiche, estetiche;

VISTO il comma 4 dell'art.12 sopracitato, dove si dispone che la Giunta regionale, sentita la Commissione Consiliare competente, approvi gli indicatori dei requisiti funzionali e organizzativi definiti al comma 3 dello stesso articolo, e ciò nei termini previsti dal d.p.r. 14 gennaio 1997;

PRESO ATTO che, al fine di dare attuazione alla l.r. 31/97 è stato costituito presso la Direzione Generale Sanità un "Gruppo di lavoro di coordinamento interdisciplinare per l'attuazione della nuova normativa regionale e statale in materia sanitaria" e che tale gruppo di lavoro coordina sottogruppi cui è stato demandato l'approfondimento delle varie problematiche inerenti l'applicazione della l.r.31/97;

VISTO il documento elaborato dal sottogruppo per l'accreditamento delle strutture sanitarie, documento di seguito denominato **allegato 1**, con il quale sono definiti i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali e specifici, e relativi indicatori, per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private;

PRESO ATTO che i requisiti contenuti nell'allegato 1 rappresentano un coerente sviluppo di quanto indicato al comma 3 dell'art.12 della l.r.31/97 e, in particolare, ribadiscono l'articolazione delle strutture deputate all'emergenza urgenza in quattro livelli di operatività, definizione preliminare alla identificazione della rete dell'emergenza urgenza operata attraverso un atto programmatico, subordinato al parere della III Commissione, emanato in attuazione del punto 2 della deliberazione n.27099 dell'8 aprile 1997;

TENUTO CONTO della peculiarità della materia trattata dalle:

- DCR V/1329 del 30.01.1995 "Progetto obiettivo tutela socio-sanitaria dei malati di mente triennio 95/97";
- DCR V/1438 del 08.03.1995 "Progetto obiettivo per la tutela della salute della donna, dell'infanzia e dell'adolescenza";

RITENUTO di approvare l'**allegato 1**, parte integrante e sostanziale del presente atto, e, conseguentemente, di dare avvio al processo di accreditamento, così come definito dai commi 3 e seguenti dell'articolo 12, l.r. 31/97;

VALUTATO di definire come segue i tempi massimi, per l'adeguamento delle strutture pubbliche e

private agli ulteriori requisiti previsti dall'allegato 1 alla presente deliberazione:

A. Soggetti pubblici e privati, già transitoriamente accreditati

- requisiti organizzativi e funzionali generali: 180 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti organizzativi e funzionali specifici: 300 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti strutturali e tecnologici, generali e specifici: 5 anni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL

In caso di ampliamento e/o trasformazione, dovrà essere garantito al momento della presentazione dell'istanza di accreditamento, il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici, per quelle funzioni oggetto di ampliamento e/o trasformazione.

B. Soggetti pubblici e privati già transitoriamente accreditati per la sola funzione di ricovero e cura

- requisiti minimi organizzativi generali: 180 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti minimi organizzativi specifici per le funzioni non già transitoriamente accreditate: al momento della presentazione istanza di accreditamento
- requisiti minimi organizzativi specifici per funzioni già transitoriamente accreditate: 300 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti minimi strutturali e tecnologici, generali e specifici: 5 anni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL

In caso di ampliamento e/o trasformazione, dovrà essere garantito al momento della presentazione dell'istanza di accreditamento, il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici, per quelle funzioni oggetto di ampliamento e/o trasformazione.

C. Soggetti pubblici e privati, autorizzati e in esercizio, non transitoriamente accreditati

- requisiti organizzativi generali: al momento della presentazione istanza di accreditamento
- requisiti organizzativi specifici: al momento della presentazione istanza di accreditamento
- requisiti strutturali e tecnologici, generali e specifici: 5 anni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL

In caso di ampliamento e/o trasformazione, dovrà essere garantito al momento della presentazione dell'istanza di accreditamento, il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici, per quelle funzioni oggetto di ampliamento e/o trasformazione.

D. Soggetti pubblici e privati non autorizzati

- requisiti organizzativi generali: al momento della presentazione istanza di accreditamento
- requisiti organizzativi specifici: al momento della presentazione istanza di accreditamento
- requisiti strutturali e tecnologici, generali e specifici: al momento della presentazione istanza di accreditamento

PRESO ATTO che l'art. 12 della l.r. 31/97 disciplina la procedura per l'accreditamento, che avviene con provvedimento della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, in seguito a richiesta inoltrata dal legale rappresentante delle strutture interessate;

CONSIDERATA l'opportunità di declinare il percorso procedurale preordinato all'emanazione dei provvedimenti di accreditamento;

RITENUTO, a tal fine, di inserire tali specificazioni nel documento **allegato 2**, parte integrante e sostanziale del presente atto;

RICHIAMATO il comma 3, ultimo capoverso, dell'art. 12 l.r. 31/97 che stabilisce che "le strutture pubbliche regolarmente autorizzate ed in possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali di cui sopra sono iscritte di diritto al registro delle strutture accreditate";

RITENUTO di istituire, presso la Direzione Generale Sanità, il Registro Regionale delle strutture accreditate, indicato ai commi 3, 4 e 5 dell'art 12, l.r. 31/97, in cui dovranno essere iscritte, oltre alle strutture pubbliche sopra dette, anche le strutture private che ottengano il provvedimento regionale di accreditamento;

RICHIAMATO il comma 6 del più volte citato art. 12 l.r.31/97, laddove si prevede che, ai fini della richiesta di accreditamento, il possesso dei requisiti può essere oggetto di autocertificazione da parte del soggetto erogatore, e che la regione, attraverso appropriati sistemi ispettivi e di controllo, e avvalendosi delle ASL, verifica, entro 180 giorni dal deposito della richiesta di iscrizione al registro regionale delle strutture accreditate, il possesso dei requisiti per l'accREDITAMENTO e la loro permanenza nel tempo;

CONSIDERATO che l'avvio del processo di accreditamento richiederà tempi tecnici procedurali, nei quali il regime di transitorio accreditamento attualmente in essere, non potrebbe venire meno senza penalizzare l'erogazione di prestazioni sanitarie;

DATO ATTO che nel tempo intercorso tra l'approvazione della proposta di deliberazione effettuata dalla Giunta regionale in data 23.1.98 e la situazione attuale, si è rilevata la necessità di chiarire e integrare la procedura di attuazione di cui all'Allegato 2), come segue:

- esclusivamente le strutture transitoriamente accreditate sono tenute a presentare la istanza di accreditamento entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento; la mancata presentazione dell'istanza entro i predetti 60 giorni determina l'automatica decadenza dei soggetti dal transitorio accreditamento. La declaratoria di decadenza avviene con provvedimento della Giunta, da comunicare alla struttura interessata e alla ASL competente;
- le altre strutture non transitoriamente accreditate ed eventualmente anche quelle già transitoriamente accreditate, decadute per non aver presentato la istanza nei 60 giorni previsti, possono, anche successivamente, senza vincoli di tempo, presentare l'istanza per richiedere l'accREDITAMENTO con la stessa procedura;
- per l'iscrizione nel Registro Regionale previsto al punto 11) del presente provvedimento, la struttura privata dovrà presentare richiesta contestualmente all'istanza per l'accREDITAMENTO;
- le strutture iscritte nel Registro Regionale, già precedentemente accreditate in via transitoria, continuano ad erogare le prestazioni a carico del S.S.N. fino alla stipula dei nuovi rapporti con le Aziende sanitarie locali di cui all'articolo 12, comma 5 della legge regionale 31/97, e per un periodo, comunque, non superiore a giorni 120 dalla data di iscrizione in detto registro;
- di ritenere autorizzate, esclusivamente ai fini del percorso procedurale di cui all'art.12 della l.r. 31/97, le funzioni sanitarie, oggetto di specifica istanza in istruttoria presso il competente servizio dell'assessorato, per le quali l'Asl competente abbia già espresso, alla data odierna, parere favorevole in ordine al possesso dei requisiti di cui alla l.r. 7/90 e al d.p.r. 14.1.97;

VALUTATA la necessità che le strutture sanitarie che richiedono l'accREDITAMENTO predispongano, anche su supporto magnetico, utilizzando esclusivamente il software fornito dalla Direzione

Generale Sanità, l'istanza di accreditamento con l'indicazione delle attività che intendono accreditare con il Servizio Sanitario Nazionale e l'autocertificazione dei requisiti posseduti e i piani di adeguamento ai requisiti stessi.

CONSIDERATO di dare mandato alla Direzione Generale Sanità di assumere le ulteriori determinazioni necessarie alla piena attuazione del presente provvedimento;

RITENUTO, inoltre, di individuare, nella data di pubblicazione sul BURL del presente provvedimento, il termine ultimo per i provvedimenti attuativi della d.g.r. 23995 del 13.1.1997 "Determinazioni in merito alle disposizioni di cui all'art.8, comma 5 dei decreti legislativi 502/92 e successive modifiche relativamente all'istituto dell'accreditamento";

DATO ATTO che le modalità ispettive e di controllo dei requisiti verranno definite con separato provvedimento;

DATO ATTO che la presente deliberazione non è soggetta a controllo ai sensi dell'art. 17, comma 32, della l. 15.5.97, n. 127;

A voti unanimi, espressi ai sensi di legge;

DELIBERA

1. Di dare atto che il presente provvedimento costituisce attuazione del d.p.r. 14.1.97 e che i requisiti minimi stabiliti da detto d.p.r. si affiancano a quelli definiti dalla normativa regionale attualmente vigente, nonché a quelli che derivassero da successive modifiche della stessa, e ciò con riferimento agli standard migliorativi rispetto al livello minimo, il cui possesso è condizione imprescindibile per l'esercizio dell'attività sanitaria.
2. Di evidenziare che sull'attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della legge regionale 11.07.1997, n. 31/97, sono stati adottati due provvedimenti, sottoposti al parere della Commissione Consiliare competente, aventi ad oggetto:
 - D.G.R. n. 34308 del 23.01. 1998 "Attuazione dell'art. 12, comma 3 della l.r 11.07.1997, n. 31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie";
 - D.G.R. n. 37507 del 17.07.1998 "Attuazione dell'art. 12, comma 4 della l.r. 11.07.1997, n. 31. Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie che operano nell'area della salute mentale e pediatrica";
3. Di rilevare che la Commissione Consiliare competente, nelle sedute del 29.06.98 e del 29.07.98, rispettivamente sulla proposta di deliberazione n.34308/98 e sulla proposta di deliberazione n.37507/98, ha espresso parere favorevole all'ulteriore seguito dei provvedimenti, proponendo alcune modifiche che nel presente atto vengono integralmente recepite, ad eccezione del primo requisito dell'area di degenza che viene così integrato: "in ogni Unità Operativa operano, accanto a un dirigente medico di II livello, almeno un medico di I livello ogni 10 posti letto per specialità mediche e riabilitative e due medici ogni 15 posti letto per specialità chirurgiche";
4. Di unificare le proposte indicate al precedente punto 2) in un unico atto che disciplini l'intera materia dell'accreditamento, in quanto trattasi di due proposte che regolano la stessa materia ed

hanno identico percorso procedurale, da richiedere, pertanto, per agevolare l'attuazione, l'unificazione nello stesso provvedimento, fermo restando tutte le specifiche indicazioni nelle medesime e negli allegati contenute;

5. Di definire, con riferimento all'art. 3, commi 3 e 4, del d.p.r. 14.1.97, come segue i tempi massimi per l'adeguamento delle strutture pubbliche e private, già autorizzate e in esercizio, ai requisiti minimi autorizzativi:

A. Soggetti pubblici e privati, già transitoriamente accreditati, per tutte le funzioni sanitarie autorizzate:

- requisiti minimi organizzativi generali: 180 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti minimi organizzativi specifici: 300 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti minimi strutturali e tecnologici, generali e specifici: 5 anni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL

B. Soggetti pubblici e privati già transitoriamente accreditati per la sola funzione di ricovero e cura

- requisiti minimi organizzativi generali: 180 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti minimi organizzativi specifici per le funzioni non già transitoriamente accreditate: dalla data di presentazione della istanza di accreditamento
- requisiti minimi organizzativi specifici per funzioni già transitoriamente accreditate: 300 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti minimi strutturali e tecnologici, generali e specifici: 5 anni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL

C. Soggetti pubblici e privati, autorizzati e in esercizio, non transitoriamente accreditati:

- requisiti minimi organizzativi generali e specifici: al momento della presentazione dell'istanza di accreditamento
- requisiti minimi strutturali e tecnologici, generali e specifici: 5 anni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL

6. Di stabilire che i soggetti pubblici e privati non autorizzati ed i soggetti pubblici e privati autorizzati che richiedano ampliamento o trasformazione della struttura, ai sensi dell'art3 c.2 del d.p.r. 14.1.97, devono essere in possesso, alla data di presentazione dell'istanza di accreditamento, dei requisiti autorizzativi previsti dal d.p.r. integrati, laddove migliorativi, con i requisiti stabiliti dalla normativa regionale in vigore.

7. Di definire in cinque anni il tempo massimo, per l'adeguamento delle strutture private, già autorizzate e in esercizio, che non presentino istanza di accreditamento ai requisiti minimi autorizzativi.

8. Di approvare l'**allegato 1**, parte integrante e sostanziale del presente atto, con il quale vengono definiti i requisiti strutturali tecnologici e organizzativi generali e specifici, e relativi indicatori, per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie pubbliche e private.

9. Di definire come segue i tempi massimi per l'adeguamento delle strutture pubbliche e private agli ulteriori requisiti previsti per l'accREDITAMENTO:

A. Soggetti pubblici e privati, già transitoriamente accreditati

- requisiti organizzativi e funzionali generali: 180 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti organizzativi e funzionali specifici: 300 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti strutturali e tecnologici, generali e specifici: 5 anni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL

In caso di ampliamento e/o trasformazione, dovrà essere garantito al momento della presentazione dell'istanza di accreditamento, il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici, per quelle funzioni oggetto di ampliamento e/o trasformazione.

B. Soggetti pubblici e privati già transitoriamente accreditati per la sola funzione di ricovero e cura

- requisiti minimi organizzativi generali: 180 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti minimi organizzativi specifici per le funzioni non già transitoriamente accreditate: al momento della presentazione istanza di accreditamento
- requisiti minimi organizzativi specifici per funzioni già transitoriamente accreditate: 300 giorni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL
- requisiti minimi strutturali e tecnologici, generali e specifici: 5 anni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL

In caso di ampliamento e/o trasformazione, dovrà essere garantito al momento della presentazione dell'istanza di accreditamento, il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici, per quelle funzioni oggetto di ampliamento e/o trasformazione.

C. Soggetti pubblici e privati, autorizzati e in esercizio, non transitoriamente accreditati

- Requisiti organizzativi generali: al momento della presentazione istanza di accreditamento
- requisiti organizzativi specifici: al momento della presentazione istanza di accreditamento
- requisiti strutturali e tecnologici, generali e specifici: 5 anni, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul BURL

In caso di ampliamento e/o trasformazione, dovrà essere garantito al momento della presentazione dell'istanza di accreditamento, il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi specifici, per quelle funzioni oggetto di ampliamento e/o trasformazione.

D. Soggetti pubblici e privati non autorizzati

- requisiti organizzativi generali: al momento della presentazione istanza di accreditamento
- requisiti organizzativi specifici: al momento della presentazione istanza di accreditamento
- requisiti strutturali e tecnologici, generali e specifici: al momento della presentazione istanza di accreditamento

10. Di approvare l'**allegato 2**, parte integrante e sostanziale del presente atto, contenente la specificazione del percorso procedurale preordinato all'emanazione dei provvedimenti di accreditamento.

11. Di istituire presso la Direzione Generale Sanità, il registro regionale delle strutture accreditate, indicato ai commi 3, 4 e 5 dell'art 12, l.r. 31/97, in cui dovranno essere iscritte, oltre alle strutture pubbliche sopra dette, anche le strutture private che ottengano il provvedimento regionale di accreditamento.

12. Di dare atto che nel tempo intercorso tra l'approvazione della proposta di deliberazione effettuata dalla Giunta Regionale in data 23.1.98 e la situazione attuale, si è rilevata la

necessità di chiarire e integrare la procedura di attuazione di cui all'Allegato 2), come segue:

- esclusivamente le strutture transitoriamente accreditate sono tenute a presentare la istanza di accreditamento entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento; la mancata presentazione dell'istanza entro i predetti 60 giorni determina l'automatica decadenza dei soggetti dal transitorio accreditamento. La declaratoria di decadenza avviene con provvedimento della Giunta, da comunicare alla struttura interessata e alla ASL competente;
 - le altre strutture non transitoriamente accreditate ed eventualmente anche quelle già transitoriamente accreditate, decadute per non aver presentato la istanza nei 60 giorni previsti, possono, anche successivamente, senza vincoli di tempo, presentare l'istanza per richiedere l'accredimento con la stessa procedura;
 - per l'iscrizione nel Registro Regionale previsto al punto 11) del presente provvedimento, la struttura privata dovrà presentare richiesta contestualmente all'istanza per l'accredimento;
 - le strutture iscritte nel Registro Regionale, già precedentemente accreditate in via transitoria, continuano ad erogare le prestazioni a carico del S.S.N. fino alla stipula dei nuovi rapporti con le Aziende sanitarie locali di cui all'articolo 12, comma 5 della legge regionale 31/97, e per un periodo, comunque, non superiore a 120 giorni dalla data di iscrizione in detto registro;
 - di ritenere autorizzate, esclusivamente ai fini del percorso procedurale di cui all'art.12 della l.r. 31/97, le funzioni sanitarie, oggetto di istanza in istruttoria presso il competente servizio dell'assessorato, per le quali l'Asl competente abbia già espresso, alla data odierna, parere favorevole in ordine al possesso dei requisiti di cui alla l.r. 7/90 e ad d.p.r. 14.1.97;
13. Di impegnare le strutture sanitarie che richiedono l'accredimento a predisporre su supporto magnetico, utilizzando esclusivamente il software fornito dalla Direzione Generale Sanità, l'istanza di accreditamento con l'indicazione delle attività che intendono accreditare con il Servizio Sanitario Nazionale e l'autocertificazione dei requisiti posseduti e i piani di adeguamento ai requisiti stessi.
 14. Di disporre che, dalla data di pubblicazione del presente provvedimento e degli allegati 1 e 2, parti integranti e sostanziali del medesimo sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, ed entro 60 giorni da detta pubblicazione per le strutture transitoriamente accreditate, sarà possibile inoltrare domanda per l'accredimento da parte delle strutture che erogano le prestazioni previste dall'art. 12, comma 2, della l.r. 31/97, riportato in premessa.
 15. Di individuare nella data di pubblicazione sul BURL del presente provvedimento, il termine ultimo per i provvedimenti attuativi della d.g.r. 23995 del 13.1.1997 "Determinazioni in merito alle disposizioni di cui all'art.8, comma 5, dei decreti legislativi.502/92 e successive modificazioni, relativamente all'istituto dell'accredimento".
 16. Di dare mandato alla Direzione Generale Sanità di assumere le ulteriori determinazioni necessarie alla piena attuazione del presente provvedimento.

IL SEGRETARIO

ALLEGATO 1

**Requisiti organizzativi strutturali e tecnologici generali e specifici per
l'accreditamento.**

Ulteriori requisiti organizzativi - generali

**ULTERIORI REQUISITI
ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI
GENERALI**

POLITICHE AZIENDALI

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|---|
| Esistenza di una chiara missione aziendale con l'indicazione delle finalità e degli obiettivi prioritari della struttura | Documento sulle politiche aziendali, predisposto dalla Direzione, in cui siano esplicitati la missione e gli obiettivi prioritari della struttura |
| Revisione delle politiche aziendali con periodicità almeno triennale | Ogni tre anni la Direzione adotta una nuova edizione del documento sulle politiche aziendali |
| Esistenza di azioni che garantiscano un elevato livello di diffusione delle informazioni inerenti le politiche aziendali | Documentazione atta a comprovare la diffusione del documento sulle politiche aziendali. Ogni edizione del documento è distribuita ad almeno il 60% degli operatori, entro due mesi dalla adozione da parte della Direzione |

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|---|
| Analisi organizzativa e identificazione delle responsabilità organizzative in capo ai diversi ambiti in cui si articola la struttura | Documento che esplicita l'articolazione organizzativa aziendale individuando i responsabili per ciascuna unità organizzativa. Il documento dovrà indicare il piano dei centri di responsabilità e dei centri di costo |
| Attivazione di un processo di controllo di gestione di tipo budgetario | Documento annuale che esprime gli obiettivi di budget in capo a ciascun centro di responsabilità, con riguardo sia ai livelli di attività attesi che alle risorse assegnate. Tale documento deve essere disponibile entro il 30 maggio di ogni esercizio |
| Attivazione di un sistema di periodica verifica della coerenza tra gli obiettivi ed i risultati | Esistenza di un sistema di report trimestrali per ciascun centro responsabilità e di costo |

PROCEDURE ORGANIZZATIVE

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|---|
| Esistenza di procedure inerenti la gestione delle liste d'attesa | Registrazione delle prenotazioni e definizione delle modalità di revisione periodica per prestazioni con tempo d'attesa superiore a un mese |
| Esistenza di modalità codificate per l'accoglienza, la presa in carico e la dimissione dei pazienti | Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori i protocolli inerenti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente |
| Esistenza di modalità codificate per lo svolgimento di attività particolarmente critiche | <p>Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità - prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento - smaltimento dei rifiuti - istruzioni operative di disinfezione e sterilizzazione - gestione dei farmaci |
| Modalità per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica | Presso ogni unità operativa sono a disposizione: protocolli organizzativi inerenti la conservazione, gestione dei farmaci, dei dispositivi medici; le procedure per il richiamo dei farmaci e dispositivi medici e prodotti diagnostici |
| Esistenza di modalità codificate di gestione dei documenti comprovanti l'attività sanitaria | Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della cartella clinica |
| Esistenza di una procedura per ordinare i beni di consumo, che deve essere nota ai responsabili dei centri di responsabilità | Protocollo di acquisizione dei beni di consumo, inviato ai responsabili dei centri di responsabilità |

SISTEMA INFORMATIVO

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|---|
| Esistenza di un Responsabile del Servizio Informativo | Atto di nomina o contratto del Responsabile del Servizio Informativo |
| Adozione di Sistema informativo | Documento di descrizione del sistema nel quale si attesti la compatibilità con il Sistema Informativo sanitario della Regione Lombardia |
| Esistenza dell'analisi del flusso informativo in relazione alle informazioni interne, in entrata ed in uscita | Documento con aggiornamento biennale |
| Esistenza dell'analisi delle dotazioni di Hardware e Software | Documento, con aggiornamento almeno annuale, inerente le dotazioni di Hardware e Software |
| Esistenza della programmazione relativa all'aggiornamento ed alla sostituzione delle dotazioni di Hardware e Software ed all'aggiornamento del personale | Piano degli investimenti, con aggiornamento almeno triennale, inerente la dotazione di Hardware e Software e relativo aggiornamento del personale |
| Esiste l'analisi dello stato di adeguamento alla Legge 675/96 | Piano di adeguamento alla Legge 675/96, almeno semestrale |

PERSONALE: VALUTAZIONE E FORMAZIONE

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|---|
| Esistenza di un piano di inserimento per gli operatori di nuovo arruolamento | Protocollo di inserimento adottato per tutti gli operatori inseriti nella struttura nel periodo considerato |
| Redazione di un piano di formazione degli operatori | Documento, con aggiornamento annuale, nel quale siano esplicitati, per ogni intervento formativo, la definizione degli obiettivi di apprendimento e il piano di valutazione del loro raggiungimento. Dimostrazione che annualmente almeno il 5% degli operatori ha frequentato corsi |

RISORSE TECNOLOGICHE: RESPONSABILITA' E PROTOCOLLI PER IMPIANTI E ATTREZZATURE

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|--|
| Esistenza di uno o più Responsabili delle risorse tecnologiche | Atto di nomina o contratto di uno o più Responsabili delle risorse tecnologiche |
| Il/i Responsabile/i risponde/ono del controllo, dell'installazione, della gestione, della manutenzione ordinaria e straordinaria di impianti e attrezzature | Documento in cui vengono comunicati al /i Responsabile/i i compiti (allegata ricevuta di ritorno) |
| Conoscenza, da parte degli operatori, di chi è/sono il/i Responsabile/i | Circolare informativa al personale con indicazione dei responsabili, e compiti assegnati |
| Esiste evidenza delle attrezzature utilizzate/funzionanti | Inventario dal quale risulti, per ciascuna attrezzatura, l'assegnazione al centro di responsabilità |
| Esistenza di Linee Guida o Protocolli, a disposizione del personale utilizzatore, inerenti l'utilizzo di impianti e attrezzature ritenute pericolose, così come definite nella relazione sulla valutazione dei rischi come da d.lgs.626/94 | Linee Guida o Protocolli trasmessi ai responsabili delle Unità Operative utilizzatrici |
| Esistenza di documentazione relativa agli interventi di manutenzione effettuati | Scheda d'intervento relativa all'impianto o all'attrezzatura sottoposta a manutenzione, con descrizione e data dell'intervento. La scheda è sottoscritta dal tecnico che ha eseguito l'intervento |

VALUTAZIONE DELLA QUALITA'

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|--|
| Definizione della responsabilità per la valutazione e il miglioramento della qualità | Atto di identificazione del responsabile della qualità aziendale |
| Attivazione di programmi di valutazione e miglioramento della qualità | <p>Annualmente sono effettuati almeno 2 programmi di miglioramento della qualità all'anno. Uno dei programmi deve riguardare una delle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> - uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati - controllo delle infezioni ospedaliere - razionale utilizzo dei farmaci - appropriatezza dei ricoveri - appropriatezza delle indagini diagnostiche ad alto costo (TAC, RMN, Angioplastica ecc.) |
| Esistenza di un sistema di periodica verifica della documentazione sanitaria | Esistenza di periodiche verifiche (almeno una a semestre) della completezza della documentazione sanitaria con relazione opportunamente documentata e motivata |
| Esistenza di gruppi di miglioramento della qualità | Presenza di almeno 3 gruppi di miglioramento della qualità di cui sia documentata l'attività svolta |
| <p>Esistenza di un sistema di indagini per la valutazione della soddisfazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - degli utenti - degli operatori | Presenza di un sistema di distribuzione, raccolta ed elaborazione di questionari, reclami ed interviste in misura pari al 10% dei pazienti trattati nella singola unità operativa in ogni semestre |
| Attivazione di momenti di comunicazione dei risultati raggiunti nel miglioramento della qualità | Presenza di almeno un momento annuo di comunicazione dei risultati raggiunti, sia all'esterno che all'interno della struttura, dimostrato da relazione documentata |
| Esiste evidenza riepilogativa annuale delle azioni legali promosse contro la struttura, per casi di responsabilità professionale | Elenco riepilogativo annuale per settore (dipartimento o area omogenea o unità operativa) delle azioni legali subite |

COMUNICAZIONE E TUTELA DEL CITTADINO

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|--|
| Esistenza di un piano di comunicazione aziendale triennale | Atto di assunzione del piano di comunicazione aziendale |
| Esistenza di un referente per la comunicazione | Atto di individuazione |
| Esistenza di un Ufficio Relazioni con il Pubblico | Atto di istituzione con esplicitazione delle regole di funzionamento |
| Esistenza di un Ufficio di Pubblica Tutela | Istituzione con esplicitazione delle regole di funzionamento |
| Redazione della Carta dei Servizi in conformità alle indicazioni regionali e diffusione dei contenuti all'esterno dell'azienda | Distribuzione della Carta a: <ul style="list-style-type: none"> • Istituzioni del territorio • Associazioni di Volontariato • Uffici di Pubblica Tutela • Medici di Medicina Generale • Pediatri di libera scelta Questionari, a periodicità annuale, atti a verificare la diffusione dell'informazione |
| Coinvolgimento degli operatori nella predisposizione ed aggiornamento della Carta dei Servizi | Atto di istituzione di un nucleo permanente per la Carta dei Servizi secondo le indicazioni regionali. |
| Segnaletica orientata a favorire l'accesso agli utenti | Presenza di cartellonistica e segnaletica in grado di orientare l'utente all'interno della struttura e verso l'uscita |
| Esistenza di strumenti informativi finalizzati alla trasparenza dell'atto sanitario ed a garantire il consenso informato | Presenza di una guida riferita almeno ad uno dei seguenti eventi: <ul style="list-style-type: none"> - ricovero - prestazione ambulatoriale Presenza di documenti per l'acquisizione del consenso informato |

SICUREZZA

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|--|
| Esistenza del Servizio di Prevenzione e Protezione | Atto di costituzione |
| Esistenza di un Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione | Atto di nomina o contratto |
| Esistenza della relazione sulla valutazione dei rischi | Documento aggiornato con cadenza annuale |
| Esistenza del medico competente | Atto di nomina o contratto |
| Esistenza degli incaricati per la prevenzione incendi, la lotta antincendi e l'evacuazione | Atto di nomina degli incaricati, in numero adeguato alle caratteristiche della struttura Piano di addestramento all'emergenza |
| Esistenza dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza | Atto di nomina dei rappresentanti designati dai lavoratori |

**ULTERIORI REQUISITI
STRUTTURALI**

| | |
|---|--|
| | <p>caratteristiche igrometriche: temperatura interna invernale ed estiva 20-24°C umidità relativa invernale ed estiva 40-60% ricambi ora 15 v/h di aria esterna; eventualmente può essere prevista, in parallelo, una capacità di ricircolo, solo qualora si realizzi una camera a flusso laminare e vengano previsti idonei sistemi di controllo della contaminazione batterica in rispetto della classe di purezza prevista (viene adottata, nelle more di normativa UNI, la classificazione delle camere bianche-Federal Standard 209)</p> |
| <p>2- RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA</p> | <p>La sala di rianimazione o di terapia intensiva deve avere una dimensione minima di 10 mq/p.l.</p> |
| <p>3- AREA COSTRUTTIVA: dotazione di verde e di parcheggi</p> | <p>Ogni nuovo insediamento ospedaliero deve prevedere una dotazione di parcheggi minima pari al 40% della S.l.p., divisa in zona dedicata agli operatori e zona dedicata agli utenti; la distanza massima dall'entrata del presidio deve assicurare l'usufruibilità dell'intera area di parcheggio.</p> <p>Ogni nuovo insediamento ospedaliero deve prevedere una dotazione a verde minima pari al 20% della S.l.p. Nelle strutture esistenti, ove sia previsto l'aumento della cubatura o ove sia prevista la ristrutturazione di una parte significativa con diminuzione della cubatura, dovrà essere gradualmente migliorata la dotazione di parcheggi fino al raggiungimento del 30% della S.l.p. e dovrà essere prevista una adeguata area verde. Nelle aree densamente urbanizzate, ai sensi della normativa vigente, a fronte di una dimostrata impossibilità di reperimento delle aree dedicate a verde ed a parcheggi, può essere concessa deroga dalla Direzione Generale alla Sanità, sulla base di valutazioni alternative di raggiungibilità ed usufruibilità della struttura</p> |

**ULTERIORI REQUISITI
ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI
SPECIFICI**

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Tutte le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, sia all'interno di strutture di ricovero e cura che in strutture esclusivamente ambulatoriali, devono possedere gli ulteriori requisiti organizzativi generali.

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|--|
| Il livello di assistenza specialistica ambulatoriale, assicurato in Regione Lombardia, è definito dall'insieme di prestazioni comprese nel nomenclatore tariffario | Le prestazioni erogate sono quelle contenute nella/e branca/che specialistica/che del nomenclatore tariffario regionale per la/le quale/li la struttura è accreditata |
| L'attività di ciascun ambulatorio deve essere garantita da personale medico in possesso della specializzazione per la relativa disciplina | Durante l'attività di ciascun ambulatorio, è presente almeno un medico, in possesso della specializzazione nella disciplina di branca/che a cui afferiscono le prestazioni ambulatoriali erogate |
| L'assistenza infermieristica deve essere garantita durante tutto l'orario di accesso dell'utenza | Durante l'orario di accesso dell'utenza, è presente almeno un infermiere professionale |
| Deve essere reso noto all'utenza l'orario di accesso alle prestazioni, l'elenco delle specialità disponibili con le indicazioni delle modalità di prenotazione e dei tempi di consegna dei referti | Tramite apposita segnaletica l'utenza è informata circa l'orario di accesso alle prestazioni, l'elenco delle specialità disponibili, le modalità di prenotazione e i tempi di consegna dei referti |

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Tutte le strutture che erogano prestazioni di diagnostica per immagini, sia all'interno di strutture di ricovero e cura che in strutture esclusivamente ambulatoriali, devono possedere gli ulteriori requisiti organizzativi generali.

| REQUISITO | INDICATORE |
|---|--|
| Il livello di assistenza specialistica ambulatoriale, assicurato in Regione Lombardia, è definito dall'insieme di prestazioni comprese nel nomenclatore tariffario | Le prestazioni erogate sono quelle contenute nel nomenclatore tariffario regionale alla branca specialistica "Diagnostica per immagini: radiologia diagnostica" |
| L'attività diagnostica deve essere garantita da personale medico in possesso della specializzazione per la relativa disciplina | Durante lo svolgimento dell'attività diagnostica è presente almeno un medico, in possesso della specializzazione prevista |
| Deve essere prevista la presenza di almeno un tecnico di radiologia, in possesso dei titoli di studio previsti per legge, per tutto l'orario dell'attività diagnostica | Durante l'orario dell'attività diagnostica, deve essere presente almeno un tecnico di radiologia, ad esclusione dell'attività di ecografia che può essere assicurata dal solo medico |
| Interventi diagnostici e/o terapeutici di carattere invasivo che richiedono l'osservazione del paziente possono essere effettuati solo sotto la supervisione di un medico anestesista rianimatore | Deve essere prevista la presenza di un medico in possesso della specializzazione in anestesia e rianimazione durante lo svolgimento di indagini di carattere invasivo sul sistema cardio-vascolare e di indagini di neuro-radiologia |
| Deve essere reso noto all'utenza l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione e dei tempi di consegna dei referti | Tramite apposita segnaletica l'utenza è informata circa l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione e i tempi di consegna dei referti |

MEDICINA DI LABORATORIO

Tutte le strutture che erogano prestazioni di medicina di laboratorio, sia all'interno di strutture di degenza che in qualità di strutture unicamente ambulatoriali, devono garantire gli ulteriori requisiti organizzativi generali.

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|--|
| Il livello di assistenza specialistica ambulatoriale, assicurato in Regione Lombardia, è definito dall'insieme di prestazioni comprese nel nomenclatore tariffario | Le prestazioni erogate sono quelle contenute nel nomenclatore tariffario regionale alla branca specialistica "Laboratorio di analisi chimico cliniche e microbiologiche" |
| Deve essere prevista la presenza di almeno un tecnico di laboratorio, in possesso dei titoli di studio previsti per legge, per tutto l'orario di attività di laboratorio | Durante l'orario di attività del laboratorio è presente almeno un tecnico di laboratorio |
| L'assistenza infermieristica deve essere garantita almeno durante l'attività di prelievo | Durante l'orario previsto per l'attività di prelievo, è presente almeno un infermiere professionale |
| Deve essere reso noto all'utenza l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione e dei tempi di consegna dei referti | Tramite apposita segnaletica l'utenza è informata circa l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione e i tempi di consegna dei referti |

MEDICINA NUCLEARE

Tutte le strutture che erogano prestazioni di medicina nucleare, sia all'interno di strutture di degenza che in qualità di strutture unicamente ambulatoriali, devono garantire gli ulteriori requisiti organizzativi generali.

| REQUISITO | INDICATORE |
|---|--|
| Il livello di assistenza specialistica ambulatoriale assicurato in Regione Lombardia, è definito dall'insieme di prestazioni comprese nel nomenclatore tariffario | Le prestazioni erogate sono quelle contenute nel nomenclatore tariffario regionale alla branca specialistica "Diagnostica per immagini: Medicina Nucleare" e "Laboratorio di analisi chimico cliniche e microbiologiche", secondo metodica RIA |
| L'attività diagnostica in vivo deve essere garantita da personale medico in possesso della specializzazione per la relativa disciplina | Durante lo svolgimento dell'attività diagnostica in vivo è presente almeno un medico, in possesso della specializzazione prevista |
| Deve essere prevista la presenza di almeno un tecnico, in possesso dei titoli di studio previsti per legge, per tutto l'orario di attività di servizio | Durante l'orario di attività del servizio è presente almeno un tecnico per postazione di lavoro attiva |
| L'assistenza infermieristica deve essere garantita almeno durante l'attività di prelievo e durante lo svolgimento di indagini diagnostiche in vivo | E' presente almeno un infermiere professionale durante l'attività di prelievo e durante attività di diagnostica in vivo |
| Deve essere reso noto all'utenza l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione e dei tempi di consegna dei referti | Tramite apposita segnaletica l'utenza è informata circa l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione e i tempi di consegna dei referti |

RADIOTERAPIA

Tutte le strutture che erogano prestazioni di radioterapia, sia all'interno di strutture di ricovero e cura che in strutture esclusivamente ambulatoriali, devono possedere gli ulteriori requisiti organizzativi generali.

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|---|
| Il livello di assistenza specialistica ambulatoriale, assicurato in Regione Lombardia, è definito dall'insieme di prestazioni comprese nel nomenclatore tariffario | Le prestazioni erogate sono quelle contenute nel nomenclatore tariffario regionale alla branca specialistica "Radioterapia" |
| L'attività terapeutica deve essere garantita da personale medico in possesso della specializzazione per la relativa disciplina | Durante lo svolgimento dell'attività terapeutica è presente almeno un medico, in possesso della specializzazione prevista |
| Deve essere prevista la presenza di almeno un infermiere per tutto l'orario di attività | Durante lo svolgimento dell'attività terapeutica è presente almeno un infermiere professionale |
| Deve essere prevista la presenza di almeno un tecnico, in possesso dei titoli di studio previsti per legge, per tutto l'orario di attività | È presente almeno un tecnico durante l'attività terapeutica |
| Deve essere garantito, con carattere d'urgenza, il ricovero a quei pazienti che durante il trattamento radioterapico evidenziassero necessità cliniche di assistenza ospedaliera | Protocollo che formalizzi la procedura di ricovero presso unità operative di degenza per pazienti sottoposti a trattamento radioterapico |
| Deve essere reso noto all'utenza l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione e dei tempi di consegna dei referti | Tramite apposita segnaletica l'utenza è informata circa l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione e i tempi di consegna dei referti |

DIALISI

Tutte le strutture che erogano prestazioni di dialisi, sia all'interno di strutture di ricovero e cura che in strutture esclusivamente ambulatoriali, devono possedere gli ulteriori requisiti organizzativi generali.

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|--|
| Il livello di assistenza specialistica ambulatoriale, assicurato in Regione Lombardia, è definito dall'insieme di prestazioni comprese nel nomenclatore tariffario | Le prestazioni erogate sono quelle contenute nel nomenclatore tariffario regionale alla branca specialistica "Nefrologia e Dialisi" |
| L'attività dialitica intra ed extra ospedaliera deve essere effettuata sotto la supervisione di un medico in possesso della specializzazione per la relativa disciplina | Durante lo svolgimento dell'attività dialitica intra ospedaliera è presente un medico, in possesso della specializzazione prevista; durante lo svolgimento dell'attività dialitica extra ospedaliera è reperibile un medico, in possesso della specializzazione prevista |
| L'assistenza infermieristica deve essere garantita durante l'orario di attività dialitica | È presente almeno un infermiere professionale ogni 2.5-3 pazienti in dialisi |
| Ogni struttura risponde al debito informativo derivante dall'istituzione del registro regionale | Trasmissione puntuale dei dati richiesti, secondo i flussi informativi regionali |
| Deve essere garantito, con carattere d'urgenza, il ricovero a quei pazienti che durante il trattamento dialitico evidenziassero necessità cliniche di assistenza ospedaliera | Protocollo che formalizzi la procedura di ricovero presso unità operative di degenza per pazienti sottoposti a trattamento dialitico |
| Deve essere reso noto all'utenza l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione e dei tempi di consegna dei referti | Tramite apposita segnaletica l'utenza è informata circa l'orario di accesso alle prestazioni, le modalità di prenotazione e i tempi di consegna dei referti |

**ULTERIORI REQUISITI
ORGANIZZATIVI E FUNZIONALI
SPECIFICI**

STRUTTURE DI RICOVERO E CURA

Tutte le strutture di ricovero e cura devono garantire gli ulteriori requisiti organizzativi generali.

| REQUISITO | INDICATORE |
|---|---|
| I Presidi di ricovero e cura si articolano in Unità Operative | <ul style="list-style-type: none">• Ogni Unità Operativa è dotata di un numero di posti letto maggiore o uguale a 10• Unità Operative afferenti all'area intensiva devono garantire una capacità ricettiva minima di 4 posti letto• In ogni Presidio Ospedaliero deve essere attivo il Servizio di Laboratorio di Analisi e di Diagnostica per Immagini |
| Ogni Unità Operativa deve essere diretta da un medico avente specifiche competenze professionali | Ogni Unità Operativa deve essere diretta da un medico in possesso dei requisiti richiesti dal Servizio Sanitario Nazionale per l'accesso al ruolo di dirigente medico di II livello |
| Il personale sanitario deve garantire specifiche competenze professionali | Il personale sanitario deve essere in possesso dei requisiti richiesti per l'assunzione presso il Servizio Sanitario Nazionale, fatte salve le posizioni acquisite alla data del presente provvedimento |
| Deve essere prevista un'adeguata presenza di unità infermieristiche con funzioni di coordinamento | Deve essere garantito almeno un Capo Sala per l'area medica e uno per l'area chirurgica, fatto salvo quanto indicato per il Blocco Operatorio |

I Presidi dotati di Pronto Soccorso devono garantire:

| REQUISITO | INDICATORE |
|---|--|
| L'assistenza medica e infermieristica deve essere garantita 24 ore su 24 | Almeno un medico e un infermiere professionale sono sempre presenti in Pronto Soccorso |
| Il Pronto soccorso deve assicurare 24 ore su 24 un livello di prestazioni adeguato alle competenze clinico-assistenziali del presidio | Il Pronto Soccorso deve garantire a livello clinico assistenziale le competenze proprie delle Unità Operative del Presidio. Tale garanzia viene data dal personale medico in guardia attiva, divisionale o interdivisionale, o in pronta disponibilità |

I Presidi dotati di DEA devono garantire:

| REQUISITO | INDICATORE |
|---|--|
| L'assistenza medica e infermieristica deve essere garantita 24 ore su 24 | Almeno un medico e un infermiere professionale sono sempre presenti nel Pronto Soccorso del DEA |
| Il DEA deve assicurare 24 ore su 24 un livello di prestazioni adeguato alle competenze clinico-assistenziali delle Unità Operative del Presidio | <ul style="list-style-type: none"> • Il DEA deve garantire le seguenti funzioni specialistiche: rianimazione, medicina generale o medicina d'urgenza, chirurgia generale o chirurgia d'urgenza, ortopedia-traumatologia, cardiologia con U.C.C. • Tali funzioni devono essere assicurate da guardie attive, divisionali o interdivisionali, del personale medico, per le 24 ore giornaliere. Per la terapia intensiva e per l'unità di cura coronarica vanno assicurate guardie attive divisionali per le 24 ore giornaliere. • Devono essere garantiti, attraverso il servizio di guardia attiva, divisionale o interdivisionale, e/o il servizio di pronta disponibilità, i seguenti servizi e strutture di supporto: <ul style="list-style-type: none"> - Servizio di Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologiche - Servizio di Diagnostica per Immagini - Servizio Trasfusionale - Blocco Operatorio e Sala Gessi • Deve essere attivato un servizio di Anestesia e Rianimazione di supporto alle Unità Operative dell'area chirurgica |

I presidi dotati di EAS devono garantire:

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|---|
| L'assistenza medica e infermieristica deve essere garantita 24 ore su 24 | Almeno un medico e un infermiere professionale sono sempre presenti nel Pronto Soccorso dell' EAS |
| L'EAS deve assicurare 24 ore su 24 un livello di prestazioni adeguato alle competenze clinico-assistenziali delle Unità Operative del Presidio | <ul style="list-style-type: none"> • L'EAS deve garantire le seguenti funzioni specialistiche: rianimazione, medicina generale o medicina d'urgenza, chirurgia generale o chirurgia d'urgenza, ortopedia-traumatologia, cardiologia con U.C.C. • Tali funzioni devono essere assicurate da guardie attive, divisionali o interdivisionali, del personale medico, per le 24 ore giornaliere. Per la terapia intensiva e per l'unità di cura coronarica vanno assicurate guardie attive divisionali per le 24 ore giornaliere • Devono essere garantiti, attraverso il servizio di guardia attiva, divisionale o interdivisionale, e/o il servizio di pronta disponibilità, i seguenti servizi e strutture di supporto: <ul style="list-style-type: none"> - Servizio di Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche - Servizio di Diagnostica per Immagini - Servizio Trasfusionale - Blocco Operatorio e Sala Gessi. • Deve essere garantita almeno una funzione specialistica, organizzata in Unità Operativa, tra le seguenti funzioni di alta qualificazione: cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, terapia intensiva neonatale, terapia intensiva pediatrica • Deve essere attivato un Servizio di Anestesia e Rianimazione di supporto alle Unità Operative dell'area chirurgica |

AREA DI DEGENZA

A supporto dell'attività delle Unità Operative deve essere garantito quanto specificamente previsto al punto "STRUTTURE DI RICOVERO E CURA". I requisiti e gli indicatori previsti vanno riferiti all'Unità Operativa nel suo complesso e quindi a tutte le attività assicurate dalla stessa.

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|--|
| L'organico medico deve essere rapportato al volume e alla tipologia dell'attività svolta | In ogni Unità Operativa operano almeno un medico di primo livello ogni 10 posti-letto per specialità mediche e riabilitative e due medici ogni 15 posti-letto per specialità chirurgiche e un dirigente medico di II livello per ogni U.O. |
| L'organico medico deve essere rapportato al volume e alla tipologia dell'attività svolta | Nell'ambito orario 8.00-20.00 è definita una fascia oraria di cinque ore consecutive nella quale, dal lunedì al venerdì, il numero di medici presenti in ogni unità operativa non può essere inferiore al rapporto <ul style="list-style-type: none"> - Un medico ogni 10 pazienti nelle specialità mediche - Un medico ogni 5 pazienti nelle specialità chirurgiche La verifica deve essere condotta in riferimento al mese precedente, sulla base di idonea documentazione inerente i turni di servizio |
| | La presenza attiva del personale medico non può protrarsi per più di 12 ore consecutive |
| L'assistenza infermieristica garantita deve essere rapportata all'intensità delle cure | Unità di misura dell'assistenza infermieristica è il minuto/paziente/die. I min/pz/die da garantire in relazione all'intensità delle cure sono i seguenti: <ul style="list-style-type: none"> • Specialità di base 120 • Specialità di media assistenza 180 • Riabilitazione 160 • Lungodegenza 140 • Specialità di elevata assistenza 240 • Specialità dell'area sub-intensiva 300 • Specialità dell'area intensiva 600 Nelle unità operative di riabilitazione è consentito, in alternativa al personale infermieristico, l'impiego di tecnici di riabilitazione per un terzo dei minuti di assistenza previsti |
| Deve essere garantita l'assistenza infermieristica anche nelle ore notturne | La presenza infermieristica nelle ore notturne non può essere inferiore ad un terzo di quella prevista, per singola Unità Operativa, nelle ore diurne |

| | |
|--|---|
| Devono essere garantite specifiche competenze nella assistenza infermieristica | La composizione di équipes infermieristiche che prestino assistenza in più di una Unità Operativa è consentita solo all'interno di raggruppamenti di specialità omogenei per intensità della cure erogate |
|--|---|

RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|--|
| L'assistenza deve essere garantita 24 ore su 24 | La dotazione di personale medico e infermieristico deve essere rapportata alla tipologia dell'attività svolta e al numero degli interventi chirurgici effettuati e, comunque, deve essere garantita 24 ore su 24, la presenza di almeno un medico, specialista in anestesia e rianimazione, e di un infermiere professionale |
| Devono essere formalizzate le procedure organizzative di gestione delle urgenze intraospedaliere e di intervento in Pronto Soccorso/DEA, se presente nel presidio. | Protocollo di gestione delle urgenze intraospedaliere e di Pronto Soccorso/DEA concordati con le Unità Operative coinvolte |

BLOCCO OPERATORIO

| REQUISITO | INDICATORE |
|--|--|
| L'attività di sala operatoria deve essere svolta solo alla presenza di tutte le professionalità necessarie all'atto chirurgico | La sala operatoria è attivata solo in presenza di un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri professionali |
| Blocchi operatori costituiti da più di due sale operatorie presentano una complessità organizzativa tale da richiedere una funzione di coordinamento infermieristico | Presenza di un Capo Sala dedicato, quando il blocco operatorio è costituito da più di due sale operatorie |
| L'attività chirurgica deve essere analiticamente documentata | Deve essere istituito e regolarmente compilato il registro operatorio nel quale siano indicate, oltre alle generalità del paziente, il tipo e la durata dell'intervento chirurgico e gli operatori che hanno effettuato l'intervento |

DAY SURGERY

| REQUISITO | INDICATORE |
|---|--|
| Deve essere garantita trasparenza ai percorsi diagnostici terapeutici dei pazienti afferenti al day surgery | Esistenza di un documento di definizione dei pacchetti di prestazioni rese per le principali patologie trattate in day surgery |
| L'assistenza medica e infermieristica deve essere garantita nelle ore di attività di day surgery | La dotazione di personale medico e infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività e alla tipologia delle patologie trattate e, comunque, deve essere garantita la presenza di almeno un chirurgo, di un anestesista e di un infermiere professionale nelle ore di attività di day surgery |
| Le modalità di erogazione dell'assistenza in Day Surgery devono essere documentate in ordine a <ul style="list-style-type: none"> - accettazione e dimissione dei pazienti - documentazione clinica - rapporto del DS con gli altri servizi della struttura - rapporti con il medico di base e/o il pediatra di libera scelta | Esistenza di un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza a ciclo diurno |
| La permanenza del paziente deve essere documentata secondo le stesse modalità previste per i ricoveri ordinari | Per ogni paziente deve essere compilata una cartella clinica e all'atto della dimissione deve essere consegnata al paziente una breve relazione clinica destinata al medico curante |
| L'attività chirurgica deve essere analiticamente documentata | Deve essere istituito e regolarmente compilato il registro operatorio nel quale siano indicate, oltre alle generalità del paziente, l'intervento chirurgico e i chirurghi che hanno effettuato l'intervento |
| Il paziente dimesso deve avere la certezza di potersi mettere in comunicazione con un operatore della struttura presso la quale ha avuto luogo il ricovero in day surgery | Al momento della dimissione, al paziente deve essere comunicato per iscritto il recapito del medico cui rivolgersi in caso di necessità |

DAY HOSPITAL

| REQUISITO | INDICATORE |
|---|---|
| Deve essere garantita trasparenza ai percorsi diagnostici-terapeutici dei pazienti afferenti al day-hospital | Deve esistere un documento di definizione dei pacchetti di prestazioni rese per le principali patologie trattate in day-hospital |
| L'assistenza deve essere garantita nelle ore di attività di day hospital | La dotazione di personale medico e infermieristico deve essere rapportata al volume delle attività e alla tipologia delle patologie trattate e, comunque, deve essere garantita, la presenza di almeno un medico e di un infermiere professionale nelle ore di attività di day hospital |
| Le modalità di erogazione dell'assistenza in Day Hospital devono essere documentate in ordine a - accettazione e dimissione dei pazienti - documentazione clinica - rapporto del DH con gli altri servizi della struttura - rapporti con il medico di base e/o il pediatra di libera scelta | Esistenza di un regolamento inerente la disciplina dell'assistenza a ciclo diurno |
| La permanenza del paziente deve essere documentata secondo le stesse modalità previste per i ricoveri ordinari | Per ogni paziente deve essere compilata una cartella clinica e all'atto della dimissione deve essere consegnata al paziente una breve relazione clinica destinata al medico curante |
| Il paziente dimesso deve avere la certezza di mettersi in comunicazione con un operatore della struttura presso la quale ha avuto luogo il ricovero in day hospital | Al momento della dimissione, al paziente deve essere comunicato per iscritto il recapito del medico cui rivolgersi in caso di necessità |

AREA MATERNO-INFANTILE E PEDIATRICA

L'area materno-infantile è governata dal dipartimento materno-infantile, che assicura la continuità dell'assistenza sia in regime di ricovero, sia a livello ambulatoriale e di day hospital, a tutela della salute della madre e del bambino. I soggetti in età evolutiva (0-17) hanno il diritto di essere ricoverati all'interno di un'area pediatrica, costituita da strutture, servizi, personale adeguati a tale fascia d'età.

| REQUISITI | INDICATORI |
|--|--|
| Numero posti letto per camera | Le camere di degenza della divisione di pediatria sono a due posti letto, tenendo conto della necessità di ospitare un genitore accanto al bambino |
| E' garantita la continuità terapeutica e assistenziale per la madre e per il bambino. | Le unità operative di ostetricia e di pediatria articolano l'offerta assistenziale, garantendo prestazioni di degenza, di day hospital, ambulatoriali e domiciliari. |
| La dotazione del personale medico e infermieristico è rapportata al volume e alla tipologia dell'attività svolta. | Unità di misura dell'assistenza infermieristica e il minuto/paziente/die. I min/pz/die da garantire in relazione alla intensità delle cure sono i seguenti: - specialità di ostetricia 120 - specialità di pediatria 180 |
| E' garantita l'assistenza specialistica 24 ore su 24 laddove è attivo un punto nascita | Dove è attivo un punto nascita deve essere comunque prevista la presenza, 24 ore su 24, di un medico ostetrico, un medico pediatra-neonatologo e di una ostetrica. |
| Nelle strutture dotate di degenza pediatrica i pazienti in età evolutiva devono accedere esclusivamente alla U.O. pediatria. | I ricoveri dei pazienti in età evolutiva avvengono nella U.O. pediatria. |

| REQUISITI | INDICATORI |
|--|---|
| Collegamento con il pediatra di libera scelta e il Medico di medicina generale. | Per ogni bambino che viene dimesso, deve essere predisposta la lettera di dimissione per il Pediatra di libera scelta o il Medico di Medicina Generale. Tale lettera deve essere consegnata ai genitori. |
| Occorre formalizzare le modalità di gestione delle emergenze neonatali e deve essere garantito il trasporto protetto. | Esistenza di protocolli organizzativi per la gestione delle emergenze neonatali, del trasporto protetto. |
| E' favorita la presenza di società di volontariato. | Sono redatti protocolli inerenti l'intervento delle associazioni di volontariato, operanti in degenza. |
| Il ricovero non deve costituire motivo di separazione del bambino dal contesto familiare. | All'interno degli spazi di degenza pediatrica gli spazi sono strutturati al fine di ospitare, 24 ore su 24, un genitore. In prossimità della terapia intensiva e subintensiva neonatale deve essere attrezzato uno spazio dedicato ad ospitare i genitori dei neonati ricoverati. |
| Deve essere favorita la possibilità per la donna di avere accanto a se durante la fase di travaglio e parto una persona di sua scelta. | Su richiesta della partoriente deve essere garantita la presenza nella struttura di una persona di fiducia. |

| REQUISITI | INDICATORI |
|--|---|
| Punto nascita blocco parto. | Numero di culle per neonati intramoenia sani: 15 culle per 1000 nati; numero di culle per neonati intramoenia che necessitano di cure intermedie: 5 culle per 1000 nati. |
| Divisione di pediatria | Due posti letto per camera, tenendo conto della necessità di ospitare un genitore accanto al bambino |
| Nella struttura ospedaliera con degenza pediatrica deve esistere un'attività di Pronto Soccorso pediatrico | Una delle sale visita del pronto soccorso deve essere appositamente attrezzata per affrontare le emergenze pediatriche. Deve essere prevista un'area di attesa ad uso esclusivo di pazienti in età evolutiva Nella struttura di ricovero e cura con degenza pediatrica, deve esistere un protocollo organizzativo che garantisca che ogni paziente in età evolutiva che acceda al Pronto Soccorso venga visitato da un Pediatra. |

PSICHIATRIA

Le Unità Operative di Psichiatria articolano l'offerta assistenziale garantendo attività di degenza, ambulatoriali, di day hospital, residenziali e semiresidenziali, secondo quanto previsto dal progetto obiettivo "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente – triennio 1995/1997".

Accanto alle Unità Operative di Psichiatria, l'erogazione di prestazioni in strutture residenziali e semiresidenziali, è possibile sotto il coordinamento e la supervisione del Dipartimento di Salute Mentale.

AREA DEGENZA

| REQUISITI | INDICATORI |
|--|---|
| Tipologia di intervento | Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) |
| Collegamento funzionale con il pronto soccorso e le unità operative di terapia intensiva e neurologia, ove presenti. | Esistenza di protocolli organizzativi per il coordinamento con le altre unità operative, in particolare pronto soccorso, terapia intensiva e neurologia, ove presenti. |
| Collegamento con il medico di medicina generale. | Devono essere previsti spazi e orari per i consulti del medico di medicina generale con i medici della U.O. di Psichiatria. Deve essere predisposta una linea telefonica dedicata. Al momento della dimissione, deve essere consegnata al paziente una lettera di dimissione per il medico di medicina generale. |
| L'organico medico deve essere rapportato al volume e alla tipologia dell'attività svolta. | Nel SPDC operano almeno 3 medici di I livello fino a 10 posti letto. E' da prevedersi l'incremento di 1 unità medica ogni 5 posti letto successivi. Nell'ambito orario 8.00-20.00 è definita una fascia oraria di cinque ore consecutive nella quale, dal Lunedì al Venerdì, il numero di medici presenti non può essere inferiore al rapporto un medico |

| | |
|---|---|
| | <p>ogni 10 pazienti.</p> <p>La verifica deve essere condotta in riferimento al mese precedente, sulla base di idonea documentazione inerente i turni di servizio.</p> <p>I medici in guardia attiva non possono protrarre la loro presenza per più di 12 ore consecutive.</p> |
| L'assistenza deve essere rapportata all'intensità della cura. | Negli SPDC vanno garantiti almeno 240 minuti di assistenza infermieristica per posto letto e, comunque, deve essere garantita la presenza in servizio di almeno 3 unità per turno, di cui almeno 2 infermieri professionali. |
| Devono essere garantite specifiche competenze nell'assistenza infermieristica | Prima dell'immissione attiva nel servizio alla persona, il personale di assistenza deve frequentare un training formativo di almeno 2 mesi in una struttura psichiatrica. |
| Supporto psico-sociale educativo. | In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e risocializzazione deve essere assicurato il contributo di professionalità psico-socio educative con approccio multi professionale d'équipe. |
| Spazi adeguati per la vita di relazione. | Predisposizione di un documento nel quale sono esplicitate le attività volte al recupero della vita di relazione. Tali attività, devono essere svolte in appositi spazi dedicati. |
| Deve essere garantito il supporto per l'attività riabilitativa | Per assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione ogni SPDC viene dotato di un fondo cassa economale regolamentato e programmato annualmente in relazione agli obiettivi. |

AREA DELLA RESIDENZIALITA' PROTETTA

| REQUISITI | INDICATORI |
|---|--|
| Tipologia di intervento | Strutture terapeutico-riabilitative (CRT e Comunità protette), inserite in contesti abitativi, che assicurano un'assistenza per fasce orarie, proporzionata alla capacità di risocializzazione dei pazienti |
| CRT: assistenza nell'arco delle 24 ore | <p>Nel CRT è garantita la presenza di almeno 1 medico di I livello nelle 12 ore diurne.</p> <p>Il personale di assistenza, tra cui almeno 1 infermiere, garantisce, 24 ore su 24, il supporto necessario alla normale vita di relazione in ambiente protetto, secondo programmi individualizzati.</p> <p>Deve essere garantita la presenza di almeno 2 operatori per turno nelle ore notturne.</p> |
| Comunità Protette ad elevata intensità assistenziale: assistenza nell'arco delle 24 ore | <p>Nelle CP ad elevata intensità assistenziale è garantita la presenza di almeno 1 medico di I livello in una fascia oraria non inferiore alle 6 ore.</p> <p>Il personale di assistenza, tra cui almeno 1 infermiere, garantisce, 24 ore su 24, il supporto necessario alla normale vita di relazione in ambiente protetto, secondo programmi individualizzati.</p> |
| Comunità Protette di media intensità assistenziale: assistenza nelle 12 ore diurne | <p>Nelle CP di media intensità assistenziale è garantita la presenza di almeno 1 medico di I livello in una fascia oraria non inferiore alle 6 ore.</p> <p>Il personale di assistenza garantisce, nelle 12 ore diurne, il supporto necessario alla normale vita di relazione in ambiente protetto, secondo programmi individualizzati.</p> |
| Case-alloggio: assistenza per almeno 2 ore al giorno. | Nelle case-alloggio deve essere garantita la presenza di personale psico-socio- |

| | |
|--|--|
| | <p>educativo per almeno due ore al giorno e, comunque, deve essere assicurata secondo necessità l'assistenza psichiatrica.</p> |
| <p>Supporto psico-sociale educativo.</p> | <p>In relazione alla patologia e alla possibilità di recupero e risocializzazione deve essere assicurato il contributo di professionalità psico-socio-educative con approccio multi-professionale di équipe.</p> <p>Deve essere prevista la presenza di educatori professionali, secondo l'esigenza dei progetti riabilitativi previsti.</p> |
| <p>Devono essere garantite specifiche competenze nell'assistenza.</p> | <p>Prima dell'immissione attiva nel servizio alla persona, il personale di assistenza deve frequentare un training formativo di almeno 2 mesi in una struttura psichiatrica.</p> |
| <p>Spazi adeguati per la vita di relazione.</p> | <p>Predisposizione di un documento nel quale sono esplicitate le attività volte al recupero della vita di relazione. Tali attività, devono essere svolte in appositi spazi dedicati.</p> |
| <p>Deve essere garantito il supporto per l'attività riabilitativa.</p> | <p>Per assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione ogni presidio viene dotato di un fondo cassa economale regolamentato e programmato annualmente in relazione agli obiettivi.</p> |

CENTRO PSICO-SOCIALE

| REQUISITI | INDICATORI |
|--|---|
| Tipologia di intervento. | Tali strutture, collocate in contesto urbano e accessibili mediante trasporti pubblici o comunque garantiti, assicurano la presa in carico del paziente e le attività ambulatoriali. |
| Assistenza medico e infermieristica. | Presenza di personale medico e infermieristico per tutto l'orario di apertura. |
| In relazione alle attività di accoglienza, deve essere garantita, con approccio multi-professionale, l'assistenza psicologica, sociale, educativa e riabilitativa. | L'équipe dovrà prevedere la presenza, programmata per fasce orarie, di psicologi, educatori, assistenti sociali. |
| Assistenza domiciliare programmata e in condizione di urgenza. | <p>Il personale medico-psicologico-infermieristico e di assistenza sociale assicura gli interventi programmati o di urgenza-emergenza a domicilio del paziente.</p> <p>Gli operatori vengono dotati di automezzi per le attività di assistenza domiciliare.</p> <p>Questo servizio va integrato con i servizi di assistenza domiciliare delle ASL e dei Comuni mediante apposita convenzione.</p> |
| Collegamento funzionale con le altre strutture che intervengono per la tutela della salute mentale. | Esistenza di protocolli organizzativi per il coordinamento con le strutture che intervengono per la tutela della salute mentale. |
| Collegamento con il medico di medicina generale. | Devono essere previsti spazi e orari per i consulti del medico di medicina generale con i medici della U.O. di Psichiatria. |
| Sono previste iniziative per il coinvolgimento dei familiari e delle associazioni di volontariato | Sono organizzati incontri periodici con i familiari e i volontari |

CENTRO DIURNO

| REQUISITI | INDICATORI |
|---|---|
| Tipologia di intervento. | Strutture che svolgono funzioni terapeutico-riabilitative e risocializzanti per 8 ore al giorno e 6 giorni la settimana, attraverso attività in piccoli gruppi (4-5 pazienti). |
| Assistenza socio-educativa e riabilitativa in relazione alle attività previste. | Deve essere garantita la presenza di almeno 1 operatore ogni 5 pazienti (fino a 15 pazienti) e almeno 1 operatore ogni 4 pazienti (da 16 a 20 pazienti). |
| Assistenza psichiatrica e psicologica. | Presenza per fasce orarie e programmate di 1 medico psichiatra e di uno psicologo. |
| Supporto educativo. | Nel Centro Diurno deve essere prevista la presenza di educatori professionali, secondo l'esigenza dei progetti riabilitativi previsti. |
| Supporto adeguato per l'attività. | Deve essere garantita la fornitura di pasti e il trasporto dei pazienti per la fruizione delle attività programmate dentro e fuori il centro diurno. |
| Deve essere garantito il supporto per l'attività riabilitativa | Per assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione ogni Centro Diurno viene dotato di un fondo cassa economale regolamentato e programmato annualmente in relazione agli obiettivi. |

NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELLA ADOLESCENZA

Le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) articolano l'offerta assistenziale garantendo attività ambulatoriali di day hospital e di degenza.

POLO TERRITORIALE

| REQUISITI | INDICATORI |
|---|--|
| Le strutture devono essere adeguate all'attività. | In ordine alla dotazione di locali devono essere garantiti gli spazi per l'attesa dei pazienti e dei familiari, per le riunioni del personale, numero di studi adeguati alla presenza di medici, psicologi e terapisti della riabilitazione. Le strutture devono essere collocate in un contesto urbano e accessibili mediante trasporti pubblici o comunque garantiti. |
| Assistenza medico - specialistica, psicologica e riabilitativa. | Apertura della struttura per almeno 40 ore settimanali, con presenza di medico, psicologo clinico e personale di riabilitazione (logopedista, fisioterapista/terapista della riabilitazione, terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva/psicomotricista) per tutto l'orario di attività deve essere previsto anche personale dedicato alla funzione di accoglienza. |
| Collegamento con altre strutture per la tutela della salute mentale e per la tutela materno-infantile. Collegamento con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta. | Devono essere attivati organismi stabili di coordinamento tra neuropsichiatria infantile, psichiatria e materno infantile. Deve essere previsto un collegamento con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta. |
| Spazi adeguati per la vita di relazione | In relazione ai tipi di patologie e alle possibilità di riabilitazione individuale gli ambienti, gli arredi e le attrezzature devono consentire attività di comunicazione, intrattenimento, espressione e laboratorio. Le attività, finalizzate ai bisogni dei pazienti, devono essere annualmente |

| | |
|--|--|
| | programmate, organizzate, attuate e verificate con apposito documento. |
|--|--|

POLO OSPEDALIERO

| REQUISITI | INDICATORI |
|---|--|
| <p>Le strutture devono essere adeguate all'attività di diagnosi e cura. I poli ospedalieri devono garantire la completezza dell'iter diagnostico.</p> | <p>Devono essere garantiti locali adibiti a studio medico, ambulatorio e day hospital</p> |
| <p>Assistenza medico-specialistica, infermieristica e psicologica.</p> | <p>Assistenza neuropsichiatrica garantita per 40 ore settimanali. Assistenza con psicologo clinico e infermieri per tutto l'arco di attività.</p> |
| <p>Collegamento con altre strutture per la tutela della salute mentale e per la tutela materno-infantile. Collegamento con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta.</p> | <p>Devono essere attivati organismi stabili di coordinamento tra neuropsichiatria infantile, psichiatria e materno infantile. Deve essere previsto un collegamento con il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta.</p> |
| <p>Spazi adeguati per la vita di relazione. Supporto adeguato per l'attività</p> | <p>In relazione ai tipi di patologie e alle possibilità di riabilitazione individuale gli ambienti, gli arredi e le attrezzature devono consentire attività di comunicazione, intrattenimento, espressione e laboratorio. Le attività, finalizzate ai bisogni dei pazienti, devono essere annualmente programmate, organizzate, attuate e verificate con apposito documento.</p> |

CENTRO DIURNO

| REQUISITI | INDICATORI |
|--|---|
| <p>Tipologie di intervento</p> <p>Le strutture devono essere adeguate all'attività terapeutico-riabilitativa.</p> <p>Assistenza medica neuropsichiatrica, psicologica, riabilitativa ed educativa.</p> | <p>Centro terapeutico e riabilitativo semiresidenziale per bambini e adolescenti ad interventi multipli differenziati.</p> <p>Apertura 40 ore settimanali.</p> <p>Deve essere integrata con il polo territoriale, di cui utilizza il personale.</p> <p>Assistenza educativa in misura da garantire un educatore per ogni gruppo di intervento di 10 utenti.</p> <p>Gli interventi devono essere attuati su progetti individualizzati.</p> |
| <p>Spazi adeguati per la vita di relazione.</p> <p>Supporto adeguato per attività.</p> | <p>In relazione ai tipi di patologie e alle possibilità di riabilitazione individuale gli ambienti, gli arredi e le attrezzature devono consentire attività di comunicazione, intrattenimento, espressione e laboratorio.</p> <p>Le attività, finalizzate ai bisogni dei pazienti, devono essere annualmente programmate, organizzate, attuate e verificate con apposito documento.</p> |

DEGENZA OSPEDALIERA

| REQUISITI | INDICATORI |
|--|--|
| <p>Il reparto NPI deve rispondere ad esigenze assistenziali e diagnostico-terapeutiche per patologie complesse neurologiche e psichiatriche dell'età evolutiva.</p> <p>Gli spazi e le strutture per i soggetti in età evolutiva devono essere adatti a tale fascia e devono garantire la continuità del rapporto affettivo con la famiglia durante l'ospedalizzazione.</p> | <p>Il numero di pazienti previsto per ogni struttura è compreso tra 10 e 20.</p> <p>Deve essere prevista la suddivisione tra bambini ed adolescenti e locali adeguati per pazienti gravi.</p> <p>Per quanto riguarda gli spazi di degenza occorre prevedere due posti letto per camera, tenendo conto della necessità di ospitare un genitore accanto al bambino. Locali di soggiorno adeguati alle diverse fasce d'età.</p> |
| <p>Assistenza medica NPI e infermieristica in rapporto al volume di attività.</p> | <p>Nel reparto operano, oltre ad un dirigente medico di II livello, almeno due medici di I livello ogni 10 posti.</p> <p>Nell'ambito orario 8.00-20.00 è definita una fascia di cinque ore consecutive nella quale, dal Lunedì al Venerdì, il numero di medici presenti in ogni unità operativa non può essere inferiore al rapporto un medico ogni 10 pazienti.</p> <p>Numero di infermieri professionali per garantire 180' di assistenza infermieristica per paziente/giorno.</p> |
| <p>Collegamento funzionale con le U.O. di pediatria, patologia neonatale, servizio di anestesia e rianimazione, pronto soccorso, terapia intensiva e neurologia.</p> <p>Collegamento con il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta.</p> | <p>Devono essere attivati organismi stabili di coordinamento tra neuropsichiatria infantile, psichiatria e materno infantile.</p> <p>Devono essere garantiti spazi e orari dedicati ai consulti.</p> <p>Deve essere predisposta una linea telefonica dedicata.</p> <p>Deve essere predisposta la lettera di dimissione del paziente da inviare al medico di medicina generale ed al pediatra di libera scelta.</p> |
| <p>Spazi adeguati per la vita di relazione.</p> | <p>In relazione ai tipi di patologie e alle possibilità di riabilitazione individuale gli ambienti, gli arredi e le attrezzature devono consentire attività di</p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| Supporto adeguato per attività. | comunicazione, intrattenimento, espressione e laboratorio. Le attività, finalizzate ai bisogni dei pazienti, devono essere annualmente programmate, organizzate, attuate e verificate con apposito documento. |
|---------------------------------|--|

STUDI DI PROFESSIONISTI

Requisiti strutturali:

La dotazione minima ambientale per gli studi dei professionisti è la seguente:

- una sala per l'effettuazione delle prestazioni
- una zona d'attesa
- un servizio igienico dedicato all'utenza

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Tramite apposita segnaletica l'utenza è informata circa l'orario di accesso alle prestazioni, l'elenco delle specialità disponibili, le modalità di prenotazione e i tempi di consegna dei referti.

ALLEGATO 2

Percorso procedurale attuativo dell'art.12 della l.r.31/97

L'accreditamento viene rilasciato al complesso delle attività esercitate all'interno della struttura richiedente: la formulazione contenuta nella l.r.31/97 inerente l'indicazione, da parte dei soggetti che inoltrino istanza di accreditamento, delle attività che si intendono rendere quali strutture ospedaliere abilitate ad erogare le prestazioni di ricovero e cura, non deve essere intesa quale possibilità di identificare un sottogruppo di attività o funzioni sanitarie operanti al di fuori del rapporto contrattuale con il Servizio Sanitario Nazionale, conseguente all'accreditamento. Più precisamente:

1. **Strutture di ricovero e cura:** l'accreditamento riguarda tutti i posti letto, attivi nelle specialità autorizzate ed in esercizio, nonché ogni attività specialistica ambulatoriale, ad esclusione delle modalità di esercizio di attività sia di ricovero e cura che ambulatoriale per le quali è consentita attività privatistica e/o libero professionale. Non è possibile selezionare prestazioni per le quali sia garantita esclusivamente attività privatistica e/o libero professionale, all'interno di specialità e/o branche ambulatoriali accreditate.
2. **Strutture esclusivamente ambulatoriali: l'accreditamento riguarda le branche specialistiche** autorizzate. Non è possibile selezionare prestazioni per le quali sia garantita esclusivamente attività privatistica e/o libero professionale, all'interno di branche ambulatoriali accreditate.
3. **Studi di professionisti (definiti quali istituzioni che non abbiano “una interna organizzazione di mezzi e di personale):** l'accreditamento riguarda la/e branca/e specialistica/e per le quali il professionista possiede la necessaria specializzazione. Non è possibile selezionare prestazioni per le quali sia garantita esclusivamente attività privatistica e/o libero professionale, all'interno delle branche ambulatoriali accreditate.

La procedura di accreditamento prevista all'art.12 della l.r.31/97 si attiva a partire dalla data di pubblicazione sul BURL dei requisiti ulteriori e, con riferimento alle strutture indicate ai punti 1 e 2 si articola come segue:

Soggetti pubblici e privati transitoriamente accreditati per tutte le funzioni sanitarie svolte

- entro 60 giorni dalla pubblicazione dei requisiti, presentazione, da parte dei soggetti pubblici e privati, dell'istanza di accreditamento, indicando quali attività si intendono erogare per conto del servizio sanitario nazionale. In proposito le strutture di ricovero e cura dovranno indicare sia le attività che verranno erogate in regime di ricovero sia le attività che verranno erogate in regime ambulatoriale (tra le quali obbligatoriamente quelle collegate alle discipline erogate a livello di ricovero), mentre le strutture che operano in regime ambulatoriale dovranno indicare le branche specialistiche per le quali si intendono erogare prestazioni. All'istanza dovranno essere allegati:
 - autorizzazioni all'esercizio di attività sanitaria (solo per i soggetti privati)
 - autocertificazione dei requisiti posseduti
 - piano di adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici previsti dal D.P.R. 14.1.1997 ed ai requisiti specifici strutturali per l'accreditamento stabiliti dalla delibera della Giunta Regionale, entro un tempo massimo di cinque anni
 - piano di adeguamento ai requisiti organizzativi e funzionali generali stabiliti dalla delibera della Giunta Regionale e dal D.P.R. 14.1.1997, entro un tempo

massimo di 180 giorni

- piano di adeguamento ai requisiti specifici organizzativi e funzionali stabiliti dalla delibera della Giunta Regionale e dal D.P.R. 14.1.1997, entro un tempo massimo di 300 giorni
- dichiarazione di rispetto delle norme sull'incompatibilità
- entro 180 giorni dalla pubblicazione sul BURL degli ulteriori requisiti, la struttura sanitaria interessata dovrà possedere
 - i requisiti organizzativi generali, per l'autorizzazione
 - i requisiti organizzativi e funzionali generali, per l'accreditamento;
- entro 180 giorni dalla presentazione dell'istanza, viene effettuata dall'Azienda Sanitaria Locale, competente per territorio, la verifica circa il possesso di tutti i requisiti organizzativi e funzionali generali da parte della struttura sanitaria interessata:
 - se l'esito della verifica è positivo, sia per i requisiti autorizzativi che per gli ulteriori requisiti, viene deliberato l'accreditamento della struttura e l'eventuale iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate;
 - qualora l'esito della verifica sia negativo per gli ulteriori requisiti viene revocato il transitorio accreditamento;
 - qualora l'esito della verifica sia negativo per i requisiti autorizzativi viene attivata la procedura di diffida prevista dalla normativa regionale vigente;
- entro 300 giorni dalla pubblicazione sul BURL degli ulteriori requisiti, la struttura sanitaria interessata dovrà possedere
 - i requisiti organizzativi specifici, per l'autorizzazione
 - i requisiti organizzativi e funzionali specifici, per l'accreditamento;
- entro 300 giorni dalla presentazione dell'istanza, in coerenza con i tempi previsti dal piano di adeguamento presentato, viene effettuata dall'Azienda Sanitaria Locale, competente per territorio, la verifica circa il possesso di tutti i requisiti organizzativi e funzionali specifici da parte della struttura sanitaria interessata:
 - se l'esito della verifica è positivo, sia per i requisiti autorizzativi che per gli ulteriori requisiti, viene confermato automaticamente l'accreditamento della struttura
 - qualora l'esito della verifica sia negativo per gli ulteriori requisiti viene revocato l'accreditamento e il soggetto viene cancellato dal registro delle strutture accreditate;
 - qualora l'esito della verifica sia negativo per i requisiti autorizzativi viene attivata la procedura di diffida prevista dalla normativa regionale vigente, con possibilità di sospensione dell'autorizzazione all'esercizio per parte della struttura e, conseguentemente, dell'accreditamento, limitatamente alle attività o funzioni sanitarie per cui è sospesa l'autorizzazione.

Il soggetto, pur iscritto al registro regionale delle strutture accreditate, dovrà in ogni caso adeguare i propri requisiti strutturali e tecnologici, generali e specifici, entro il termine previsto di 5 anni, pena la decadenza dell'accreditamento e/o dell'autorizzazione.

B. Soggetti pubblici e privati transitoriamente accreditati per la sola funzione di ricovero e cura

- entro 60 giorni dalla pubblicazione dei requisiti, presentazione, da parte dei soggetti pubblici e privati, dell'istanza di accreditamento, indicando quali attività si intendono erogare per conto del servizio sanitario nazionale. In proposito le strutture di ricovero e cura dovranno indicare sia le attività che verranno erogate in regime di ricovero sia le attività che verranno erogate in regime ambulatoriale (tra le quali obbligatoriamente quelle collegate alle discipline erogate a livello di ricovero), mentre le strutture che operano in regime ambulatoriale dovranno indicare le branche specialistiche per le quali si intendono erogare prestazioni. All'istanza dovranno essere allegate:
 - autorizzazioni all'esercizio di attività sanitaria (solo per i soggetti privati)
 - autocertificazione inerente il possesso dei requisiti organizzativi e funzionali specifici stabiliti dalla delibera della Giunta Regionale e dal D.P.R. 14.1.1997, in ordine alle funzioni sanitarie non già transitoriamente accreditate
 - piano di adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici previsti dal D.P.R. 14.1.1997 ed ai requisiti specifici strutturali per l'accreditamento stabiliti dalla delibera della Giunta Regionale, entro un tempo massimo di cinque anni
 - piano di adeguamento ai requisiti organizzativi e funzionali generali stabiliti dalla delibera della Giunta Regionale e dal D.P.R. 14.1.1997, entro un tempo massimo di 180 giorni
 - piano di adeguamento ai requisiti specifici organizzativi e funzionali stabiliti dalla delibera della Giunta Regionale e dal D.P.R. 14.1.1997, in ordine alle funzioni già transitoriamente accreditate, entro un tempo massimo di 300 giorni
 - dichiarazione di rispetto delle norme sull'incompatibilità
- per le funzioni sanitarie non già transitoriamente accreditate, al momento della presentazione dell'istanza di accreditamento, la struttura sanitaria interessata dovrà possedere, in relazione a dette funzioni e attività
 - i requisiti organizzativi specifici per l'autorizzazione
 - i requisiti organizzativi e funzionali specifici per l'accreditamento;
- entro 180 giorni dalla pubblicazione sul BURL degli ulteriori requisiti, la struttura sanitaria interessata dovrà possedere
 - i requisiti organizzativi generali, per l'autorizzazione
 - i requisiti organizzativi e funzionali generali, per l'accreditamento;
- entro 180 giorni dalla presentazione dell'istanza, viene effettuata dall'Azienda Sanitaria Locale, competente per territorio, la verifica circa il possesso di tutti i requisiti organizzativi e funzionali generali da parte della struttura sanitaria interessata:
 - se l'esito della verifica è positivo, sia per i requisiti autorizzativi che per gli ulteriori

- requisiti, viene deliberato l'accreditamento della struttura e l'eventuale iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate;
 - qualora l'esito della verifica sia negativo per gli ulteriori requisiti viene revocato il transitorio accreditamento;
 - qualora l'esito della verifica sia negativo per i requisiti autorizzativi viene attivata la procedura di diffida prevista dalla normativa regionale vigente;
- entro 300 giorni dalla pubblicazione sul BURL degli ulteriori requisiti, la struttura sanitaria interessata dovrà possedere, in ordine alle funzioni di ricovero e cura
 - i requisiti organizzativi specifici, per l'autorizzazione
 - i requisiti organizzativi e funzionali specifici, per l'accreditamento;
 - entro 300 giorni dalla presentazione dell'istanza, in coerenza con i tempi previsti dal piano di adeguamento presentato, viene effettuata dall'Azienda Sanitaria Locale, competente per territorio, la verifica circa il possesso di tutti i requisiti organizzativi e funzionali specifici da parte della struttura sanitaria interessata:
 - se l'esito della verifica è positivo, sia per i requisiti autorizzativi che per gli ulteriori requisiti, viene confermato automaticamente l'accreditamento della struttura
 - qualora l'esito della verifica sia negativo per gli ulteriori requisiti viene revocato l'accreditamento e il soggetto viene cancellato dal registro delle strutture accreditate;
 - qualora l'esito della verifica sia negativo per i requisiti autorizzativi viene attivata la procedura di diffida prevista dalla normativa regionale vigente, con possibilità di sospensione dell'autorizzazione all'esercizio per parte della struttura e, conseguentemente, dell'accreditamento, limitatamente alle attività o funzioni sanitarie per cui è sospesa l'autorizzazione.

Il soggetto, pur iscritto al registro regionale delle strutture accreditate, dovrà in ogni caso adeguare i propri requisiti strutturali e tecnologici, generali e specifici, entro il termine previsto di 5 anni, pena la decadenza dell'accreditamento e/o dell'autorizzazione.

C. Soggetti privati autorizzati ed in esercizio, non transitoriamente accreditati

- entro 60 giorni dalla pubblicazione dei requisiti, presentazione, da parte dei soggetti privati, dell'istanza di accreditamento (cfr. il punto 12 della d.g.r.), indicando quali attività si intendono erogare per conto del servizio sanitario nazionale. In proposito le strutture di ricovero e cura dovranno indicare sia le attività che verranno erogate in regime di ricovero sia le attività che verranno erogate in regime ambulatoriale (tra le quali obbligatoriamente quelle collegate alle discipline erogate a livello di ricovero), mentre le strutture che operano in regime ambulatoriale dovranno indicare le branche specialistiche per le quali si intendono erogare prestazioni. All'istanza dovranno essere allegate:
 - autorizzazioni all'esercizio di attività sanitaria
 - autocertificazione inerente il possesso dei requisiti organizzativi e funzionali generali e specifici stabiliti dalla delibera della Giunta Regionale e dal D.P.R. 14.1.1997
 - piano di adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici previsti dal D.P.R. 14.1.1997 ed ai requisiti specifici strutturali per l'accreditamento stabiliti dalla delibera della Giunta Regionale, entro un tempo massimo di cinque anni
 - dichiarazione di rispetto delle norme sull'incompatibilità

- al momento della presentazione dell'istanza di accreditamento, la struttura sanitaria interessata dovrà possedere
 - i requisiti organizzativi, generali e specifici, per l'autorizzazione
 - i requisiti organizzativi e funzionali, generali e specifici, per l'accreditamento;
- entro 180 giorni dalla presentazione dell'istanza viene effettuata dall'Azienda Sanitaria Locale, competente per territorio, la verifica circa il possesso di tutti i requisiti organizzativi e funzionali generali e specifici da parte della struttura sanitaria interessata:
 - se l'esito della verifica è positivo, sia per i requisiti autorizzativi che per gli ulteriori requisiti, viene deliberato l'accreditamento della struttura e l'eventuale iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate;
 - qualora l'esito della verifica sia negativo per i requisiti autorizzativi viene attivata la procedura di diffida prevista dalla normativa regionale vigente.

Il soggetto, pur iscritto al registro regionale delle strutture accreditate, dovrà in ogni caso adeguare i propri requisiti strutturali generali e specifici, entro il termine previsto di 5 anni, pena la decadenza dell'autorizzazione

D. Soggetti pubblici e privati non autorizzati, soggetti pubblici e privati autorizzati, accreditati e non, che richiedano ampliamento o trasformazione della struttura

- entro 60 giorni dalla pubblicazione (cfr. punto 12 della d.g.r.) e, per il futuro, ogni qualvolta venga richiesto, presentazione, da parte dei soggetti pubblici e privati, dell'istanza di accreditamento, indicando quali attività si intendono erogare per conto del servizio sanitario nazionale. In proposito le strutture di ricovero e cura dovranno indicare sia le attività che verranno erogate in regime di ricovero sia le attività che verranno erogate in regime ambulatoriale (tra le quali obbligatoriamente quelle collegate alle discipline erogate a livello di ricovero), mentre le strutture che operano in regime ambulatoriale dovranno indicare le branche specialistiche per le quali si intendono erogare prestazioni. In questa fattispecie, là dove si verificano le condizioni, deve essere acquisito il previsto nulla osta da parte della Giunta Regionale relativamente alla concessione edilizia rilasciata da comuni per la costruzione e l'ampliamento di strutture di ricovero e cura, ovvero per la trasformazione in struttura di ricovero e cura, ai sensi dell'art.15 c.15 della l.r.31/97. All'istanza dovranno essere allegate:
 - nulla osta preventivo della Giunta Regionale ai sensi dell'art.15 c.15 della l.r.31/97, laddove previsto
 - autorizzazioni all'esercizio di attività sanitaria (solo per soggetti già autorizzati che richiedano ampliamento e/o trasformazione)
 - autocertificazione circa il possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi stabiliti dal D.P.R. 14.1.1997 e dei requisiti per l'accreditamento stabiliti dalla delibera della Giunta Regionale
- entro 180 giorni dalla presentazione dell'istanza viene effettuata dall'Azienda Sanitaria Locale, competente per territorio, la verifica circa il possesso di tutti i requisiti strutturali, tecnologici

organizzativi e funzionali generali e specifici, autorizzativi e per l'accreditamento, da parte della struttura sanitaria interessata:

- se l'esito della verifica è positivo, sia per i requisiti autorizzativi che per gli ulteriori requisiti, viene rilasciata l'autorizzazione, deliberato l'accreditamento della struttura e l'eventuale iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate;
- qualora l'esito della verifica sia negativo per gli ulteriori requisiti ma positivo per i requisiti autorizzativi, viene rilasciata unicamente l'autorizzazione.

La procedura di accreditamento prevista all'art.12 della l.r.31/97 con riferimento agli studi di professionisti indicati al punto 3 si articola come segue:

Professionisti transitoriamente accreditati

- entro 60 giorni dalla pubblicazione dei requisiti, presentazione, da parte dei professionisti, dell'istanza di accreditamento, indicando per quali branche specialistiche intendono erogare prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale. All'istanza dovranno essere allegate:
 - autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria
 - autocertificazione dei requisiti posseduti
 - piano di adeguamento ai requisiti strutturali stabiliti dalla delibera della Giunta Regionale, entro un tempo massimo di 300 giorni
- alla data di presentazione dell'istanza di accreditamento il professionista dovrà possedere
 - i requisiti organizzativi e funzionali, per l'accreditamento;
- entro 300 giorni dalla pubblicazione sul BURL degli ulteriori requisiti, il professionista dovrà possedere
 - i requisiti strutturali per l'accreditamento;
- entro 300 giorni dalla presentazione dell'istanza, in coerenza con i tempi previsti dal piano di adeguamento presentato, viene effettuata dall'Azienda Sanitaria Locale, competente per territorio, la verifica circa il possesso di tutti i requisiti strutturali da parte del professionista interessato:
 - se l'esito della verifica è positivo, viene deliberato l'accreditamento del professionista e viene eventualmente iscritto nel registro delle strutture accreditate;
 - qualora l'esito della verifica sia negativo viene revocato il transitorio accreditamento.

Nel caso in cui il professionista presenti istanza di accreditamento anche per branche specialistiche non già transitoriamente accreditate, lo stesso dovrà possedere, in relazione a dette branche, al

momento della presentazione dell'istanza:

- i requisiti strutturali, organizzativi e funzionali per l'accREDITamento;
- entro 180 giorni dalla presentazione dell'istanza, viene effettuata dall'Azienda Sanitaria Locale, competente per territorio, la verifica circa il possesso di tutti i requisiti strutturali, organizzativi e funzionali e da parte del professionista interessato:
 - se l'esito della verifica è positivo, viene deliberato l'accREDITamento del professionista
 - qualora l'esito della verifica sia negativo per gli ulteriori requisiti viene respinta l'istanza di accREDITamento per le nuove branche specialistiche.

Professionisti non transitoriamente accREDITati

- entro 60 giorni dalla pubblicazione dei requisiti, presentazione, da parte dei professionisti, dell'istanza di accREDITamento, indicando per quali branche specialistiche si intendono erogare prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale. All'istanza dovranno essere allegate:
 - autorizzazioni all'esercizio di attività sanitaria
 - autocertificazione inerente il possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali stabiliti dalla delibera della Giunta Regionale
- al momento della presentazione dell'istanza di accREDITamento, la struttura sanitaria interessata dovrà possedere
 - i requisiti strutturali, organizzativi e funzionali, per l'accREDITamento;
- entro 180 giorni dalla presentazione dell'istanza viene effettuata dall'Azienda Sanitaria Locale, competente per territorio, la verifica circa il possesso di tutti i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali da parte del professionista interessato:
 - se l'esito della verifica è positivo, viene deliberato l'accREDITamento del professionista e l'eventuale iscrizione nel registro regionale delle strutture accREDITate;

NOTE ESPLICATIVE

La Direzione Generale Sanità accoglie unicamente istanze di accreditamento che, oltre alla copia cartacea, siano presentate su supporto informatico.

Non saranno istruite richieste di accreditamento inoltrate prima della pubblicazione del provvedimento e relativi allegati sul BURL della Regione Lombardia.

Acquisizione del prototipo di istanza

Il prototipo dell'istanza viene acquisito dai soggetti richiedenti l'accredimento:

- via internet al sito: www.sanita.regione.lombardia.it
- su CD-rom ritirabile (dal lunedì al giovedì dalle ore 9.30 alle ore 12.30 e dalle ore 14.30 alle ore 16.30 —venerdì dalle ore 9.30 alle ore 12.30) presso lo sportello collocato al protocollo della Direzione Generale Sanità, nei giorni seguenti la pubblicazione sul BURL della delibera sull'accredimento.

Compilazione e consegna dell'istanza

La compilazione e la stampa della richiesta di accreditamento, attraverso il software predisposto, darà origine a:

- istanza di accreditamento con l'indicazione dell'assetto organizzativo e funzionale espresso in reparti, macro attività e posti letto per le strutture di ricovero e cura ed espresso in branche specialistiche per le strutture ambulatoriali;
- dichiarazione dei rispetto delle norme sull'incompatibilità, parte integrante del testo dell'istanza di accreditamento;
- autocertificazione dei requisiti posseduti e piani di adeguamento ai requisiti autorizzativi e di accreditamento.

Oltre a quanto indicato dovrà essere prodotta la documentazione riportata nell'allegato 2) integrata per i soggetti di cui al punto D) del medesimo allegato, da:

- relazione tecnico-sanitaria che illustri l'intervento;
- planimetrie in scala 1:100;

La richiesta di accreditamento, indirizzata alla Direzione Generale Sanità – Servizio Strutture Sanitarie e Attività Territoriale, dovrà essere consegnata nei termini indicati dalla D.G.R. n. 38133 del 6.08.1998 e dovrà comprendere:

- istanza redatta in triplice copia di cui una in carta legale;
- supporto magnetico;
- supporto cartaceo in triplice copia (stampa integrale del supporto magnetico);
- allegati aggiuntivi inerenti gli atti autorizzativi (solo per i soggetti privati);
- ulteriore documentazione integrativa nel caso di richiesta di nuove autorizzazioni.