RMN PUNTO 8)

REGIONE DEL VENETO

23 DIC 2004

837327/50.00.00

Prot. N.

OGGETTO: L.R. 16 agosto 2002, n. 22 " Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali ". D.G.R. n. 2501 del 6 agosto 2004. Prime indicazioni operative relativamente al settore sanitario.

Ai Sindaci dei Comuni
del Veneto
LORO SEDI

Ai Direttori Generali
delle Aziende U.L.S.S. ed Ospedaliere
del Veneto
LORO SEDI

Alla Federazione Regionale Ordine dei Medici
Chirurghi ed Odontoiatri
LORO SEDI

Ai Collegi Professionali
LORO SEDI

All'ANDI
SEDE

Al Presidenti Regionale A.I.O.P.
SEDE

Al Presidente Regionale A.R.I.S.
c/o Ospedale Sacro Cuore
SEDE

Al Presidente Regionale A.N.I.S.A.P.
SEDE

Al Presidente Regionale C.U.S.P.E.
SEDE

Al Presidente del Comparto sanitario
della Federazione degli Industriali del Veneto
SEDE

All'Ass.ne Nazionale Odontoiatrici Convenzionati
ANSO

SEDE

Segreteria Regionale Sanità e Sociale

In data 14 settembre 2004 è stata pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto n. 90 la deliberazione n. 2501 del 6 agosto 2004 con la quale la Giunta Regionale ha dato attuazione alla legge regionale 16 agosto 2002, n. 22, richiamata in oggetto, per le sue parti più significative. Trattasi di un provvedimento assai complesso ed articolato che si sviluppa in numerosi allegati.

Tutta la documentazione è disponibile nei siti internet www.regione.veneto.it e www.arssveneto.it , dai quali può essere scaricata interamente o per le parti di rispettivo interesse.

Si forniscono qui di seguito, con specifico riferimento al settore sanitario, le prime indicazioni operative. Per quanto concerne il settore socio-sanitario e sociale seguirà apposita nota esplicativa.

1. Con DGR n. 3855 del 3.12.2004 la Giunta Regionale, a parziale modifica del succitato provvedimento, ha prorogato alcuni termini in esso previsti:
   a) Per le strutture identificate con le classi ed i codici B5, B6, B9 dell'allegato 1 alla DGR 2501/04, già in esercizio alla data di pubblicazione della DGR stessa nel BUR, per i quali la DGR 2501 prevede l'autorizzazione all'esercizio, ma che ne sono ad oggi sprovvisti, il termine di 180 giorni (decorrenti dal 14 settembre 2004) previsto per la presentazione della domanda è stato prorogato di 180 giorni; pertanto, il termine complessivo è ora di 360 giorni a decorrere dal 14 settembre 2004.
   b) Per le strutture sanitarie (identificate con le classi ed i codici da A1 a B13 dell'allegato 1 alla DGR 2501/04) già autorizzate e in esercizio, il termine per la presentazione della domanda di conferma dell'autorizzazione all'esercizio è stato prorogato di un anno, prevedendo, pertanto, per esse, indipendentemente dalla loro complessità, un unico termine di tre anni a decorrere dalla data del 14.09.04.
2. Le domande di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento devono essere redatte secondo i fac simili di cui agli allegati n 6,7,8 alla deliberazione n. 2501/04.
   Si ricorda che tutte le domande di autorizzazione e/o conferma all'esercizio, nonché le domande di accreditamento dovranno essere in regola con la vigente normativa sull'imposta di bollo (D.P.R. n. 642/1992 e successive modifiche ed integrazioni) e si precisa che nulla è innovato per quanto attiene la normativa relativa alle tasse di concessione regionale. E' in fase di implementazione l'applicativo che consentirà l'invio delle domande, oltre che su supporto cartaceo, anche in formato elettronico, con identificazione della tipologia del procedimento in rapporto alla natura del soggetto richiedente e con possibilità di consultazione dello stato di avanzamento della pratica. Si invita l'autorità competente (Comune, Direzione Regionale) ad

inviare copia del provvedimento finale di autorizzazione all'esercizio all'ARSS, per l aggiornamento del database delle strutture di offerta.

3. Si sottolinea l'importanza della classificazione nella quale ciascuna struttura sanitaria potrà identificarsi sulla scorta dell'ambito e tipologia di attività, e conseguentemente prendere conoscenza dei percorsi e dei riferimenti normativi che regolano i singoli processi (dall'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio e all'accreditamento) di rispettivo interesse. Quanto sinteticamente esposto nella classificazione in ordine ai singoli processi trova più esaustiva esplicitazione nel manuale di attuazione.
4. Alla domanda di accreditamento delle istituzioni sanitarie private dovrà altresì essere allegata una dichiarazione di non utilizzare, neanche saltuariamente, personale che si trovi in una delle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 4- comma 7 – della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e dall'art. 1, commi 5 e 19, della legge n. 662/96 e da eventuale altra normativa in materia. Il comma 19 dell'art. 1 della Legge n. 662/1996 dispone infatti che l'esistenza di situazioni di incompatibilità preclude l'accreditamento o, se accertate dopo il rilascio dell'accreditamento, comporta la revoca dello stesso e la risoluzione dei rapporti nel frattempo eventualmente instaurati.
5. Come previsto dall'art. 22 della citata L.R. n. 22/2002 contenente " norme transitorie e finali e di abrogazione", con l'approvazione del provvedimento in oggetto la preesistente normativa in materia ivi richiamata (in tema di classificazione delle strutture sanitarie e di autorizzazione all'esercizio) cessa definitivamente ogni efficacia. Quanto ai riferimenti normativi richiamati al punto 1.3 del manuale e che si danno per "implicitamente abrogati" (artt. 193 e 194- e non 192 erroneamente indicato- del R.D. 27 luglio 1934 n. 1265), si ricorda che l'abrogazione riguarda unicamente le competenze e procedure e non le disposizioni sanzionatorie pure contenute nelle citate norme e che devono intendersi tuttora vigenti.

In particolare, a decorrere da tale data, sono da ritenersi abrogate le Leggi Regionali n. 29 del 2.4.1985 (in materia di laboratori privati di analisi cliniche e veterinarie), l'art. 4 della L.R. 31.5.1980 n. 78 (in materia di gabinetti di radiologia), , avendo la L.R. n. 22/2002 regolato l'intera materia da esse disciplinata. E' da intendersi superato, altresì, il contenuto della D.G.R. n. 447 del 15.2.2000 (in materia di autorizzazione delle attività sanitarie e socio sanitarie), per le parti disciplinate dalla L.R. 22/02 e dalla D.G.R. 2501/04.

Conseguentemente, il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio dei laboratori, pubblici e privati, di analisi cliniche e veterinarie, e dei relativi punti di prelievo, degli ambulatori pubblici e privati di radiodiagnostica e di radioterapia, nonché degli ambulatori specialistici pubblici e privati (ad eccezione delle strutture di cui al primo comma dell'art. 5 della L.R. 22/02), operanti

all'esterno delle strutture di ricovero, ospedaliero e non, rientrano nella competenza del Comune ove insiste la struttura.

Le suddette autorizzazioni vengono rilasciate senza alcuna verifica preventiva circa la rispondenza alla programmazione, secondo le procedure descritte nell'apposito manuale allegato alla deliberazione stessa.

Fanno eccezione, oltre alle strutture di cui al primo comma dell'art. 5 della L.R. 22/02, anche i c.d. punti di prelievo, da intendersi, come specificato nella classificazione a pagina 7.3 del manuale, quali sezioni staccate dei laboratori di analisi cliniche pubblici e privati, ad essi organizzativamente e funzionalmente collegate. In riferimento a dette strutture il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio è subordinato alla sussistenza di effettive necessità assistenziali e quindi al rispetto di determinati criteri prestabiliti in conformità alle previsioni della programmazione regionale. Tali criteri verranno definiti entro breve dalla Giunta Regionale. Il Comune competente dovrà pertanto richiedere alla competente Direzione Regionale il parere preventivo, obbligatorio e vincolante, circa la rispondenza ad essi delle istanze di apertura di nuovi punti di prelievo.

Con riferimento ai laboratori di analisi cliniche, deve ritenersi confermata l'applicabilità della D.G.R. n. 88 del 18.01.2000 (modificata con D.G.R. n. 1830 del 13.7.2000) relativa alla regolamentazione del c.d. "service" dei laboratori di analisi cliniche sia pubblici che privati limitatamente alla parte in cui approva i documenti 1 e 2 allegati al provvedimento stesso, nonché la D.G.R. n. 485 del 5.3.2004 nella parte in cui approva l'allegato documento relativo alla possibilità di decentrare l'esecuzione delle analisi cliniche in locali separati dal resto della struttura, ferma restando l'unità funzionale della stessa.

6. Permane invece la competenza regionale in ordine al rilascio del provvedimento di autorizzazione all'esercizio delle strutture pubbliche e private di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno, nonché delle strutture di medicina di laboratorio, di radiodiagnostica, di radioterapia e di medicina nucleare nonché delle strutture ambulatoriali, qualora ubicate all'interno di strutture di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno.
7. Per quanto concerne la detenzione e l'impiego di sorgenti radioattive e di apparecchiature radiogene presso le strutture sanitarie pubbliche e private, operanti sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno, ospedaliero e non, deve essere applicata la procedura ed utilizzata la modulistica individuata dalla D.G.R. n. 1536 del 14.6.2002 in materia di comunicazione preventiva di pratica, in attuazione dell'articolo 22 del D.Lg.vo n. 230/1995 e successive modifiche ed integrazioni.

8. Per quanto concerne la detenzione e l'impiego delle "apparecchiature a risonanza magnetica del gruppo A" deve essere applicata la procedura ed utilizzata la modulistica prevista dalla D.G.R. n. 2408 dell' 08.08.2003. La competenza al rilascio dell'autorizzazione all'installazione ed utilizzo delle apparecchiature total body fisse di campo magnetico non superiore a 2 Tesla ubicate al di fuori di strutture sanitarie di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno, già in capo all'amministrazione regionale, è ora passata, ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 22/2002, al Comune ove è ubicata la struttura ambulatoriale.

Permane pertanto la competenza regionale all'adozione del provvedimento autorizzativo per le ipotesi delle apparecchiature a risonanza magnetica total body fisse installate all'interno delle strutture di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno pubbliche e private.

Per tutte le ipotesi di autorizzazione all'installazione di apparecchiature total body fisse di campo magnetico non superiore a 2 Tesla, il provvedimento autorizzativo, regionale o comunale a seconda delle ipotesi, dovrà essere preceduto dalla valutazione tecnica della competente Commissione Consultiva per la Radioprotezione, costituita con D.G.R. n. 394 dell'1 marzo 2001 ed operante all'interno della Direzione Regionale Prevenzione, così come previsto dalle menzionata D.G.R. n. 2408 dell' 08.08.2003.

In ogni caso il rilascio del provvedimento di autorizzazione non è più subordinato, ai sensi degli artt. 5 e 6 della L.R. n. 22/02, alla valutazione positiva della rispondenza alla programmazione sanitaria regionale, e pertanto devono ritenersi non più applicabili i criteri di programmazione regionale previsti dalla D.G.R. n. 3882 del 03.11.1999.

Si ricorda tuttavia, ad ogni buon conto, che l'acquisizione delle apparecchiature a risonanza magnetica del gruppo A da parte delle Aziende U.L.S.S. e delle Aziende Ospedaliere è subordinata alla preventiva valutazione di congruità da parte dell'apposito gruppo tecnico interdipartimentale istituito, presso la Segreteria Regionale Sanità e Sociale, ai sensi della D.G.R. n. 1775 del 05.07.2000 ("Procedure per il parere di congruità delle proposte di acquisizione delle grandi apparecchiature delle Aziende Sanitarie del Veneto").

9. Gli studi medici e gli studi di professioni sanitarie non mediche sono classificati, dalla D.G.R. n. 2501/04, rispettivamente, in due fattispecie, che si differenziano fra loro per la tipologia dell'attività svolta (v. pagina 7.1 della classificazione-allegato 1 del Manuale) che, ad ogni buon conto, di seguito si richiama. Per gli studi professionali medici specialistici, ove si erogano prestazioni di prevenzione e/o diagnosi e/o terapia che non utilizzano metodiche invasive al di là del prelievo ematico, è prevista una dichiarazione e non l'autorizzazione all'esercizio richiesta invece per i medesimi studi, fra i quali rientrano anche gli studi odontoiatrici, qualora eroghino prestazioni di particolare complessità, che utilizzano cioè metodiche invasive e/o comportanti

l'esecuzione di atto anestesiologico che non vada oltre l'anestesia locale. Quest'ultima attività è sinteticamente definita " invasiva ", mentre la prima " non invasiva ". Analoga distinzione è stata fatta dalla classificazione per gli studi di professioni sanitarie non mediche. Per detti studi l'invasività o meno è invece correlata, rispettivamente, all'impiego o al non utilizzo di apparecchiature elettromedicali che possono comportare un rischio per la sicurezza dei pazienti. Per gli studi medici e non medici non soggetti all'autorizzazione all'esercizio è previsto l'obbligo di rimettere all'ULSS di competenza una dichiarazione - sostitutiva di certificazione - in ordine alla tipologia di attività svolta ed alle prestazioni erogate, redatta come da fac-simile allegato alla deliberazione stessa e alla quale deve essere unita soltanto fotocopia di un documento valido di riconoscimento, essendo i vari requisiti professionali oggetto di autocertificazione. La dichiarazione in parola dovrà essere rimessa da parte degli studi già in attività (con esclusione degli studi odontoiatrici ora soggetti ad autorizzazione all'esercizio) entro 360 giorni dalla pubblicazione nel B.U.R. della delibera, quindi entro il 13 settembre 2005. Per i nuovi studi la dichiarazione deve essere rimessa prima dell'avvio dell'attività. Detto adempimento (invio della dichiarazione) legittima l'esercizio dell'attività. Per questi studi la rispondenza ai regolamenti comunali di igiene in materia edilizia è riferita al momento dell'apertura dello studio. Per gli studi medici e gli studi di professioni sanitarie non mediche soggetti invece ad autorizzazione all'esercizio, il rilascio della stessa avverrà previa autovalutazione dei requisiti "applicabili", accompagnata da autocertificazione ed eventuale verifica di detti requisiti, che può essere disposta, a campione, dall'autorità competente (Comune o Dirigente regionale).

10. Si precisa inoltre che per tutti gli studi medici e gli studi di professioni sanitarie non mediche l'accreditamento interesserà anche i locali ove viene svolta l'attività. Pertanto oggetto del provvedimento di accreditamento non sarà il professionista, bensì le funzioni svolte dallo stesso presso i locali specificamente individuati. Ne consegue che i preannunciati requisiti specifici per l'accreditamento dei professionisti riguarderanno anche i locali, con possibile rinvio ai requisiti generali minimi previsti per l'ambulatorio specialistico. L'accreditamento in parola potrà essere richiesto soltanto dai professionisti che non intrattengono rapporti di dipendenza con il S.S.N.; detti rapporti infatti, configurando situazioni di incompatibilità e di conflitto di interessi, precludono il rilascio dell'accreditamento, ai sensi della normativa sopra richiamata.
11. Con riferimento agli ambulatori e studi odontoiatrici di cui alla definizione riportata nella classificazione di cui al manuale approvato con la D.G.R. n. 2501/04, si ritiene utile precisare che detta definizione non abilita lo specialista in chirurgia maxillo facciale ad erogare prestazioni odontoiatriche e di protesi dentaria, qualora lo stesso non sia anche, quale laureato in

medicina e chirurgia, iscritto all'albo degli odontoiatri o in possesso della specializzazione in odontostomatologia, né di contro abilita l'odontoiatra ad erogare prestazioni di chirurgia maxillo facciale, essendo quest'ultima specialità medico-chirurgica.

12. Con riferimento ai medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta che esercitano, presso i locali ove svolgono l'attività prevista dai rispettivi contratti, altre attività sanitarie ascrivibili ad una o più specialità ambulatoriali (cfr. allegato 1 della classificazione), si precisa che l'esercizio delle stesse è soggetta alla disciplina della L.R. n. 22/02, e seguirà la classificazione (ambulatorio o studio) e le procedure di cui alla D.G.R. n. 2501/04. Esulano dalla citata disciplina le prestazioni occasionali " non strutturate " erogate dai predetti professionisti in libera professione consentita dalle vigenti convenzioni.

13. In mancanza di specifica previsione legislativa che disciplina la fase transitoria, si deve ritenere che i procedimenti di autorizzazione ad oggi pendenti - per essi si intendono le domande di autorizzazione all'esercizio di strutture sanitarie e socio sanitarie inoltrate prima della data del 14.9.2004 - debbano essere riassunti dalla competente autorità amministrativa (Comune o Regione), secondo le nuove procedure di cui alla deliberazione in oggetto.
Pertanto, la domanda già inoltrata è fatta salva e dovrà essere "girata" all'autorità amministrativa competente, la quale provvederà ad effettuare un supplemento istruttorio, richiedendo ai soggetti interessati le integrazioni documentali resesi necessarie in applicazione delle nuove procedure e dei nuovi requisiti di cui alla deliberazione stessa. Con delibera G.R. n. 3855 del 03/12/2004 è stata data ai Comuni "l'indicazione di evadere prioritariamente i procedimenti pendenti, cioè quelli la cui istanza sia stata presentata prima del 14 settembre 2004 e non ancora evasa entro quella data, riassumendoli secondo la nuova normativa prevista dalla legge regionale n. 22/2002 e assegnando per l'evasione un termine di 180 giorni dalla riassunzione del procedimento".

14. Si richiama l'annotazione riportata, in maniera indistinta, a piè pagina di tutte le schede dei requisiti (la rigidità del database non consentiva una diversa denominazione coerente con i requisiti contenuti) ove viene precisato che i requisiti minimi strutturali ed i requisiti impiantistico-tecnologici generali di autorizzazione all'esercizio non devono essere presi in considerazione, e quindi non sono oggetto di autovalutazione e verifica, nei seguenti tre casi:
    a. nuove strutture di cui è già stata autorizzata la realizzazione;
    b. strutture già esistenti alle quali è stato già autorizzato l'ampliamento, il trasferimento, la ristrutturazione;
    c. strutture già esistenti il cui progetto di ampliamento, trasferimento, ristrutturazione è stato approvato negli ultimi cinque anni.

La sussistenza dei requisiti in parola è sostituita da una dichiarazione riportante gli estremi del provvedimento di autorizzazione alla realizzazione o di approvazione del relativo intervento.

15. Con riferimento alle strutture già autorizzate o soggette ora all'autorizzazione all'esercizio (quali ad es. gli studi odontoiatrici e studi medici specialistici che effettuano attività invasiva), non ricadenti in alcuna delle tre ipotesi di cui al punto precedente, la domanda di conferma o di (nuova)autorizzazione all'esercizio dovrà essere accompagnata da un eventuale piano di adeguamento ai requisiti strutturali e impiantistico-tecnologici mancanti o non conformi, da realizzarsi entro il limite temporale massimo indicato, unitamente alle relative prescrizioni, dal provvedimento di conferma dell'autorizzazione. Qualora, per ragioni strutturali o per inadeguatezza dei locali complessivamente a disposizione della struttura, non fosse possibile realizzare i requisiti mancanti, se non a scapito di altri spazi indispensabili e previsti obbligatoriamente per l'attività svolta, ivi compresi gli spazi operatori, tale circostanza (mancanza), da indicare in corrispondenza dei requisiti mancanti, consentirà il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio in deroga.

16. Con riferimento agli ambulatori specialistici, agli studi medici (studi professionali medici specialistici e studi odontoiatrici) e studi di professioni sanitarie non mediche , soggetti ad autorizzazione, già in esercizio da più di cinque anni, qualora dalle schede di autovalutazione dei requisiti generali, si evidenziasse la mancanza di alcuni requisiti minimi generali strutturali, tale circostanza consentirà il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio in deroga purchè i requisiti presenti siano conformi a quanto previsto dai regolamenti comunali di igiene in materia edilizia al momento di concessione dell'agibilità. Tale autorizzazione in deroga inibisce la possibilità di accedere all'accreditamento istituzionale salvo venga predisposto un piano di adeguamento ai requisiti strutturali e impiantistico-tecnologici mancanti o non conformi, da realizzarsi entro la presentazione dell'eventuale richiesta di accreditamento.

17. Aziende e Strutture: requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali

I requisiti minimi generali oggetto di autovalutazione ed eventuale verifica sono riferibili sia alla "direzione aziendale" che alle "singole strutture"; pertanto, con riferimento alle "aziende articolate in più strutture" (per la puntuale individuazione di dette entità si rinvia al glossario di cui all'allegato n. 9 alla D.G.R. n. 2501/2004; ad esempio Azienda U.L.S.S. e singole parti/strutture di cui si compone la stessa: ospedale, poliambulatorio, RSA) per ogni struttura dovranno essere compilate le relative schede, ognuna oggetto di autonoma valutazione ed eventuale autorizzazione all'esercizio. L'autorizzazione all'esercizio potrà, pertanto, concretarsi in unico provvedimento o, più frequentemente, essere articolata in più provvedimenti relativi a ciascuna articolazione/struttura dell'Azienda, i quali potranno avere contenuti diversi (senza

prescrizioni, con prescrizioni, in via provvisoria, etc…) a seconda del possesso o meno, in capo a ciascuna struttura dei previsti requisiti. In quest'ultimo caso i singoli provvedimenti parziali di autorizzazione saranno riassunti in un unico provvedimento complessivo, da emanarsi entro lo scadere del termine di cinque anni dalla data del primo provvedimento parziale di autorizzazione; da tale data decorrerà la durata dell'autorizzazione all'esercizio dell'Azienda nel suo complesso.

Nel caso invece di coincidenza fra azienda e struttura, i requisiti generali di autorizzazione all'esercizio sono unicamente quelli riferiti alla struttura ed il provvedimento di autorizzazione in tal caso non potrà che essere unico e riguardare anche gli eventuali requisiti specifici, qualora previsti.

Quanto ai requisiti (per lo più organizzativi) riportati nelle singole schede, ma non presenti presso la struttura a causa della tipologia delle prestazioni erogate e/o della forma organizzativa e/o dell'ubicazione della stessa, in sede di autovalutazione, nella colonna "note", in corrispondenza del singolo requisito interessato, deve esse apposta la dicitura "non applicabile"sulla scorta delle indicazioni fornite al riguardo (individuazione requisiti non applicabili per alcune tipologie di strutture) e reperibili sul sito dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria.

Per ulteriori requisiti ritenuti "non pertinenti" la mancanza va giustificata con una breve relazione, che sarà oggetto di valutazione in sede di eventuale verifica.

18. Autorizzazione all'esercizio di ambulatori specialistici e studi professionali medici e di professioni sanitarie non mediche. In aggiunta a quanto precisato al precedente punto 17 si ricorda che tutti gli ambulatori specialistici, nonché gli studi professionali medici e di altre professioni sanitarie per i quali la classificazione prevede l'autorizzazione all'esercizio, devono risultare in possesso (e quindi compilare le relative schede di autovalutazione) sia dei requisiti minimi (strumentali, tecnologici ed organizzativi) specifici previsti per l'ambulatorio specialistico, sia, qualora previsti, degli ulteriori requisiti specifici relativi alla particolare tipologia di ambulatorio o di attività professionale svolta, entrambi elencati nell'allegato 3 alla deliberazione in oggetto.

In aggiunta ai predetti requisiti specifici è altresì richiesto, come per la generalità delle strutture sanitarie, il possesso dei requisiti minimi generali (organizzativi, strutturali tecnologici) di cui all'allegato n. 2 alla DGR n. 2501 del 06.08.2004. Anche questi ultimi requisiti, essendo dettati per una tipologia di struttura sanitaria standard, sono spesso riferibili o presenti soltanto in certe tipologie di strutture. In tal caso ci si dovrà attenere a quanto indicato al precedente punto 17.

19. Ulteriori requisiti generali di qualificazione per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie (allegato n. 4 del Manuale).

Gli ottantatre requisiti organizzativi previsti per l'accreditamento sono stati ripartiti in sette aree, che ripropongono quelle individuate per i requisiti di autorizzazione all'esercizio.

Trattasi di requisiti ulteriori, ad implementazione di quelli minimi, finalizzati al miglioramento continuo della qualità nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza. I requisiti in parola riguardano, in modo particolare, le Aziende in tutte le loro articolazioni (Strutture), ma sono dettati, in quanto operativamente applicabili, anche nel caso in cui ci sia coincidenza tra l'Azienda e la Struttura. Qualora alcuni di detti requisiti siano ritenuti non coerenti in relazione alla tipologia dell'attività svolta, e quindi non siano presenti, deve essere riportata, a corredo e completamento delle singole schede di autovalutazione, un'annotazione-dichiarazione in ordine alle ragioni in base alle quali il singoli requisito non è presente. Ciò si rende necessario perché le liste di verifica non sempre indicano se il singolo requisito è riferito all'Azienda o alla Struttura e ai rispettivi livelli (DIRAZIEN e DIRSTRU). Anche per detti requisiti, qualora " non presenti " per le ragioni indicate al punto 17, dovrà essere riportata la dicitura "non applicabile". Qualora l'invocata " non applicabilità " non fosse condivisa, il requisito o i requisiti interessati saranno comunque inseriti nella check list di verifica con l'invito ad effettuare l'autovalutazione da inoltrare al team di verifica prima della programmata visita. Si precisa al riguardo che la richiesta di accreditamento istituzionale può solamente essere accolta o negata: il relativo provvedimento non può infatti essere soggetto a prescrizioni o riserve anche perché riguarda essenzialmente aspetti organizzativi dell'attività senza dover effettuare significativi investimenti.

20. Qualora l'autorità competente al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie decida di avvalersi, ai fini dell'accertamento del possesso e della verifica del mantenimento dei requisiti minimi, generali e specifici e di qualità, delle strutture tecniche dell'Azienda U.L.S.S. competente provvederà ad inoltrare la pratica al Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. stessa. Quest'ultimo individuerà il servizio o le figure (che a titolo meramente indicativo possono essere identificati con: Direzione medica, Ufficio tecnico, Ufficio di qualità, Servizi di Prevenzione e Protezione, Area Infermieristica, Area Tecnica, Area Amministrativa, Direzioni dei Servizi Sociali e Dipartimento di Prevenzione) ai quali affidare i predetti adempimenti, da evadere, come previsto dal manuale, entro 80 giorni dal ricevimento della relativa documentazione. Va ricordato che tutte le figure richiamate nell'ambito della verifica del possesso o del mantenimento dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio svolgono unicamente la funzione di "esperto" (consulente) dell'autorità competente.

21. Nel caso l'autorità competente (Comune o Direzione Regionale) scelga di avvalersi per la visita di verifica delle strutture tecniche dell'Azienda Ulss territorialmente competente o dell'apposita struttura dell'ARSS (GTM), non è soggetta ad alcun onere a proprio carico. Non si esclude peraltro, che successivamente in base anche all'entità degli adempimenti in parola, venga prevista una forma di incentivazione da parte della Regione nei confronti delle Aziende Sanitarie.
22. Qualora, nell'arco temporale dei tre anni a decorrere dal 14 settembre 2004, in capo ad una struttura sanitaria già autorizzata intervenga una variazione del soggetto giuridico che la gestisce o del direttore sanitario, restando malterato invece l'assetto strutturale, tecnologico ed organizzativo complessivo della stessa, ciò non comporta la necessità dell'adeguamento immediato della struttura ai nuovi requisiti di autorizzazione; in tale caso l'autorità competente provvederà, con proprio provvedimento, a trasferire al nuovo soggetto la titolarità del provvedimento di autorizzazione già in essere, oppure a prendere atto dell'affidamento dell'incarico al nuovo direttore sanitario, mentre l'adeguamento della struttura ai nuovi requisiti, e quindi la conferma o il rinnovo dell'autorizzazione, dovrà avvenire secondo la tempistica riportata nel manuale delle procedure di cui alla deliberazione in oggetto.
23. Qualora invece, sempre nel suddetto arco temporale, strutture già autorizzate procedano a parziali modificazioni di tipo strutturale e/o impiantistico (ampliamenti, ristrutturazioni, trasferimenti parziali della struttura o dell'attività), ciò comporta la necessità dell'adeguamento ai nuovi requisiti solamente per le parti interessate, e non per la totalità della struttura; che dovrà comunque avvenire secondo la tempistica riportata nel manuale delle procedure di cui alla deliberazione in oggetto.
24. I requisiti specifici per l'accreditamento istituzionale (volontario) dei professionisti saranno definiti successivamente e accompagnati da apposita nota illustrativa per accedere a detto accreditamento

La presente nota verrà pubblicata nel Bollettino Ufficiale delle Regione Veneto ed è disponibile nei siti internet www.regione.veneto.it e www.arssveneto.it.
Distinti saluti.

L'ASSESSORE ALLE POLITICHE SANITARIE
Avv. Fabio Gava