



Regione Lombardia

DECRETO N. 2512

Del 26/02/2025

Identificativo Atto n. 138

DIREZIONE GENERALE WELFARE

Oggetto

AGGIORNAMENTO DEGLI ALLEGATI 2) E 3) DEL DECRETO DELLA DIREZIONE GENERALE WELFARE N. 2955 DEL 02/03/2018 "REGOLAMENTO DELL'ORGANISMO TECNICAMENTE ACCREDITANTE (OTA) IN ATTUAZIONE DELL'INTESA STATO REGIONI E PROVINCE AUTONOME DEL 19.02.2015".

L'atto si compone di _____ pagine di cui
_____ pagine di allegati parte integrante



Regione Lombardia

IL DIRETTORE GENERALE della DIREZIONE GENERALE WELFARE

VISTE:

- la legge 5 giugno 2003 n. 131, in particolare l'articolo 8, comma 6;

RICHIAMATI:

- la DGR n. X/4406 del 30/11/2015 "Recepimento dell'Intesa del 19 febbraio 2015, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie" la quale prevede che tutte le ATS utilizzino, per la gestione del processo di accreditamento, quanto stabilito dalla Regione e che definiscano l'organismo accreditante secondo quanto previsto dall'allegato B dell'Intesa, relativamente all'organizzazione e ai requisiti dell'organismo tecnicamente accreditante;
- la DGR n. X/7600 del 20/12/2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2018" che prevede, tra l'altro:
 - la riconferma che i processi di autorizzazione, di messa in esercizio (DIA/SCIA) e di accreditamento delle strutture sanitarie vengano gestiti attraverso l'applicativo ASAN (Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie - Autorizzazione e Accreditamento). Tale applicativo consente e favorisce da parte dei componenti dell'OTA (Organismo Tecnicamente Accreditante) l'applicazione uniforme delle procedure, delle tempistiche e dei requisiti, derivanti da normative nazionali e regionali di settore agevolando, inoltre, anche gli Uffici regionali nell'aggiornamento del Registro Regionale delle Strutture Accreditate e nell'aggiornamento del Manuale dell'Accreditamento;
 - l'istituzione della Cabina di Regia dell'Organismo Tecnicamente Accreditante, composta da un rappresentante di ciascuna ATS e da un coordinatore scelto tra i valutatori regionali inseriti nell'Elenco Nazionale degli auditor/valutatori degli Organismi Tecnicamente Accreditanti (OTA), con il compito principale di redigere, in conformità alle indicazioni nazionali espresse con il manuale di Valutazione degli Organismi Tecnicamente Accreditanti, un unico Manuale per la declinazione dell'operatività dell'OTA, nell'ottica di uniformare il sistema di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie e di armonizzare i Manuali attualmente in uso;
- il Decreto della Direzione Generale Welfare n. 2955 del 02/03/2018 "Regolamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 19.02.2015";



Regione Lombardia

- il Decreto della Direzione Generale Welfare n. 3554 dell'01/03/2024 "Aggiornamento dell'allegato 3) del Decreto della Direzione Generale Welfare n. 2955 del 02/03/2018 "Regolamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) In Attuazione Dell'intesa Stato Regioni e Province Autonome del 19.02.2015";

RIBADITO che:

- la partecipazione alla Cabina di Regia OTA non comporta alcun compenso per i componenti;
- i membri della Cabina di Regia, in caso di necessità, possono autorizzare un loro sostituto a partecipare a una o più sedute di lavoro;
- la nomina, nel caso in cui un diverso professionista dovesse subentrare nel ruolo che un membro della Cabina di Regia OTA ricopre presso la ATS di appartenenza, del Direttore del Dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (Dipartimento PAAPSS) o suo delegato quale nuovo componente avverrà senza bisogno di un apposito provvedimento regionale;

CONSIDERATO che a seguito di una profonda revisione del sistema di gestione di accreditamento Sanitario ASAN si è proceduto con la sostituzione dello stesso con la piattaforma denominata "SIGAUSS";

DATO ATTO che alcune funzionalità della piattaforma "SIGAUSS" sono state aggiornate per consentire una maggiore efficacia ed efficienza del processo di autorizzazione, messa in esercizio e accreditamento delle Strutture sanitarie;

RITENUTO, pertanto, di aggiornare:

- l'allegato 2 del Decreto della DG Welfare n. 2955/2018 "Criteri per il funzionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante" in conformità alle nuove disposizioni di cui alla l.r. n. 8/2022 e alla sostituzione del sistema di gestione dell'accreditamento Sanitario ASAN con la piattaforma denominata "SIGAUSS";
- l'allegato 3) del Decreto della DG Welfare n. 2955/2018 "Manuale di Gestione processi di autorizzazione, di messa in esercizio (DIA/SCIA) e di accreditamento delle strutture attraverso l'applicativo ASAN (Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie - Autorizzazione e Accreditamento Sanitario)", nelle seguenti sezioni del Manuale:
 - ✓ titolo del manuale da "Manuale di Gestione processi di autorizzazione, di messa in esercizio (DIA/SCIA) e di accreditamento delle strutture attraverso l'applicativo ASAN (Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie - Autorizzazione e Accreditamento Sanitario) a "Manuale di Gestione Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie – Autorizzazione e Accreditamento (SIGAUSS);
 - ✓ variazione della denominazione della piattaforma di gestione da ASAN a SIGAUSS in tutte le sezioni dove viene citata;
 - ✓ paragrafo 23/10/2024 - (2.1.5.5) Osservazione Breve Intensiva;

VISTE:



Regione Lombardia

- la L.R. n. 33/2009 “Testo Unico delle leggi regionali in materia di Sanità” e s.m.i. la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 ed in particolar modo l'art. 15 “Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie”;
- la l.r. 11 agosto 2015, n. 23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33”, che aveva tra l'altro attribuito alle ATS la competenza in materia di accreditamento delle strutture sanitarie;
- l.r. 20 maggio 2022, n. 8 “Prima legge di revisione normativa ordinamentale 2022” con la quale sono stati modificati i commi 4 e 5 del citato art. 15 “Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie” della l.r. 33/2009, riportando in capo alla Regione l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie e demandando alle ATS lo svolgimento dell'istruttoria tecnica;
- la DGR n.6677/022 “Revisione delle procedure di accreditamento delle strutture sanitarie” approvata in attuazione alla citata l.r n.8/2022;

DECRETA

1. di aggiornare

- l'allegato 2 del Decreto della DG Welfare n. 2955/2018 “Criteri per il funzionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante” in conformità alle nuove disposizioni di cui alla l.r. n. 8/2022 e alla sostituzione del sistema di gestione dell'accreditamento Sanitario ASAN con la piattaforma denominata “SIGAUSS”;
- l'allegato 3) del Decreto della DG Welfare n. 2955/2018 “Manuale di Gestione processi di autorizzazione, di messa in esercizio (DIA/SCIA) e di accreditamento delle strutture attraverso l'applicativo ASAN (Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie - Autorizzazione e Accreditamento Sanitario)”, nelle seguenti sezioni del Manuale:
 - ✓ titolo del manuale da “Manuale di Gestione processi di autorizzazione, di messa in esercizio (DIA/SCIA) e di accreditamento delle strutture attraverso l'applicativo ASAN (Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie - Autorizzazione e Accreditamento Sanitario) a “Manuale di Gestione Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie – Autorizzazione e Accreditamento (SIGAUSS);
 - ✓ variazione della denominazione della piattaforma di gestione da ASAN a SIGAUSS in tutte le sezioni dove viene citata;
 - ✓ paragrafo 23/10/2024 - (2.1.5.5) Osservazione Breve Intensiva;

2. di ribadire che:

- la partecipazione alla Cabina di Regia OTA non comporta alcun compenso per i componenti;
- i membri della Cabina di Regia, in caso di necessità, possono autorizzare un loro sostituto a partecipare a una o più sedute di lavoro;
- la nomina, nel caso in cui un diverso professionista dovesse subentrare nel ruolo che un membro della Cabina di Regia OTA ricopre presso la ATS di appartenenza, del Direttore del Dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (Dipartimento PAAPSS) o suo delegato quale



Regione Lombardia

nuovo componente avverrà senza bisogno di un apposito provvedimento regionale di nomina;

3. di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D. lgs 33/2013.

Il Direttore Generale
MARIO GIOVANNI MELAZZINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.



ALLEGATO 2)
CRITERI PER IL FUNZIONAMENTO
DELL'ORGANISMO TECNICAMENTE ACCREDITANTE

Sommario

<i>Premessa</i>	2
<i>Regolamento generale dell'Organismo Tecnicamente Accreditante</i>	5
1. Mission.....	5
2. Vision	6
3. Relazioni istituzionali.....	6
4. Modalità di gestione delle relazioni.....	7
5. Organigramma.....	7
6. Funzionigramma OTA	8
7. Pianificazione, effettuazione e valutazione delle attività.....	12
8. Forme di partecipazione dei cittadini.....	13
9. Mantenimento delle relazioni con i portatori di interesse	14
10. Scelta, formazione, addestramento e aggiornamento dei valutatori per l'accreditamento	14
11. Pianificazione e svolgimento dell'attività di verifica.....	17

Premessa

L'OTA di Regione Lombardia è costituito dal personale che collabora o che è assegnato alle strutture complesse dei Servizi Accreditamento e Vigilanza, afferenti ai Dipartimenti per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSSS), delle 8 Agenzie di Tutela della Salute (ATS) istituite ai sensi dell'art. 6 della Legge regionale n. 23/2015 (Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 - Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) e s.m.i.

Le ATS sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Attuano la programmazione definita dalla Regione relativamente al territorio di propria competenza e assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie.

La L.R. 30.12.2009 n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", come modificata e integrata dalla L.R. n. 8 del 20.05.2022 e s.m.i., all'art. 15 (Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie) definisce i criteri per il rilascio dell'autorizzazione e/o accreditamento delle strutture sanitarie. In particolare, si stabilisce che il provvedimento di accreditamento è di competenza della Regione e redatto a seguito dell'istruttoria tecnica svolta dall'OTA, consolidando così il principio di terzietà delle 8 ATS nei confronti di Regione.

L'OTA svolge la sua attività sulla base di quanto definito dalla Legge n.131/2003 e dalle relative "Intese accordo Stato Regioni" in materia di adempimenti relativi all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie a livello nazionale, recepite da Regione Lombardia con la DGR n. X/4406/2015.

Con la DGR n.XI/6677/22 e s.m.i, Regione Lombardia, nell'allegato tecnico, definisce l'iter procedurale in ordine all'attuazione delle disposizioni, di cui alla LR 20 maggio 2022 n. 8 "prima legge di revisione normativa ordinamentale 2022", relativa alle attività sanitarie accreditate svolte presso strutture pubbliche e private:

- a seguito della presentazione dell'istanza da parte dell'Ente, le ATS svolgono l'istruttoria tecnica provvedendo anche ad acquisire preventivamente alla verifica l'eventuale parere di congruenza con la programmazione nazionale/regionale da parte dei competenti Uffici Regionali;
- a conclusione dell'istruttoria tecnica l'ATS trasmette le risultanze con proprio provvedimento ai competenti Uffici della DGW per il proseguo dell'iter istruttorio, ossia la predisposizione di una proposta di Delibera relativa ad un nuovo accreditamento o ad un diniego dell'accREDITAMENTO stesso.

Per le strutture pubbliche e private l'accREDITAMENTO si perfeziona all'atto dell'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate, previa verifica con gli atti di indirizzo regionale, nel rispetto della normativa vigente sulla trasparenza dei dati.

L'accREDITAMENTO è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie erogate.

Le strutture sanitarie sono autorizzate previa verifica del possesso dei requisiti minimi previsti dal DPR 14.01.1997 e s.m.i. e dalla normativa regionale specifica. L'accREDITAMENTO costituisce un passo fondamentale verso il miglioramento della qualità dell'assistenza, e presuppone la verifica di ulteriori

requisiti, rispetto ai minimi previsti dal sistema autorizzativo, direttamente correlati ai livelli di qualità attesi, a garanzia della sicurezza e tutela del cittadino e della promozione di un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione.

In Regione Lombardia, coerentemente con quanto previsto dal D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e nel rispetto delle tempistiche definite dall'art. 3 del DPR 14.01.1997, con l'emanazione della DGR 38133/98 sono stati determinati gli standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e i tempi di adeguamento, per le strutture già transitoriamente accreditate. Sono state oggetto di verifica dei requisiti di accreditamento tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private transitoriamente accreditate, ed in esito ad accertamento positivo, iscritte nel registro Regionale delle Strutture Accreditate.

Per quanto attiene i requisiti strutturali e tecnologici generali e specifici, i tempi di adeguamento, inizialmente definiti dalla DGR 38133/98 in cinque anni, hanno subito una serie di proroghe in relazione ad intervenute normative in particolare in materia di protezione antincendio e antisismica. Il rilascio/rinnovo dei decreti di proroga da parte dell'Ente regionale, è condizionato dalla verifica da parte delle ATS delle misure strutturali, tecniche e/o organizzative poste in essere al fine di assicurare, sia pure in modi diversi, il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti, e al monitoraggio annuale dello stato di attuazione degli interventi. Il processo di adeguamento è ancora in parte in atto, secondo i disposti della DGR di riferimento.

La Giunta regionale, con deliberazione n. 3312/01, ha definito l'iter procedurale per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento delle attività sanitarie. Tipologia di strutture interessate:

- strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti, ivi comprese le prestazioni riabilitative ospedaliere;
- strutture che erogano assistenza specialistica in regime ambulatoriale ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale, di laboratorio e di Medicina dello sport;
- strutture psichiatriche che erogano prestazioni in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno;

Con L.R. n. 8 del 02.04.2007, successivamente abrogata alla data di entrata in vigore della L.R. n.33 del 30.12.2009, sono state apportate modifiche alla DGR 3312/01, finalizzate alla semplificazione dell'azione amministrativa e razionalizzazione del sistema sanitario. Con l'avvento della L.R. 23 agosto 2015 la Denuncia di Inizio Attività (D.I.A.) all' ATS competente per territorio è stata sostituita dalla Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) (Art. 15 comma 1).

Nel territorio della Regione Lombardia, l'autorizzazione all'esercizio è prevista esclusivamente per le strutture di ricovero e cura, per i centri di procreazione medicalmente assistita e la residenzialità psichiatrica. Tutte le altre strutture sanitarie devono presentare una Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) all' ATS. Possono accedere all'accreditamento sia le strutture autorizzate che quelle in esercizio a seguito di presentazione di SCIA.

Le istanze possono essere presentate dalle strutture di cui sopra per le seguenti fattispecie:

- autorizzazione all'esercizio per:
 1. nuova struttura;
 2. ampliamento di struttura sanitaria esistente;
 3. trasformazione di struttura sanitaria esistente.
- autorizzazione all'esercizio e contestuale richiesta di accreditamento;
- accreditamento e iscrizione al Registro regionale delle strutture accreditate.

L'istanza, di qualunque tipologia essa sia, viene predisposta utilizzando l'applicativo regionale denominato SIGAUSS (Autorizzazione/Accreditamento delle Strutture Sanitarie) e presentata in formato cartaceo alla Direzione Generale dell'ATS, completa di tutti i documenti previsti dall' allegato 1 alla DGR 3312/01.

L'accesso all'applicativo consente di prendere visione dei requisiti previsti per l'autorizzazione e l'accreditamento di tutte le tipologie di strutture:

- requisiti strutturali e tecnologici generali e organizzativi generali: attengono al sistema di gestione generale delle strutture, sono derivati dal DPR 14.01.1997, e, per le strutture accreditate, dalla DGR 38133/98, recentemente aggiornati sulla base dei fattori/criteri di qualità individuati dal documento "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" approvato con Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome in data 20 dicembre 2012;
- requisiti strutturali e tecnologici e organizzativi specifici: trattasi di requisiti definiti per singola Unità Operativa e per macroattività. Sono derivati dal DPR 14.01.1997 (requisiti minimi autorizzativi), mentre gli ulteriori requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento sono fissati dalla DGR 38133/98 e dalle successive deliberazioni di Giunta che negli anni, anche in applicazione a normative nazionali, hanno definito i requisiti delle diverse tipologie di attività/funzioni (es. residenzialità psichiatrica, Laboratori Analisi, Emodinamica, elettrofisiologia, Sub-acuti, Sistema trasfusionale ecc.).

All'OTA sono affidate le funzioni relative alla gestione dell'istruttoria tecnica necessaria alla processazione delle istanze di accreditamento (oltre che di autorizzazione all'esercizio) e di verifica periodica del mantenimento dei requisiti.

Regolamento generale dell'Organismo Tecnicamente Accreditante

1. Mission

Viene individuato quale valore fondante dell'OTA, la promozione di un processo di miglioramento continuo nell'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso la valutazione dell'aderenza delle aziende sanitarie pubbliche e private (di seguito denominate Aziende) ai requisiti richiesti dalla normativa che regola l'istituto dell'accreditamento e direttamente correlati alla qualità dell'assistenza.

In particolare, l'OTA deve:

Mettere in atto tutte le azioni utili al fine di migliorare le prestazioni fornite dalle Aziende ai cittadini ponendo particolare attenzione al rispetto dei seguenti principi:

- Integrità
- Imparzialità
- Dovuta professionalità
- Riservatezza
- Indipendenza
- Approccio basato sull'evidenza.

Verificare che le attività svolte producano risultati congruenti con le finalità dell'organizzazione sanitaria e compatibili con gli indirizzi di programmazione regionale.

Monitorare l'adeguatezza delle attività erogate, delle risorse e dell'organizzazione delle Aziende secondo quanto previsto dagli standard regionali e nazionali.

Attivare un processo di monitoraggio degli obiettivi attribuiti alle Aziende per individuare eventuali ambiti di possibile miglioramento, contribuendo sulla base delle proprie competenze ad indirizzare gli interventi finalizzati a garantire qualità e sicurezza dei servizi erogati.

Proporre, organizzare ed attivare iniziative formative atte a garantire un costante standard qualitativo, tenuto conto che la formazione e l'aggiornamento continuo del personale costituiscono elemento d'importanza strategica per il raggiungimento degli obiettivi. Tali iniziative sono anche rivolte alle Aziende nell'ambito di un processo di aggiornamento continuo e di interscambio culturale, favorendo la realizzazione di tavoli di lavoro su argomenti di interesse comune nell'ottica di costruire protocolli condivisi atti a migliorare la qualità dei servizi forniti al cittadino, ponendosi quali facilitatori di comunicazione ed interazione tra aziende diverse.

Fornire supporto tecnico-metodologico alla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia nella predisposizione di progetti innovativi in sanità, garantendo il funzionamento del sistema di accreditamento istituzionale regionale:

- partecipando a gruppi di lavoro finalizzati alla revisione/aggiornamento dei requisiti di accreditamento in osservanza delle indicazioni regionali/nazionali;
- implementando percorsi di accreditamento e qualità di attività specialistiche in collaborazione con il Ministero della Salute, con Centri Nazionali di riferimento (Centro Nazionale Sangue, Centro Nazionale Trapianti), con Agenas e Società scientifiche accreditate dal Ministero della Salute;
- mantenendo costantemente aggiornata la pubblicazione degli elenchi delle strutture accreditate, pubbliche e private comprensiva degli assetti organizzativo funzionali delle singole strutture

2. Vision

Garantire qualità e sicurezza dei servizi sanitari sia pubblici che privati sviluppando un approccio all'accreditamento istituzionale non come mero adempimento amministrativo, ma come strumento per favorire la crescita della cultura volta al miglioramento della qualità delle aziende nell'ottica di garantire qualità e sicurezza sanitaria a tutti i cittadini. Lo scenario auspicabile è quello che tutte le aziende sanitarie accreditate che operano per conto del Sistema Sanitario Regionale siano uniformate ai valori fondanti del sistema sanitario rappresentato dal perseguimento del benessere dell'individuo inteso come definito dall'OMS "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità".

3. Relazioni istituzionali

L'OTA intrattiene relazioni con i seguenti soggetti:

Portatori di Interesse: le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), IRCSS, Strutture di Ricovero e Cura, per Acuti, Subacuti e/o Riabilitative, accreditate e/o a contratto, Strutture di Psichiatria e Neuropsichiatria Territoriale, Strutture Ambulatoriali, Servizi di Medicina di Laboratorio, Ufficio di Pubblica Tutela (UPT), privati cittadini in qualità di clienti finali, Associazioni rappresentative di categorie di attività sanitarie, Associazioni di Volontariato, Organizzazioni di Rappresentanza dei Cittadini.

Enti/Soggetti Istituzionali Regionali: Direzione Generale Welfare, Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario (ACSS), Agenzia Regionale per l'Emergenza Urgenza (AREU).

Enti/Soggetti Istituzionali territorialmente competenti: Organi Istituzionali di Ispezione (NAS, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, INAIL, ARPA), Procura della Repubblica, Tribunale, Comitato Etico Provinciale, Enti locali e Conferenza dei Sindaci, Università, Ordini e Collegi Professionali.

Altre articolazioni organizzative dell'ATS Direzione Generale e sue articolazioni quali U.O. Epidemiologico, Ufficio Tecnico, Dipartimento PAAPSSS con relativi Servizi e/o U.O., Risk Manager, Direzione Sanitaria e sue articolazioni quali Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria con relativi Servizi e/o U.O., Direzione Socio-Sanitaria e sue articolazioni quali Dipartimento PIPPS, Dipartimento Cure Primarie con relativi Servizi e/o U.O., Direzione Amministrativa e sue articolazioni quali Dipartimento Amministrativo, con relativi Servizi e/o U.O. (Servizio Affari Generali, Servizio Risorse Umane, U.O. Economato/Provveditorato)

Enti/Soggetti Istituzionali Nazionali: Ministero Salute, AGENAS, Istituto Superiore Sanità, Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), Centro Nazionale Sangue, Centro Nazionale Trapianti.

4. Modalità di gestione delle relazioni

All'interno della realtà organizzativa in cui è inserito l'OTA, dopo l'identificazione dei passaggi fondanti del processo di Accreditamento, è definita ed esplicitata la gestione dei flussi comunicativi e informativi interni ed esterni, con il preciso riferimento ai mezzi tecnici e alle risorse umane che concorrono alla conclusione dell'iter con la presenza di:

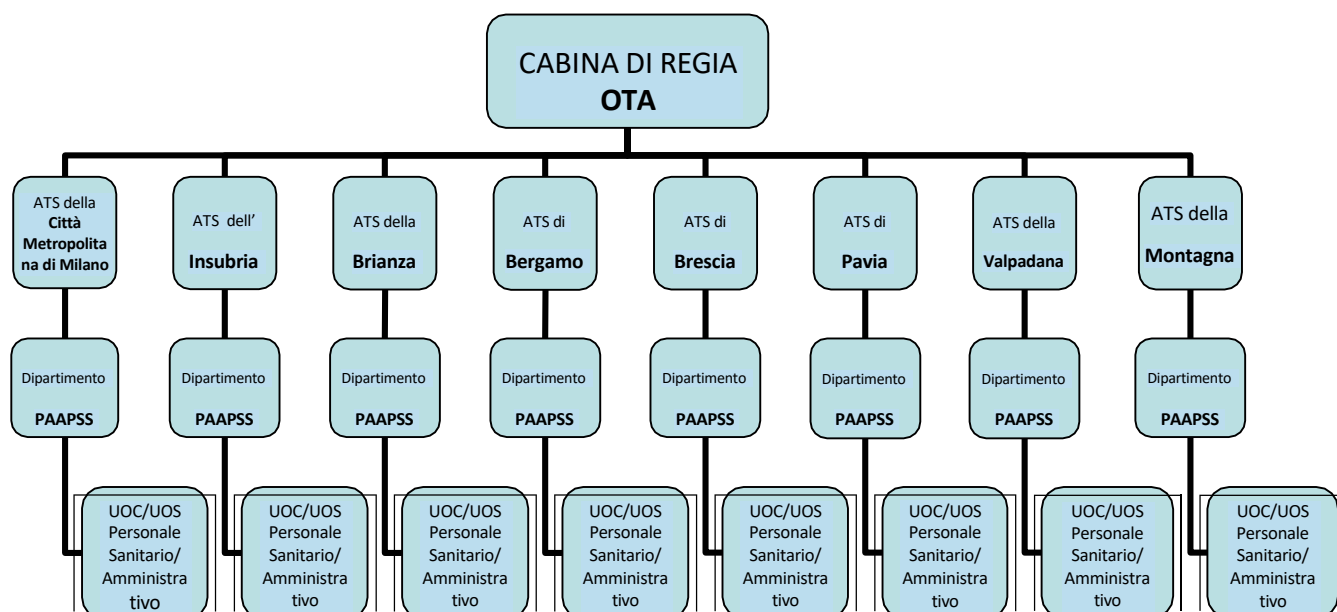
- Protocolli Interdipartimentali o flow chart sui Flussi di Comunicazione, per i rapporti con gli Enti Interni mentre per i Soggetti Esterni vi è evidenza di Incontri Istituzionali con i Soggetti stessi (es. Gdl tecnici -GAT, Conferenza Erogatori, Conferenza dei Sindaci). Con il D.D.G. n. 9535 del 29.09.2016 è stato ricostituito un Gruppo di Lavoro permanente tra la DG Welfare ed i referenti delle ATS e dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, in ambito sanitario, che affronta con cadenza mensile le questioni poste di maggiore rilevanza in tema di autorizzazione, accreditamento, appropriatezza e codifica delle prestazioni sanitarie
- Protocolli per la gestione delle verifiche a seguito di segnalazioni e criticità nel funzionamento delle strutture sanitarie, rilevate da altri enti (o soggetti) con competenze in materia.

Tali protocolli indicano:

- Procedure operative per la gestione delle relazioni interne e esterne, la modalità di coinvolgimento dei vari "soggetti", i metodi e gli strumenti d'informazione e/o consultazione tra gli stessi, la valutazione dei feedback provenienti dai diversi portatori di interesse e da Enti Istituzioni interni o esterni coinvolti.
- Procedura di identificazione del rischio errori nel Processo di Accreditamento e modalità operative di gestione di criticità potenziali o manifeste

5. Organigramma

L'OTA di Regione Lombardia, è composto dai Direttori dei Dipartimenti per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, dai Responsabili degli uffici Accreditamento e Vigilanza e dal personale assegnato per queste attività delle 8 Agenzie Regionali di Tutela della Salute.



La Deliberazione n. X/7600 del 20 dicembre 2017 ad oggetto " Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018 " ha così stabilito:

"In conformità alle disposizioni della l.r. 23/2015, in particolare art.6 e art.15, e al fine di dare pieno adempimento alla DGR 4406/2015 "Recepimento dell'Intesa del 19 febbraio 2015, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie", in particolare laddove prevede al pto.4: "di dare mandato alla Direzione Generale Welfare di adottare ogni necessario provvedimento per consentire l'esecuzione del presente atto" viene costituita, entro il 15/02/2018, la Cabina di Regia dell' Organismo Tecnicamente Accreditante. La Cabina, composta da un rappresentante di ciascuna ATS e da un coordinatore scelto tra i valutatori regionali inseriti nell'Elenco Nazionale degli auditor/valutatori degli Organismi Tecnicamente Accreditanti (OTA), ha il compito principale di redigere, in conformità alle indicazioni nazionali espresse con il manuale di Valutazione degli Organismi Tecnicamente Accreditanti, un unico Manuale per la declinazione dell'operatività dell'OTA, in un'ottica di uniformare il sistema di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie e di armonizzare i Manuali attualmente in uso.

L'organigramma della Cabina di regia dell'OTA regionale è costituito dagli organigrammi delle singole articolazioni territorialmente competenti dell'OTA di Regione Lombardia; i documenti sono condivisi nella piattaforma dedicata.

E' inoltre mantenuto aggiornato annualmente, salvo ulteriori modifiche che dovessero intervenire, l'elenco dell'organico delle singole articolazioni secondo scadenza regionale, e comunque entro il 31 marzo di ogni anno. L'aggiornamento viene condiviso tramite mail nell'ambito dell'OTA – Cabina di Regia.

6. Funzionigramma OTA

I profili riferiti al funzionigramma delle singole articolazioni territorialmente competenti dell'OTA di Regione Lombardia sono omogenei per tutte le Agenzie.

Si rappresenta inoltre che è prevista l'identificazione di un pool di operatori scelti tra le singole articolazioni territorialmente competenti, che supporta funzionalmente l'OTA Cabina di regia nella definizione delle proposte formative condivise.

ATS (Agenzia tutela della Salute)

L'ATS ha funzioni di gestione, programmazione e controllo.

È responsabile della valutazione del possesso e del mantenimento dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie, della negoziazione e dell'acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e del relativo controllo.

Dipartimento PAAPSS:

Il Dipartimento PAAPSSS assicura il supporto tecnico alla Direzione Strategica dell'ATS e garantisce, fra le altre, le funzioni legate all'accreditamento, alla negoziazione e all'acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie ed assicura anche le funzioni di controllo sugli erogatori pubblici e privati come dà indicazioni regionali.

Il **Dirigente Responsabile SC/SS:** assicura, tra le altre funzioni, la programmazione locale dell'attività di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e della verifica del mantenimento dell'accreditamento, eventualmente in collaborazione con le SC competenti di altri dipartimenti (es. Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS)).

- assicura l'istruttoria tecnica e l'espletamento delle procedure per l'autorizzazione all'esercizio ed accreditamento e/o il mantenimento dei requisiti delle strutture sanitarie pubbliche e private, garantendo il costante aggiornamento del portale regionale SIGAUSS;
- redige il piano dei controlli annuale sulla base delle indicazioni regionali e dell'Agenzia dei Controlli;
- cura la qualità e la tempestività del debito informativo;
- verifica periodicamente il raggiungimento degli obiettivi fissati;
- individua i componenti del Team di verifica;
- organizza gli incontri informativi con le Strutture erogatrici;
- partecipa ai tavoli tecnici a livello regionale in materia di autorizzazione e accreditamento;
- collabora con i Responsabili di altri servizi dell'ATS (Affari Legali, Negoziazione) per la risoluzione di problematiche relative a contenziosi;
- collabora con le strutture regionali e aziendali competenti nella programmazione della formazione continua del personale;
- cura l'inserimento del personale di nuova acquisizione/elabora le procedure con le quali vengono definiti i criteri per il reclutamento, la formazione e la gestione dei valutatori;

Personale Sanitario

- provvede all'istruttoria tecnica e all'espletamento delle procedure per l'autorizzazione all'esercizio ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private;
- è componente del Team di verifica, in collaborazione con le altre strutture ATS (es. DIPS);

- effettua le verifiche relative al mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento secondo la normativa nazionale e regionale;
- partecipa in qualità di valutatore nazionale del Centro Nazionale Sangue, a verifiche presso i SIMT e UdR pubblici e delle AVIS, finalizzate al rilascio/ mantenimento di accreditamento ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni 2011;
- partecipa, in qualità di valutatore nazionale iscritto al Registro del Centro Nazionale Trapianti, a verifiche presso i centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) finalizzate al rilascio/mantenimento di accreditamento;
- partecipa agli incontri informativi con le Strutture erogatrici;
- collabora con il Dirigente Responsabile SC/SS nella predisposizione del piano dei controlli annuale sulla base delle indicazioni regionali e dell'Agenzia dei Controlli;
- collabora con il Dirigente Responsabile SC/SS alla predisposizione dei flussi informativi per quanto di competenza;
- partecipa ai tavoli tecnici a livello regionale in materia di autorizzazione e accreditamento;
- partecipa ai corsi formativi e di aggiornamento.

Personale tecnico:

- coadiuva il Dirigente Responsabile e/o il Dirigente Medico nella valutazione della documentazione e nella predisposizione di atti e pareri tecnici e nell'aggiornamento del portale **SIGAUSS**;
- partecipa in qualità di verificatore, ai sopralluoghi per il rilascio/rinnovo di accreditamento;
- predispose il verbale di verifica in collaborazione con il Dirigente Responsabile e gli altri verificatori facenti parte il team di verifica (es: tecnici esterni DIPS) utilizzando le modalità e la modulistica previste;
- partecipa agli incontri informativi con le Strutture erogatrici;
- collabora con il Dirigente Responsabile e/o il Dirigente Medico nella pianificazione delle verifiche;
- garantisce una corretta archiviazione della documentazione;
- partecipa ai corsi formativi e di accreditamento.

Personale amministrativo:

- supporta il Dirigente Responsabile e/o il Dirigente Medico nella predisposizione di provvedimenti e nell'aggiornamento del portale SIGAUSS;
- cura i procedimenti amministrativi concernenti problematiche di carattere giuridico inerenti l'accreditamento (contenziosi, sospensioni, dinieghi ecc.);
- svolge attività di verifica periodica, secondo quanto previsto dalla vigente normativa, in materia delle autocertificazioni presentate con le istanze di accreditamento/rinnovo;
- gestisce la corrispondenza;
- garantisce una corretta archiviazione della documentazione;
- partecipa agli incontri informativi con le Strutture erogatrici;
- partecipa ai corsi formativi e di aggiornamento.

Gli operatori di cui ai profili sopra riportati si attengono a quanto previsto dal Codice etico-comportamentale, di cui ciascuna ATS si è dotata in conformità alle normative vigenti. Al fine di condividere le specifiche da adottare nello svolgimento delle attività di Accreditamento e Vigilanza, vengono svolte, anche localmente, attività informative e formative di supporto per garantire la conoscenza e l'adesione alle norme comportamentali richieste da parte del personale.

Ciascuna Articolazione territorialmente competente dell'OTA (vedi ATS) ha l'obbligo di condividere con tutto il personale operante il Codice-Etico comportamentale attraverso la pubblicazione sull'area intranet aziendale, mediante l'invio dello stesso tramite posta elettronica o attraverso altre modalità di condivisione.

Inoltre, all'atto di assunzione, ai sensi di quanto previsto dalla disposizione normativa di cui al DPR 13 giugno 2023 n. 81 "Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165», il dipendente neoassunto:

- è invitato, mediante la consegna di apposita informativa da sottoscrivere, a prendere visione del codice comportamentale dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del DLgs 165/2001 e del Codice di comportamento di ciascuna ATS che integra e specifica il Codice di comportamento generale. L'informativa sottoscritta è parte integrante del fascicolo di ciascun dipendente depositato agli atti presso i Servizi Risorse Umane di ciascuna ATS;
- Il Codice Etico-Comportamentale, sempre disponibile per la consultazione da parte degli operatori sull'Area intranet aziendale o con altra modalità, è altresì richiamato all'interno delle procedure operative standard dei Servizi Accreditamento delle singole ATS per quanto attiene agli aspetti correlati all'assenza di conflitto di interesse;
- ogni articolazione territorialmente competente (vedi ATS) organizza annualmente dei corsi specifici sugli aspetti delineati dal Codice di comportamento del dipendente pubblico, con particolare attenzione agli aspetti legati alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza amministrativa, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

7. Pianificazione, effettuazione e valutazione delle attività

L'attività dell'OTA viene pianificata annualmente mediante predisposizione del Piano dei Controlli, redatto sulla base delle indicazioni fornite dalle Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario, deliberate annualmente dalla Giunta Regionale, e tenendo conto di quanto contenuto nel Piano dei controlli e dei protocolli (operativi) proposto dalla Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo (ACSS) costituita ai sensi dell'art.11, comma 4, lettera a) della l.r. 23/15 quale organismo tecnico-scientifico terzo e indipendente, in grado di garantire continuità, uniformità, equità e sviluppo alle attività di verifica e controllo.

Il Piano dei Controlli è il principale strumento di programmazione di cui le ATS dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo, esplicitando le strategie, gli obiettivi e gli indicatori al fine di garantire il miglioramento continuo dei servizi forniti.

È prevista la sua pubblicazione sul sito istituzionale delle ATS, e la sua presentazione agli stakeholder del Sistema Sanitario regionale nella sua organizzazione locale. Il Piano contiene inoltre una sezione dedicata agli esiti dell'attività di controllo dell'anno precedente.

Sul sito web delle ATS, così come sul sito istituzionale della DGW della Regione Lombardia, sono disponibili tutte le informazioni utili in tema di accreditamento (modalità di presentazione delle istanze, normativa di riferimento ecc.).

L'OTA gestisce le attività di verifica e controllo dei requisiti delle Strutture Sanitarie, le eventuali sanzioni amministrative, nonché delle azioni di diffida e/o sospensione dell'erogazione, attraverso l'applicativo SIGAUSS (Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie). Tale applicativo viene utilizzato inoltre per la compilazione online delle istanze di autorizzazione e accreditamento da parte degli enti gestori di strutture sanitarie.

Attraverso **SIGAUSS** viene gestita la banca dati delle strutture sanitarie da parte delle ATS e di Regione Lombardia, ed è possibile accedere all'anagrafica delle Strutture, all'Assetto Ufficiale (edifici, unità organizzative, ecc.). La sezione DDO dell'applicativo consente di verificare i requisiti relativi al minutaggio assistenziale.

L'OTA pianifica le azioni di miglioramento, attraverso audit periodici interni e/o con il coinvolgimento delle parti interessate

8. Forme di partecipazione dei cittadini

In generale, il termine partecipazione designa la possibilità di dare un ruolo agli individui nei processi di "presa di decisione" che interessano una comunità.

A livello attuativo delle politiche sanitarie, l'espressione partecipazione rimanda al fatto di essere parte attiva di un'azione collettiva.

Per i cittadini partecipare rappresenta un'occasione per fare emergere alcune condizioni critiche e per condividere esperienze. Tutto ciò è volto a favorire una più diretta interazione fra i cittadini e coloro che sono responsabili delle politiche sociosanitarie.

Nel processo di accreditamento la partecipazione attiva dei cittadini ha lo scopo di:

- consentire una migliore comprensione e condivisione da parte della cittadinanza del concetto di accreditamento, dei requisiti previsti e del sistema di sorveglianza messo in atto in Regione Lombardia;
- fornire informazioni utili per una valutazione maggiormente consapevole della qualità delle prestazioni erogate dalle strutture formalmente accreditate, afferenti sia ad Enti di diritto pubblico che di diritto privato;
- identificare, mediante un'analisi critica delle informazioni raccolte dalla cittadinanza, specifiche strategie di intervento nell'ambito della vigilanza in materia di accreditamento istituzionale.

I cittadini vengono rappresentati dall'Ufficio di Pubblica Tutela (U.P.T.) oppure in alternativa da specifiche associazioni (ad es. Cittadinanza attiva - Tribunale per i diritti del malato - Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC), che si occupano di tutelare e rafforzare il potere di intervento degli stessi nelle politiche pubbliche, attraverso la valorizzazione delle loro competenze e del loro punto di vista.

La partecipazione ed il contributo da parte dei cittadini e delle relative associazioni possono avvenire nei seguenti ambiti e livelli:

- incontro annuale con i rappresentanti dei cittadini/U.P.T./conferenza dei sindaci;
- invio da parte degli organismi rappresentativi (Tribunale per i diritti del malato, Cittadinanza attiva, associazioni di pazienti e associazione dei consumatori), di segnalazioni/quesiti riguardanti le strutture sanitarie;
- condivisione di un report annuale di analisi delle segnalazioni e/o esposti da privati cittadini e/o da personale ivi operante riguardanti le strutture sanitarie (URP);
- pubblicazione dell'elenco delle strutture sanitarie divise per tipologia sul sito internet istituzionale (se possibile con eventuale geo-referenziazione di tali Strutture).

Le responsabilità per le attività di coinvolgimento dei cittadini sono in carico in prima istanza alle Direzioni Strategiche delle ATS territorialmente competenti.

In secondo luogo, gli uffici coinvolti nel processo di coinvolgimento dei cittadini in materia di accreditamento sono gli uffici del Dipartimento P.A.A.P.S.S., l'URP e l'Ufficio Stampa.

9. Mantenimento delle relazioni con i portatori di interesse

L'OTA garantisce la rappresentatività dei portatori di interesse che identifica come tutti i soggetti che abbiano, a vario titolo, un legittimo interesse nelle attività e nei processi decisionali relativi all'accreditamento istituzionale in quanto direttamente coinvolti o influenzati dagli stessi.

Nella pluralità di interlocutori in ambito di accreditamento istituzionale, sono individuati principali portatori di interesse *esterni*:

- organizzazioni rappresentative dei cittadini/dei pazienti associazioni di volontariato;
- ordini/associazioni di rappresentanza delle categorie professionali;
- strutture sanitarie pubbliche e private (conferenza degli erogatori);

e i portatori di interesse *di tipo istituzionale*:

- Enti locali (conferenza dei Sindaci);
- Organi istituzionali di ispezione (NAS, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Ispettorato del Lavoro, ecc.) altre ATS;
- Agenzia dei Controlli Sanitari e Sociosanitari;
- Regione Lombardia e Agenzie nonché Centri Nazionali di riferimento (Agenas, Centro Nazionale Sangue, Centro nazionale Trapianti)

L'OTA garantisce l'inclusività dei diversi portatori di interesse al fine di massimizzare l'efficacia della propria attività, sviluppando un approccio partecipato e la condivisione di un percorso di miglioramento.

All'interno del funzionigramma sono identificate modalità e responsabilità per il coinvolgimento/mantenimento dei rapporti con i portatori di interesse.

10. Scelta, formazione, addestramento e aggiornamento dei valutatori per l'accreditamento

Le modalità di reclutamento del personale, trattandosi di attività istituzionale, sono definite in base alla normativa nazionale e regionale vigente, attraverso concorsi o mobilità.

Le figure professionali interessate appartengono ai seguenti profili:

- Sanitario, in possesso di Laurea sanitaria almeno triennale o equipollente
- Tecnico, in possesso di Laurea tecnica almeno triennale o equipollente
- Amministrativo.

Il personale delle articolazioni territorialmente competenti dell'OTA di Regione Lombardia svolge anche la funzione di valutatore.

Ciascuna articolazione definisce al suo interno il fabbisogno del personale valutatore.

I criteri di analisi del fabbisogno di valutatori tengono conto della numerosità, diversificazione e complessità degli erogatori soggetti a verifica.

Il fabbisogno di valutatori di cui si avvarrà complessivamente l'OTA viene definito dal Responsabile del Dipartimento, in collaborazione con il Responsabile dell'Unità Operativa cui affersce l'OTA, seguendo i percorsi descritti nelle procedure aziendali di richiesta del personale, sulla base dei seguenti criteri:

- volume di attività prevista (numero di strutture da valutare, complessità organizzativa, ecc.);
- tipologie di verifiche da effettuare;
- risorse presenti;
- numero minimo di valutatori e professionalità richieste per la composizione dei team di verifica;
- obiettivi da perseguire.

Esperate le procedure di assunzione/mobilità, gli operatori seguono un percorso di inserimento/addestramento sulla base dei diversi profili professionali. È compilata da parte del responsabile dell'Unità Operativa cui afferisce l'OTA la scheda di inserimento personale che tiene conto delle peculiarità riferite alla qualifica professionale, delle competenze necessarie, dell'esperienza professionale già eventualmente maturata e da sviluppare, delle responsabilità legate al ruolo.

Tale scheda permette di definire un programma di formazione di base in grado di favorire la comprensione del ruolo, delle attività, delle responsabilità, dei valori e delle regole per il corretto esercizio dell'incarico, e di implementare specifiche attività di addestramento, training, verifica e supporto.

La scheda prevede:

- la valutazione del grado d'istruzione, esperienza pregressa, abilità personali
- gli obiettivi formativi e le attività da conseguire in un lasso di tempo predefinito
- l'identificazione di un tutor per l'inserimento/addestramento
- momenti di valutazione intermedia e finale la necessità di formazione di base e ad hoc.

E' prevista una valutazione periodica documentata per ogni unità del personale: a tal riguardo si applicano le procedure di valutazione del personale previste dalle singole Agenzie, che tengano conto delle specifiche riferite ai profili degli operatori delle singole ATS territorialmente competenti.

Al fine di mantenere, implementare le competenze specifiche del personale, sulla base delle procedure aziendali annualmente viene effettuata un'analisi dei fabbisogni formativi con l'individuazione dei percorsi da attuare. Gli eventi vengono organizzati dalle ATS ovvero dalla DGW della Regione Lombardia.

Annualmente i preposti uffici della DGW della Regione Lombardia acquisiscono dalle singole ATS l'elenco del personale afferente agli uffici Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie, attraverso specifici format che prevedono l'indicazione dei dati anagrafici e ruolo.

Per ogni valutatore viene predisposto un fascicolo personale custodito presso le singole ATS, costantemente aggiornato, accessibile ai soggetti autorizzati e all'interessato. Nel fascicolo vengono riportate le informazioni inerenti alla formazione e l'attività svolta.

Le attività svolte dal valutatore sono analizzate sulla scorta dei processi che lo stesso deve attuare. Tali processi sono inseriti nel piano triennale anticorruzione classificati in base alle fasce di rischio individuate.

In relazione a peculiari esigenze dell'attività di verifica, è possibile, previa autorizzazione del Direttore Generale dell'ATS, coinvolgere personale di specifica professionalità e competenza esterno all'Agenzia, in grado di integrare il team di verifica. Le modalità di selezione e definizione degli importi dovuti sono definite da specifiche procedure aziendali.

11. Pianificazione e svolgimento dell'attività di verifica

Le modalità di conduzione degli accertamenti in relazione alle diverse fattispecie oggetto di verifica sono definite nelle specifiche procedure predisposte dagli OTA nelle singole ATS nel rispetto dei seguenti principi generali

- garanzia di verificabilità, coerenza e congruità di ogni operazione svolta. Per ogni attività di verifica deve essere disponibile un adeguato supporto documentale che ne attesti le caratteristiche e consenta di individuare le responsabilità nelle diverse fasi dell'iter;
- separazione delle funzioni: ove l'organizzazione dell'Unità Operativa cui afferisce l'OTA lo consenta, devono rimanere separate le operazioni ispettive rispetto a quelle programmatiche, autorizzative e di controllo della regolarità del processo;
- è fatta salva la competenza regionale di conferma dei provvedimenti autorizzativi e/o di accreditamento delle ATS, che divengono operativi solo dopo presa d'atto dei competenti Uffici Regionali, previa verifica della coerenza con la programmazione regionale;
- rotazione degli operatori e variazione della composizione dell'equipe: ai fini della prevenzione del fenomeno della corruzione, ove l'organizzazione lo renda possibile, nella programmazione degli accertamenti si dovrà prevedere la modifica della composizione dell'equipe in modo che una stessa struttura venga periodicamente vigilata da operatori diversi. Sono fatti salvi quei casi, adeguatamente motivati, in cui risulti impossibile ruotare, ad esempio: limitate risorse umane disponibili e non intercambiabili, richiesta di alta specializzazione o requisiti speciali stabiliti dalle leggi e regolamenti, ecc.

L'OTA, nella sua articolazione nelle singole ATS, assicura la presenza al suo interno di diverse professionalità, in grado di fornire l'apporto integrato delle varie competenze teoriche ed esperienziali necessarie per lo svolgimento delle funzioni attribuite. In ciascuna ATS è individuato il responsabile OTA.

Annualmente il responsabile partecipa alla redazione del Piano dei Controlli, con riferimento alle indicazioni contenute nelle "Regole di sistema" pubblicate dalla Regione Lombardia, che definiscono i principi che ispirano le attività dell'ATS anche nel settore della vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie e delle raccomandazioni fornite dall'Agenzia di Controllo del Sistema Socio sanitario Lombardo così come definito in premessa al presente documento.

Il Responsabile provvede alla definizione della pianificazione delle attività previa condivisione con i componenti dell'OTA e con le figure integrative dei Dipartimenti coinvolti.

L'attività di processazione delle istanze (per nuova struttura, ampliamento, trasformazione, accreditamento) deve avvenire nel rispetto delle tempistiche previste nella DGR 3312/01 e CIRC 26/SAN/01.

Se le operazioni di verifica si concludono positivamente, il responsabile dell'unità Operativa cui afferisce l'OTA predisponde i provvedimenti di autorizzazione/accreditamento che vengono notificati alla Direzione Generale Salute della Giunta Regionale entro 15 giorni dalla loro adozione. La procedura di autorizzazione/accreditamento si intende perfezionata all'atto dell'iscrizione nel registro regionale delle Strutture Accreditate, ovvero al recepimento della presa d'atto regionale

Verifica del mantenimento dei requisiti

Sulla base delle indicazioni definite annualmente nel Piano Aziendale dei controlli, formalmente deliberato, il Responsabile, unitamente ai componenti dell'OTA, procede alla pianificazione dell'attività di controllo, individuando gli obiettivi della verifica, i requisiti che saranno oggetto di controllo, le evidenze necessarie per l'assolvimento dei requisiti oggetto di verifica.

REGIME SANZIONATORIO

L'accertamento dell'assenza o mancato mantenimento di requisiti autorizzativi e/odi accreditamento, comporta l'invio alla Struttura di diffida ad adempiere entro un congruo termine. L'OTA provvede, alla scadenza del termine previsto, alla verifica dell'assolvimento dei requisiti. Il mancato adeguamento comporterà sospensione dell'autorizzazione e accreditamento per un periodo da 3 a 180 giorni. In relazione al tipo di requisito mancante, generale o specifico, la sospensione potrà riguardare tutta la struttura, una o più branche specialistiche, una o più Unità Operative.

L'accertamento di una grave carenza tale da determinare un grave rischio per la salute dei cittadini comporterà l'emissione di provvedimenti di diffida e contestuale sospensione dell'attività da 3 a 180 giorni.

La mancata ottemperanza a seguito di sospensione comporta a seguito la revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento.

L'accertamento del mancato possesso o mantenimento di uno o più requisiti autorizzativi o di accreditamento, comporta inoltre l'irrogazione delle sanzioni amministrative pecuniarie previste dai commi d) ed f) dell'art. 17 L.R. 33/09 come modificato dall'art 27 quinquies della L.R 23/15. Se il fatto rilevato comportasse violazione di norme sanzionate penalmente, l'OTA predisponde segnalazione di notizia di reato da inviarsi alla Procura della Repubblica.



Manuale di Gestione

Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie – Autorizzazione e Accredimento (SIGAUSS)

Data revisione: 13-01-2025

Cronologia delle Revisioni

Revisione	Data	Sintesi delle Modifiche
1	28/2/2018	Prima versione
2	25/10/2018	Georeferenziazione delle strutture sanitarie e degli enti gestori (2.1.3.1, 2.1.3.3) Introduzione delle informazioni di apicalità per strutture pubbliche di ricovero e cura (2.1.3.3) Riviste le regole relative alle opzioni disponibili relative alla assegnazione del Numero di Registro Regionale durante il cambio gestione (2.2.7.5).
3	03/12/2021	Introdotta la possibilità per gli Enti Gestori di inoltrare istanza informatica per la richiesta di Ente Unico e per l’inserimento di strutture accreditate in un Ente Unico esistente (2.2.3.1) Introdotta la dematerializzazione del Registro Regionale delle Strutture Accreditate (2.2.7.7) Reso disponibile un sistema di reportistica sugli assetti ufficiali basato su Data Warehouse (2.2.5.4) Effettuato un aggiornamento degli elenchi di Unità Organizzative e Macroattività (2.1.4.6,2.1.4.7) Applicati degli adeguamenti al modulo di Diffide e Sanzioni (2.2.9.6) Inserito ulteriore dettaglio sulle regole di gestione del codice CUDES e dell’informazione “Valido FIM” (2.2.10.2, 2.2.10.3)



Revisione	Data	Sintesi delle Modifiche
4	9/5/2023	(2.1.2) Aggiornamento dei riferimenti normativi relativi alla delibera IX/6677 del 18/07/2022 sulla revisione delle procedure di accreditamento delle strutture sanitarie (2.1.4.5) Introdotta la nuova tipologia di struttura OdC (Ospedale di Comunità) e la nuova sotto-tipologia di struttura di ricovero e cura, NPI. (2.1.4.7) Aggiornato l'elenco delle Unità Organizzative e delle Macroattività (2.2.1.5) Introdotta l'istanza per la riclassificazione delle macroattività di laboratorio e introdotto il nuovo ruolo CRC-MedLab (2.1.5.4) Eliminate le specialità relative ai laboratori (2.2.5.4) Aggiornati i report relativi alle funzionalità di DWH n.b. sono stati eliminati dal presente documento gli schemi di workflow presenti nelle precedenti versioni del documento
5	23/10/2024	(2.1.5.5) Osservazione Breve Intensiva .
6	13/01/2025	(Tabella 12) Riorganizzazione sezione specialità ambulatoriali codificate

Indice dei contenuti

1.	Premessa	5
1.1	Acronimi	6
1.2	Definizioni.....	6
2.	Descrizione del Servizio	9
2.1	Esigenza e Contesto di riferimento	9
2.1.1	Esigenza	9
2.1.2	Contesto di riferimento.....	9
2.1.3	La base informativa di riferimento.....	11
2.1.3.1	Ente Gestore.....	11
2.1.3.2	Struttura Sanitaria	12
2.1.3.3	Gli altri livelli organizzativi	13
2.1.4	Dettagli.....	13
2.1.4.1	Ente.....	13
2.1.4.2	Ente Flussi Ministeriali	14
2.1.4.3	Proprietario.....	15
2.1.4.4	Legale Rappresentante	15
2.1.4.5	Struttura	15
2.1.4.6	Unità organizzativa.....	18
2.1.4.7	MacroAttività.....	20
2.1.4.8	Specialità	22
2.1.4.9	Edifici.....	23
2.1.5	Note riassuntive	24
2.1.5.1	Unità di raccolta.....	24
2.1.5.2	Degenze semi-intensive	24
2.1.5.3	Area materno-infantile	24
2.1.5.4	Gestione dei laboratori	24
2.1.5.5	Gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI)	25
2.2	Processo informatico.....	26
2.2.1	Le istanze	26
2.2.1.1	Stati delle istanze.....	30
2.2.1.2	Messaggistica interna	32



2.2.1.3	Associazione dei requisiti dell'istanza	33
2.2.1.4	Trasferimento di sede tramite istanza.....	35
2.2.1.5	Riclassificazione tramite istanza.....	37
2.2.2	I processi	37
2.2.2.1	Il processo di modifica Ente gestore (PMEG).....	38
2.2.2.2	Il Processo di modifica struttura (PMS).....	41
2.2.3	La gestione dell'Ente unico	51
2.2.3.1	La richiesta Ente Unico tramite istanza.....	51
2.2.4	Abilitazione alla certificazione sportiva	54
2.2.4.1	Vincoli generali sull'abilitazione.....	54
2.2.4.2	Abilitazione tramite istanza	55
2.2.4.3	Abilitazione tramite processo.....	57
2.2.5	Gestione della banca dati.....	57
2.2.5.1	Report	57
2.2.5.2	Estrazioni.....	60
2.2.5.3	Gestione storici.....	61
2.2.5.4	I report su Data Warehouse.....	64
2.2.6	Gestione delle strutture autorizzate.....	65
2.2.6.1	Inserimento diretto di un Ente.....	66
2.2.6.2	Modifica diretta di un Ente.....	66
2.2.6.3	Inserimento e modifica di una Struttura solo AUT.....	66
2.2.7	Gestione del Registro Regionale e Nota di Operatività	66
2.2.7.1	Iscrizione a Registro Regionale.....	67
2.2.7.2	Aggiornamento del Registro Regionale.....	67
2.2.7.3	Cancellazione dal Registro	67
2.2.7.4	Ricerca sul Registro Regionale	68
2.2.7.5	Regole di assegnazione del numero di Registro Regionale	68
2.2.7.6	Nota di Operatività	69
2.2.7.7	La dematerializzazione del Registro Regionale.....	69
2.2.8	Gestione dei Contratti.....	69
2.2.9	Diffide e sanzioni	70
2.2.9.1	La registrazione dell'esito dei requisiti	74
2.2.9.2	Registrazione della verifica Post-Diffida.....	75
2.2.9.3	Registrazione della Verifica Post-Sospensione	76
2.2.9.4	Il flusso di processo in sintesi	77
2.2.9.5	Ulteriori funzionalità e caratteristiche	79
2.2.9.6	Adeguamenti	79
2.2.10	Integrazione con i flussi ministeriali	80
2.2.10.1	Ente Flussi Ministeriali	80
2.2.10.2	La gestione del codice FIM	80
2.2.10.3	La gestione del codice CUDES.....	81
2.3	Autenticazione e regole di accesso al Servizio	82
2.3.1	Accessi previsti	82
2.3.1.1	Operatori SISS (Enti Gestori - ATS - DGW).....	82
2.3.1.2	Caso particolare per operatori ATS - DGW.....	82
2.3.1.3	Operatori di Enti Gestori non aderenti SISS.....	83
2.3.2	Ruoli operatore e criteri di visibilità dei dati	83
2.3.2.1	Operatori SISS.....	84
2.3.2.2	Operatori non aderenti SISS.....	84
2.3.2.3	Visione di sintesi.....	85
2.3.3	Attività degli Operatori con tipologia di accesso Supervisore B	93
3.	Allegato 1 – Simulazione di istanza.....	95

Indice delle Tabelle

Tabella 1 - Acronimi	6
Tabella 2 – Dati Ente.....	14
Tabella 3 - Ente Flussi Ministeriali	15
Tabella 4 – Dati Proprietario (Holding).....	15



Tabella 5 – Dati Legale Rappresentante	15
Tabella 6 – Dati Struttura	17
Tabella 7 – Dati Unità Organizzative	18
Tabella 9 - Unità Organizzative.....	19
Tabella 10 – Dati Macro Attività.....	20
Tabella 11 - Elenco macroattività.....	21
Tabella 12 – Specialità	22
Tabella 13 – Elenco specialità codificate	22
Tabella 14 – Tipologie d’istanza	27
Tabella 15 – Stati istanza lato Ente Gestore	30
Tabella 16 – Stati istanza lato ATS	31
Tabella 17 – Stati istanza lato DGW -	32
Tabella 18 - Tipologie istanza, strutture e requisiti	34
Tabella 19 – Criteri intesa governo/regioni/provincie autonome del 20/12/2012 e 19/02/2015	35
Tabella 20 - Descrizione del processo PMEG	41
Tabella 21 - Descrizione del processo PMES.....	44
Tabella 22 – Dati Ente Unico	52
Tabella 23 – Dati Nota di Operatività.....	69
Tabella 24 – Dati contratto	70
Tabella 25 – Organi di competenza degli atti di Diffida e Sanzione	72
Tabella 26 - Sintesi delle regole di processo	78
Tabella 27 - Ruoli operatore SISS piattaforma Accreditamento.....	92
Tabella 28 - Ruoli operatore NON SISS piattaforma Accreditamento	92
Tabella 29 - Attività svolte dal Supervisore B (ATS).....	94

Indice delle Figure

Figura 1 - Schema generale	6
Figura 2 - Schema di sintesi delle entità informative.....	11
Figura 3 - Il flusso di processo PMEG	39
Figura 4 - Schema del processo PMS	42
Figura 6 - Schema gerarchico per la gestione degli status di struttura sanitaria	48
Figura 7 - I Report Istituzionali	65
Figura 8 - I Report Posti letto	65
Figura 9 - I report Q	65
Figura 10 – Flusso del processo Sanzioni e Diffide	73
Figura 11 - Schema per l'accesso al sistema	83



1.Premessa

L'Intesa del 20 dicembre 2012 -ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, - tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa sull'accreditamento" e l'allegato allegato B dell'intesa del 19 febbraio 2015 - ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, - tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie, hanno individuato, quale elemento cruciale per garantire la trasparenza del sistema di accreditamento, la definizione delle modalità di verifica che devono essere adottate per garantire l'effettivo possesso dei requisiti delle organizzazioni sanitarie, indicando criteri comuni per l'individuazione e il funzionamento dell'organismo deputato alle verifiche, definito come **Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA)**.

L' Organismo Tecnicamente Accreditante in Regione Lombardia è istituito, o meglio identificato, ai sensi della DGR 4406 del 30/11/2015, nelle 8 Agenzie di tutela della salute.

La DGR XI/6677 del 18/7/2022 recepisce quanto previsto dalla l.r. 20 maggio 2022, n. 8 che modifica i commi 4 e 5 dell'art. 15 "Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie" della l.r. 33/2009, riportando in capo alla Regione l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie e demandando alle ATS lo svolgimento dell'istruttoria. L'indipendenza di giudizio viene garantita dalla articolazione organizzativa delle singole ATS, che prevede la separazione tra competenze istruttorie e conclusione del procedimento in carico alla DG Welfare.

Nell'ambito del processo di accreditamento, all'OTA sono affidate le seguenti fasi:

- Istruttoria amministrativa (verifica completezza della domanda, verifica della compatibilità con la programmazione regionale, verifica della rispondenza ai requisiti soggetti e verifica del possesso delle autorizzazioni)
- Valutazione tecnica (verifica del possesso dei requisiti di accreditamento) e trasmissione degli esiti alla DG Welfare.
- Entro 60 giorni dal ricevimento dell'atto di conclusione iter da parte dell'ATS, la Giunta Regionale delibera l'accreditamento o la variazione dell'accreditamento con conseguente iscrizione/aggiornamento del Registro Regionale delle strutture accreditate dandone comunicazione all'Ente Gestore e all'ATS.

Il Sistema di Gestione Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie – Autorizzazione e Accreditamento (SIGAUSS) riporta, quale Manuale informatizzato, tutti i requisiti necessari al rilascio dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture accreditate, ed è aggiornato con gli 8 Criteri previsti dal Disciplinare di cui all'Intesa del 20 dicembre 2012.

SIGAUSS, di cui questo manuale ne illustra le caratteristiche, gestisce i processi di autorizzazione/DIA/SCIA, di accreditamento, e le attività di controllo (diffide e sanzioni) delle strutture sanitarie, consentendo ai componenti dell'OTA così come agli uffici regionali uguali modalità di gestione dei processi garantendo di conseguenza la trasparenza, l'omogeneità e l'autonomia dell'organismo stesso nello svolgimento delle proprie funzioni.

Come illustrato nella seguente figura riepilogativa vengono inoltre rese disponibili funzionalità a supporto di processi più trasversali e di utilità per la gestione delle strutture sanitarie quali il trasferimento di sede, le variazioni di titolarità, la gestione del Registro Regionale, le Note di Operatività, la gestione dei dati storici, dei contratti e del codice unico (CUDES).

Ove richiesto, alla gestione dei precedenti processi si affianca la produzione di report cartacei rivolti sia agli Enti Gestori delle strutture sanitarie che agli operatori di ATS e di DGW.

Per poter garantire le citate funzioni il servizio SIGAUSS si basa su una infrastruttura applicativa di workflow management e su una infrastruttura dati che supporta sia l'archiviazione delle informazioni di processo sia l'anagrafica unica delle strutture sanitarie.

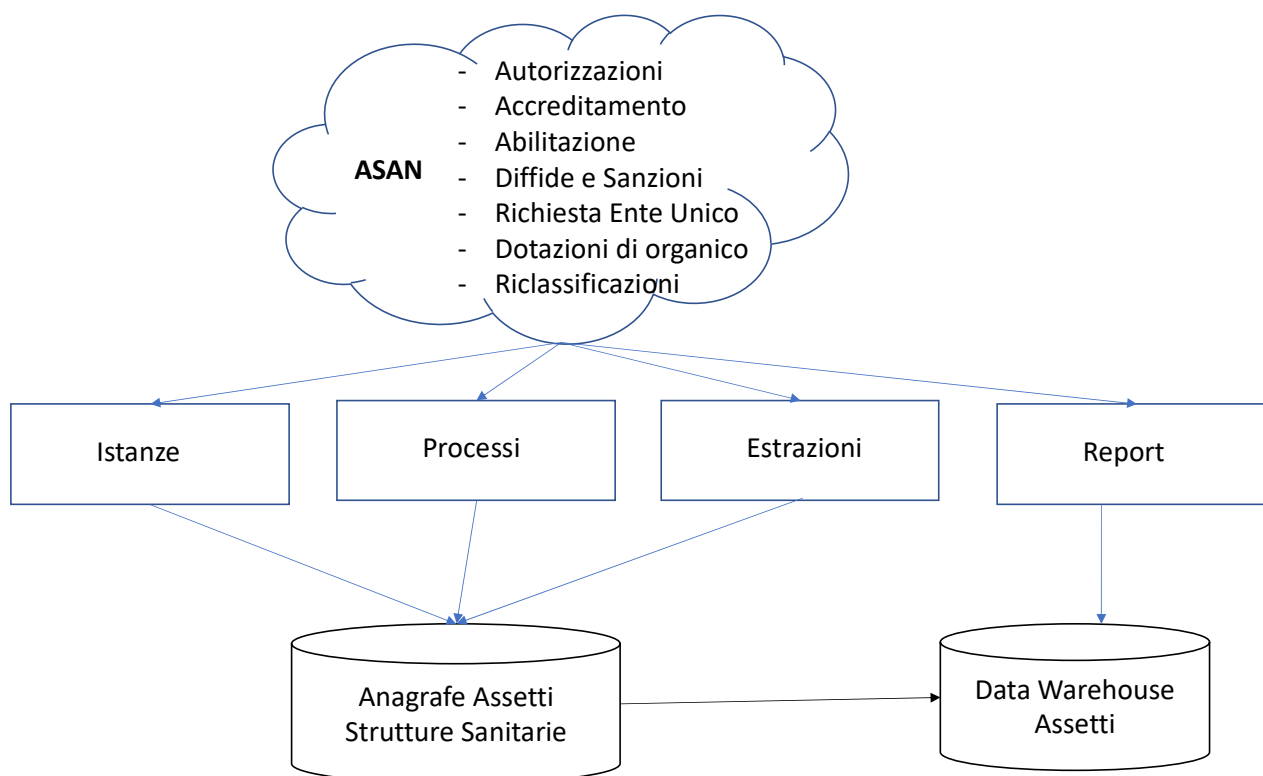


Figura 1 - Schema generale

1.1 Acronimi

Acronimo	Definizione
ATS	Agenzie di tutela della salute
ASST	Aziende Socio-Sanitarie territoriali
DCS	Dominio Centrale della Sanità
DGW	Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia
DWH	Data Warehouse
MA	Macroattività
NPI	Neuropsichiatria Infantile
OdC	Ospedale di Comunità
OTA	Organismo Tecnicamente Accreditante
PMA	Procreazione Medicalmente Assistita
RL	Regione Lombardia

Tabella 1 - Acronimi

1.2 Definizioni

Accreditamento sanitario: processo col quale una o più strutture sanitarie appartenenti a un Ente Gestore danno evidenza alla ATS e alla Regione Lombardia del rispetto di una serie di requisiti e standard di qualità necessari per poter essere definiti potenzialmente idonei ad erogare prestazioni per conto del SSR e assumere lo status di "struttura accreditata". Tali requisiti comprendono i requisiti minimi autorizzativi previsti dal DPR 14/1/97, i requisiti di accreditamento stabiliti dalla DGR 38133/98, e gli ulteriori requisiti generali o specifici, stabiliti da successivi provvedimenti normativi per singole tipologie di attività. Lo status di soggetto accreditato è condizione necessaria ma



non sufficiente affinché le ATS possano sottoscrivere accordi contrattuali per l'erogazione presso tali strutture di prestazioni sanitarie a carico del SSR.

Area Dipartimentale: articolazione organizzativa propria delle strutture di Ricovero e Cura, che rappresenta una modalità di organizzazione integrata di più UU.OO. (strutture complesse e semplici) che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute favorendo la razionalizzazione in termini di efficienza, efficacia ed economicità delle risorse e la realizzazione di obiettivi e programmi di rilevanza strategica. La disciplina di tale organizzazione dipartimentale è normata dalla DGR 9014/09.

Assetto: Definizione della struttura in edifici, Aree Dipartimentali, U.O., Macro-attività e branche specialistiche. Il primo assetto approvato, a partire da un'istanza di autorizzazione/accreditamento, è "l'Assetto Ufficiale della struttura", il quale potrà essere aggiornato da eventuali e successive istanze.

Assetto Virtuale: Area di memoria temporanea contenente le sole "proposte" di variazione sui dati presenti nell'Assetto Ufficiale di una struttura, presentate dall'ATS a DGW per approvazione. L'Assetto Virtuale viene generato durante il processo di gestione di un'istanza e/o processo. Al completamento dell'iter di un'istanza (o processo) con esito positivo da parte DGW, i dati contenuti nell'Assetto Virtuale andranno a generare il nuovo Assetto Ufficiale della struttura.

Diffida: Provvedimento conseguente all'accertamento dell'assenza o mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento con il quale viene indicato il termine temporale entro il quale una struttura dovrà ottemperare ai medesimi requisiti

Diffida e contestuale sospensione: Provvedimento conseguente all'accertamento dell'assenza o mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento tali da comportare un grave rischio e per la salute dei cittadini, con il quale, in aggiunta alla diffida ad adempiere entro un congruo termine, viene imposta l'immediata sospensione dell'attività per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di 180 giorni. Il riscontro della violazione delle disposizioni di cui al comma 1 lettere c), e), g) ed h) dell'art. 27 quinquies L.R. 33/2009, come modificata dalla LR 23/2015, contestate alla medesima struttura per la terza volta nel corso dell'anno solare, comporta, oltre a diffida ad adempiere, l'immediata sospensione dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento per un tempo congruo al ripristino dei requisiti.

Edificio: Fabbricato o il padiglione all'interno del quale sono ubicate le varie Unità organizzative, con le rispettive Macro-attività. Ciascun edificio è univocamente identificato attraverso i dati catastali (come esempio: Foglio, Subalterno, Mappale)

Elenco documenti: Documentazione prevista dall'all.1 alla DGR 3312/2001, come modificato dal ddg 23238/2001, a corredo dell'istanza predisposta dagli utenti attraverso l'applicativo SIGAUSS e presentata all'ATS in formato cartaceo.

Ente Aderente: possibile caratterizzazione di un Ente Gestore qualora questi faccia richiesta di adesione al progetto CRS-SISS. Tra i diversi tipi di enti aderenti previsti dal progetto SISS si fa riferimento agli Enti Gestori di una o più strutture sanitarie. In tal ambito distingueremo tra:

- Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) ed Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici
- Enti Gestori di strutture sanitarie private accreditate (di tutti i possibili tipi)
- Agenzia di tutela della salute (ATS). Anche le ATS infatti si configurano come Enti Aderenti, gestori diretti di strutture sanitarie (di tutti i possibili tipi)

Ente (Flussi Ministeriali): entità logica corrispondente all'ente cui fa riferimento la struttura nel processo di rendicontazione e responsabile del rimborso delle prestazioni. Esso può essere differente dall'Ente Gestore della struttura (ad esempio, nel caso delle strutture private può corrispondere all'ATS di riferimento.)

Ente Gestore: un ente giuridico, individuato da codice fiscale o partita IVA, corrispondente al soggetto gestore di una o una pluralità di strutture, titolare del processo di accreditamento delle strutture sanitarie. Esso è sovrapponibile nell'ambito pubblico ad Azienda Ospedaliera/Azienda Sanitaria Locale, IRCCS, nell'ambito privato all'ente presentante gli atti.

Ente richiedente: soggetto che predispose l'istanza per le strutture di sua proprietà (può essere l'Azienda Ospedaliera, la Fondazione, la Società privata, etc.), sinonimo dell'Ente Gestore dal momento in cui questo avvia l'istanza di accreditamento per una struttura.



Istanza: richiesta formale presso ATS e/o Regione, firmata dal Rappresentante Legale dell'Ente Gestore.

Macro-attività (MA): area organizzativa all'interno di ogni Unità organizzativa, per la quale devono essere soddisfatti requisiti specifici (Reparto di Degenza, Sala Operatoria, Attività Ambulatoriale, etc.)

Perizia asseverata: Attestazione della rispondenza ai requisiti resa da una commissione costituita da un medico con specializzazione in Igiene e medicina preventiva e da un ingegnere, che prodotta con un'istanza, attiva una modalità alternativa di gestione dell'istanza stessa che non prevede il parere ATS ai fini del rilascio del provvedimento autorizzativo/ di accreditamento.

Presidio: luogo logico di erogazione prestazioni sanitarie. Esistono tre tipologie di Presidi che possono anche convivere all'interno dello stesso insediamento:

- Presidio di ricovero
- Presidio ambulatoriale
- Presidio sanitario di altro tipo

Revoca: Provvedimento conseguente alla mancata ottemperanza a requisiti autorizzativi e/o di accreditamento a seguito di sospensione ex comma 9 art. 27 quinquies L.R. 33/2009, come modificata dalla LR 23/2015

Sanzione: Sanzioni amministrative pecuniarie che vengono irrogate dall'ATS in caso di inosservanza delle disposizioni di cui al comma 1 art. 27 quinquies L.R. 33/2009, come modificata dalla LR 23/2015)

Servizio di diagnosi e cura: Unità Operative non dotate di posti letto, che erogano prestazioni specialistiche (Es: SMEL, Servizi di Radiodiagnostica, ambulatori divisionali...)

Sospensione: Provvedimento conseguente all'accertamento, post diffida, della mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi e/o di accreditamento

Stabilimento: parte integrante di un presidio. Può coincidere con il presidio stesso o esserne una componente. Uno stabilimento può essere composto a sua volta da uno o più edifici.

Struttura Sanitaria: entità cui compete la responsabilità di organizzare e gestire l'erogazione di prestazioni sanitarie (di ricovero, ambulatoriali, di riabilitazione o di assistenza territoriale) e per la quale si presenta l'Istanza (ad es. Presidio Ospedaliero, Casa di Cura, Laboratorio, etc.). Le strutture sanitarie presso cui le prestazioni sanitarie possono essere erogate assumono alternativamente la forma di Presidio di ricovero, Presidio ambulatoriale o Presidio Sanitario di altro tipo.

Unità Organizzativa (U.O.): area organizzativa all'interno della Struttura per la quale devono essere soddisfatti requisiti attraverso le "Macroattività" che la compongono. Può ad esempio essere un raggruppamento organizzativo di Reparti e/o Servizi di diagnosi e cura generalmente caratterizzati dalla stessa disciplina di erogazione (es. Unità Operativa di cardiologia).



2. Descrizione del Servizio

2.1 Esigenza e Contesto di riferimento

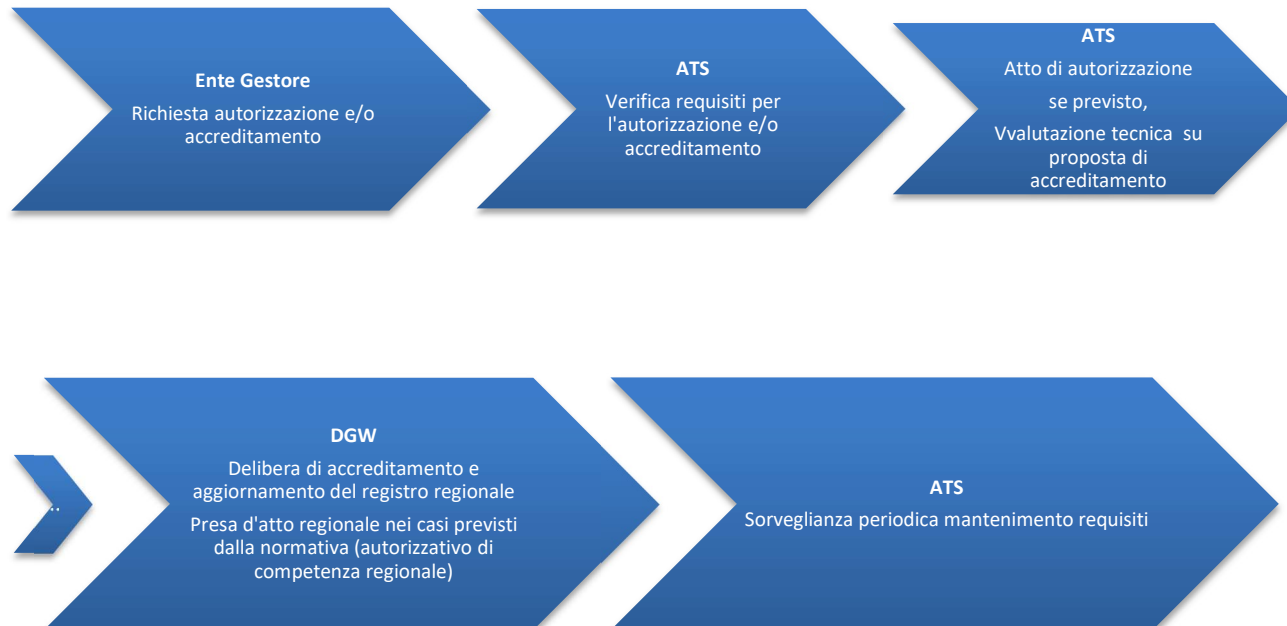
2.1.1 Esigenza

L'esigenza dello sviluppo del servizio SIGAUSS nasce dalla necessità di realizzare un Sistema Informativo centralizzato atto alla gestione dei processi di accreditamento delle strutture sanitarie ed alla loro relativa anagrafica.

2.1.2 Contesto di riferimento

L'accREDITAMENTO è un procedimento attraverso il quale una struttura sanitaria, un Ente o un'associazione privata che gestisce servizi sociali e sanitari, cui sia riconosciuto un rilievo sanitario, a seguito della verifica del rispetto dell'insieme di criteri e standard qualitativi stabiliti tramite specifica legislazione ottiene lo status di "Ente Accreditato", necessario per l'eventuale successivo instaurarsi dei rapporti contrattuali ed economici con le Aziende Sanitarie Locali del Servizio Sanitario Nazionale per l'acquisto di prestazioni sanitarie.

La procedura di autorizzazione/accreditamento, così come regolata dalla normativa vigente e aggiornata in accordo con la DGR IX/6667 del 2022, si svolge secondo il seguente processo:



Ai sensi della LR 33/09, così come modificata dalla LR 23/15, l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è richiesta per:

- Strutture di ricovero e cura;
- Ricoveri a ciclo diurno;
- Strutture di psichiatria;



- Centri di procreazione medicalmente assistita (macro attività).

Tutte le altre strutture sanitarie, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, presentano una Segnalazione Certificata di Inizio Attività (DIA/SCIA) alla ATS competente per territorio. Entro sessanta giorni dal ricevimento della segnalazione, l'ATS provvede alle verifiche di competenza.

Le strutture sanitarie autorizzate o che abbiano presentato DIA/SCIA e che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla normativa nazionale vigente, nonché di ulteriori requisiti di accreditamento integrativi previsti dalla normativa regionale, possono richiedere l'accreditamento, nel rispetto degli indici programmatori definiti dal piano sociosanitario regionale, in coerenza con la normativa nazionale e regionale.

A seguito della presentazione dell'istanza da parte della Struttura, l'ATS svolge l'istruttoria tecnica per l'autorizzazione, la messa in esercizio o l'accreditamento.

l'istruttoria dell'ATS deve riguardare:

- la valutazione epidemiologica;
- la verifica della sussistenza di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente nazionale e regionale;

In caso di istanza di accreditamento di nuove UO accreditate, per cui è prevista la contrattualizzazione presso Strutture di Ricovero e Cura, la ATS, può espletare l'istruttoria tecnica solo richiedendo preventivamente alla DG competente una valutazione di conformità del nuovo accreditamento con gli indirizzi di programmazione nazionale/regionale;

L'ATS conclude l'istruttoria tecnica adottando un provvedimento a firma del Direttore Generale entro 60 giorni dalla presentazione dell'istanza su SIGAUSS, (termine previsto dalla DGR 3312/2011);

La ATS invia alla DG competente il provvedimento di conclusione dell'iter istruttorio allegando allo stesso esclusivamente una scheda di sintesi relativa ai contenuti dell'atto;

Entro 60 giorni dal ricevimento dell'atto di conclusione iter da parte dell'ATS, la Giunta Regionale delibera l'accreditamento o la variazione dell'accreditamento con conseguente iscrizione/aggiornamento del Registro Regionale delle strutture accreditate dandone comunicazione all'Ente Gestore e all'ATS.

Si confermano inoltre le seguenti procedure già in essere adottate sia dalle ATS che dalla DG competente:

- adozione di un decreto a firma del Dirigente della Struttura preposta della DG competente:
 - riconoscimento/aggiornamento dell'Ente gestore di più Strutture sanitarie private accreditate in quanto tale procedimento non prevede variazioni dell'assetto accreditato;
- adozione di una presa d'atto a firma del Dirigente della Struttura preposta della DG competente:
 - variazioni che non comportano modifiche agli assetti accreditati delle Strutture;
 - riclassificazione di attività sanitarie già autorizzate e accreditate a seguito di aggiornamenti normativi che non modificano lo svolgimento dell'attività;
 - istanze di strutture solo autorizzate (Strutture di ricovero e cura; Strutture di ricovero a ciclo diurno; Strutture di psichiatria; Centri di procreazione medicalmente assistita);
 - abilitazione all'esercizio di attività volta all'effettuazione nel solo ambito di regime privatistico degli accertamenti iniziali e periodici finalizzati alla certificazione dell'idoneità alla pratica delle singole specialità sportive agonistiche degli studi professionali/ambulatori di medicina sportiva;
 - proroga termine possesso dei requisiti strutturali generali e specifici per la concessione di ulteriori proroghe, in ragione delle motivazioni e delle proposte formulate dalle ATS al fine di consentire lo svolgimento delle opere necessarie all'acquisizione di tutti i requisiti strutturali previsti dalle normative vigenti (come previsto dalla DGR n. XI/5806 del 29/12/2021).

Per le procedure sopra esposte il decreto/presa d'atto della DG competente dovrà essere emanato entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione prevista.

L'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e erogate sulla base del fabbisogno



sanitario del territorio e nel rispetto dei limiti di spesa assegnati alle singole strutture tramite la conseguente definizione dei rapporti per la remunerazione delle prestazioni rese.

La decadenza dei soggetti erogatori dalla titolarità dei rapporti con il servizio sanitario regionale può altresì essere dichiarata dalla Giunta regionale, previa istruttoria del direttore generale dell'ATS, quando sia accertata la reiterata applicazione distorta del sistema di remunerazione delle prestazioni, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni stesse, sia sotto il profilo della loro completezza, comprese la specialistica ambulatoriale e la riabilitazione post acuti. La stessa reiterazione comporta, nel caso di soggetti erogatori pubblici, la decadenza dalla nomina del direttore generale e la conseguente risoluzione di diritto del contratto.

Nel successivo capitolo saranno descritte le funzionalità relative all'interazione operatore-sistema per quanto concerne i diversi aspetti operativi ma, preliminare a questo, nel successivo paragrafo verrà riassunta la base informativa alla quale tutti i processi amministrativi trattati in SIGAUSS fanno riferimento.

2.1.3 La base informativa di riferimento

Le informazioni e le entità logiche sulle quali si basano le attività e i processi SIGAUSS sono riassunte nello schema seguente dove gli ovali rappresentano le entità, le principali caratteristiche di ogni entità sono elencate nei box associati, una freccia con la doppia punta evidenzia una relazione di uno-a-molti, come nel caso di una relazione fra una struttura e le molte unità operative che a compongono.

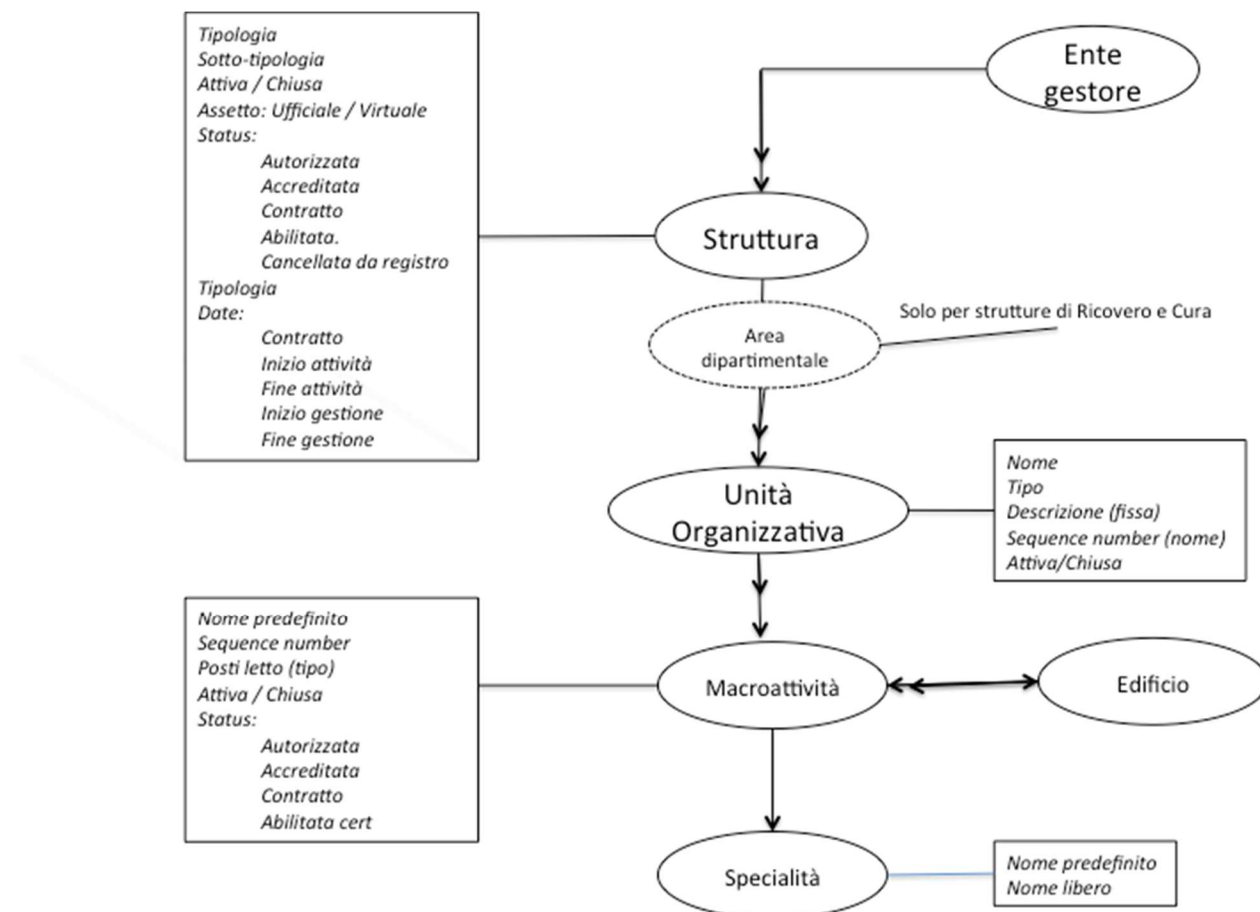


Figura 2 - Schema di sintesi delle entità informative

Le caratteristiche di ciascuna entità sono riportate di seguito.

2.1.3.1 Ente Gestore

L'Ente è l'Ente giuridico gestore delle sue strutture ed è il responsabile di tutte le procedure correlate all'autorizzazione e/o accreditamento: per ogni Ente, si individuano il suo *Proprietario (Holding)* che può corrispondere allo stesso Ente o ad una entità diversa e il *Legale rappresentante*. Il legame tra Ente e Legale Rappresentante viene stabilito tramite



l'associazione tra il Codice Fiscale del Legale Rappresentante e la Partita Iva o Codice Fiscale dell'Ente. Un ente può assumere gli stati di: "Attivo" (Ente attualmente operativo), "Non attivo" (senza strutture associate) e "Chiuso" (non operativo, con data di fine attività valorizzata).

Per finalità legate ai processi di assegnazione risorse e budget, un Ente privato può richiedere a RL la costituzione di un Ente Unico: si veda il paragrafo 2.2.3 per una descrizione delle caratteristiche e delle procedure amministrative corrispondenti.

Sulla base delle informazioni, tabellate successivamente e relative all'indirizzo della sede legale (toponimo, descrizione via/piazza, numero civico), località, cap, frazione e sigla provincia è attivo il servizio che ne permette la georeferenziazione.

2.1.3.2 Struttura Sanitaria

L'anagrafica di una nuova struttura viene inserita dall'operatore dell'Ente al momento della compilazione di un'istanza su nuova struttura ed è in questa fase che viene stabilita l'associazione tra la struttura e l'Ente a cui afferisce.

Durante la sua esistenza una struttura può assumere una serie di **status**, che ne descrivono le sue caratteristiche rispetto ai processi in ambito SIGAUSS: ognuno degli status può assumere i valori SI/NO e sono i seguenti: "Autorizzata", "Accreditata", "Abilitata Cert", "A contratto".

Una struttura può assumere lo stato "**Attiva**", con data inizio attività valorizzata e data fine attività nulla e "**Chiusa**", quando la struttura non è più operativa perché chiusa dal punto di vista amministrativo. In questo caso la struttura avrà le seguenti caratteristiche di status: Autorizzata = "NO"; Accreditata = "NO"; Abilitata Cert = "NO"; Contratto = "NO" e con una Data di fine attività sanitaria valorizzata.

Sulla base delle informazioni, tabellate successivamente e relative all'indirizzo della struttura sanitaria (toponimo, descrizione via/piazza, numero civico), località, cap, frazione e sigla provincia è attivo il servizio che ne permette la georeferenziazione.

Assetto ufficiale

L'Assetto Ufficiale (AU) di una struttura è definito dall'insieme delle informazioni anagrafiche della struttura e dall'unione dei dati relativi alle Aree Dipartimentali (solo per le strutture di Ricovero e Cura), alle Unità Organizzative, Macro attività, Specialità e agli Edifici. L'AU viene aggiornato ogni qualvolta¹ si conclude positivamente l'iter di un'istanza, di un processo oppure a seguito di un intervento diretto da parte di un Utente avente i permessi: è accessibile agli operatori ATS (Supervisore A, Supervisore B, Operatore e Osservatore) e agli operatori DGW (Operatore, Supervisore A e Osservatore) relativamente alle strutture di propria competenza come indicato in Tabella 26. Tramite la consultazione dell'AU i precedenti operatori possono inoltre visualizzare gli eventuali trasferimenti di sede della Struttura selezionata.

Gli Assetti Ufficiali delle strutture vengono validati dall'ATS di competenza territoriale o da DGW mentre, per la valutazione di un assetto proposto da una istanza o da un processo è possibile ricorrere all' Assetto Virtuale, definito in 1.2.

Come evidenziato nella figura precedente i dati organizzativi della Struttura sono relativi a:

- Aree Dipartimentali;
- Unità Organizzative (UO) della Struttura;
- Macro Attività svolte nelle UO della Struttura;
- Specialità (o Branche specialistiche);
- Edifici.

¹ Le informazioni relative agli Edifici, Aree Dipartimentali, UO, macro attività e specialità sono soggette a un elevato livello di dinamicità quando la struttura sanitaria varia a seguito di processi di trasformazione o ampliamento.



Si ricorda inoltre come esistano delle relazioni tra i dati organizzativi delle strutture: a titolo di esempio certe Macroattività possono essere associate solo a determinate Unità Organizzative e/o Tipologie di struttura: tali relazioni sono state ereditate dai sistemi informatici con i quali i processi di accreditamento erano precedentemente gestiti.

2.1.3.3 Gli altri livelli organizzativi

Per le sole strutture con tipologia “Ricovero e Cura”, è possibile che venga introdotto un livello organizzativo intermedio al quale afferiranno le Unità Organizzative, l’**Area Dipartimentale**: relativamente a queste ultime, l’unica informazione, obbligatoria, è la Descrizione.

Le altre tipologie di strutture sanitarie si possono suddividere in una o più **Unità Organizzative** (U.O.), afferenti alle Aree Dipartimentali nel caso della tipologia “Ricovero e Cura”, le cui attività possono essere svolte in uno o più edifici. Ogni U.O. presente nell’assetto, dove applicabile, può appartenere ad una e una sola Area Dipartimentale e di conseguenza, ad ogni Area dipartimentale sarà possibile associare/modificare/eliminare una o più U.O. (Si veda in allegato l’elenco di Unità Organizzative e relative transcodifiche, ove previste).

Per le sole U.O relative a strutture di ricovero e cura pubbliche è presente un descrittore denominato “Apicalità”, codificato e selezionabile da menu’ a tendina basato sulla seguente categorizzazione (è inoltre ammesso il valore NULL):

- UOC, UO Complessa
- UOCI, UO Complessa Interpresidio
- UOS, UO Semplice
- UOSD, UO Semplice Dipartimentale
- UOSDI, UO Semplice Dipartimentale Interpresidio
- Servizi, Servizi

Tale informazione è resa disponibile (in modifica) a

- Supervisore DGW A (su struttura e assetto ufficiale e processo struttura)
- Supervisore A ATS A (in processo struttura)
- Ente Gestore (in istanza)

Ogni Unità Organizzativa è suddivisa in **Macro attività**, ognuna delle quali svolta in un **Edificio**: due macro attività appartenenti alla stessa unità organizzativa possono svolgersi in differenti edifici così come, in un Edificio, possono essere svolte più macro attività.

Ad alcune tipologie di macroattività afferiscono delle **specialità** (branche specialistiche ambulatoriali), ciascuna delle quali può essere o meno codificata. Le prime possono essere selezionate individuandone il nome da una lista mentre per le seconde sarà direttamente l’utente ad individuarne un nome.

2.1.4 Dettagli

Di seguito sono descritte le caratteristiche delle diverse entità informative rappresentate all’interno dell’applicazione SIGAUSS.

2.1.4.1 Ente

ENTE			
Caratteristiche	Descrizione/Valori	Note	Obbligatorio
Privato	Opzioni: SI, NO		SI
Forma Giuridica (in caso di Tipologia Persona Giuridica Pubblica)	Valido solo se Privato = NO. Sono possibili cinque opzioni: 1. ATS (Agenzia di Tutela della Salute)	Campo alternativo a Tipologia Persona Giuridica Privata.	SI



ENTE			
Caratteristiche	Descrizione/Valori	Note	Obbligatorio
	2. ASST; 3. Azienda Ospedaliero-Universitaria; 4. Fondazione; 5. Altro.		
Forma Giuridica (in caso di Tipologia Persona Giuridica Privata)	Valido solo se Privato = SI. Sono possibili cinque opzioni: 1. Impresa individuale; 2. Impresa collettiva (Società); 3. Società a capitale misto; 4. Fondazione; 5. Altro.	Campo alternativo a Tipologia Persona Giuridica Pubblica.	SI
Codice Fiscale	Codice Fiscale dell'Ente Gestore	Campo alternativo alla P.IVA.	SI: Solo nel caso in cui il campo partita iva non è valorizzato
Partita IVA	Partita IVA dell'Ente Gestore	Campo alternativo al cod. fiscale ma, per le strutture di ricovero o strutture sanitarie accreditate con contratto, il campo diventa obbligatorio.	SI: Per le strutture di ricovero o strutture sanitarie accreditate con contratto.
Nome/Ragione Sociale	Nome/Ragione Sociale dell'Ente		SI
Indirizzo	Indirizzo sede Ente	Indirizzo completo di toponimo e numero civico.	SI
Località	Comune sede Ente		SI
Frazione			NO
CAP	Codice di Avviamento Postale Ente		SI
Numero di Telefono	Recapito telefonico Ente		SI
Numero di Fax	Fax Ente		SI
Indirizzo e-mail	E-mail Ente	Amnesso un elenco di indirizzi	SI
Sito Web			NO
Indirizzo PEC	PEC dell'Ente		NO
Codice SISS	Codice numerico di 6 cifre univoco.	Valorizzato automaticamente dal sistema per i nuovi Enti.	SI
Note	Campo di testo dove è possibile inserire massimo 500 caratteri alfanumerici.		NO
Data Inizio attività	Data di inizio attività rispetto all'apertura della partita iva.		SI
Data Fine attività	Valorizzato in caso di cessazione di ogni attività.		NO

Tabella 2 – Dati Ente

2.1.4.2 Ente Flussi Ministeriali



ENTE FLUSSI MINISTERIALI		
Caratteristiche	Descrizione	Note
Codice Ente Flussi Ministeriali		
Denominazione Ente Flussi Ministeriali	Denominazione Ente Flussi Ministeriali	
Tipologia Ente Flussi Ministeriali	Tipologia dell'Ente Flussi Ministeriali: 1= ASL (decodificato in ATS) 2= Azienda Ospedaliera (decodificato in ASST) 3= IRCCS Pubblico; 4= IRCCS Privato; 5= Fondazione; 6= Altro;	
ATS territoriale	ATS di riferimento	
Partita Iva	Partita Iva Ente Flussi Ministeriali	
Nota	Testo descrittivo	

Tabella 3 - Ente Flussi Ministeriali

2.1.4.3 Proprietario

PROPRIETARIO			
Caratteristiche	Descrizione/Valore	Note	Obbligatorio
Ragione Sociale	Ragione Sociale della Holding o del Proprietario dell'Ente		NO
Partita Iva	Partita IVA della Holding		NO
Codice Fiscale	Codice Fiscale del Proprietario dell'Ente		NO

Tabella 4 – Dati Proprietario (Holding)

2.1.4.4 Legale Rappresentante

LEGALE RAPPRESENTANTE			
Caratteristiche	Descrizione/Valori	Note	Obbligatorio
Qualifica Legale rappresentante	Tipo di qualifica del Legale rappresentante: 1. Direttore Generale; 2. Amministratore Delegato; 3. Presidente; 4. Socio accomandatario; 5. Altro		SI
Nome Legale Rappresentante	Nome del Legale Rappresentante		SI
Cognome Legale Rappresentante	Cognome del Legale Rappresentante		SI
CF Legale Rappresentante	Codice Fiscale del Legale Rappresentante		SI

Tabella 5 – Dati Legale Rappresentante

2.1.4.5 Struttura

STRUTTURA			
Caratteristiche	Descrizione/Valori	Note	Obbligatorio
Nome struttura	Nome della Struttura		SI



STRUTTURA			
Caratteristiche	Descrizione/Valori	Note	Obbligatorio
ATS di riferimento	ATS di riferimento		SI
Tipologia struttura	E' possibile selezionare una delle seguenti tipologie: <ol style="list-style-type: none">1. Struttura di ricovero e cura;2. Struttura ambulatoriale;3. Servizio di Medicina e Laboratorio;4. Struttura Psichiatrica;5. Ricovero a ciclo diurno;6. Odontostomatologia Monospecialistica;7. Struttura di raccolta Sangue;8. Ambulatorio di medicina sportiva;9. Studio Professionale (tipologia in via di esaurimento);10. Studio Professionale di medicina sportiva;11. Struttura per Cure Subacute.12. Ospedale di Comunità		SI
Tipologia di ricovero e cura	E' possibili selezionare una delle seguenti tipologie: <ol style="list-style-type: none">1. Non più attiva²;2. Presidio Ospedaliero di ASST³;3. IRCCS;4. Ospedale classificato;5. Casa di Cura6. NPI		SI Campo valido solo nel caso di Tipologia struttura "Struttura di ricovero e cura"
Privata	Opzioni: SI/NO		SI
Indirizzo	Indirizzo ubicazione struttura	Completo di toponimo, descrizione via e numero civico.	SI
CAP	CAP struttura		SI
Comune	Comune ubicazione struttura		SI
Frazione	Frazione ubicazione struttura		NO
Provincia	Provincia ubicazione struttura		SI
Telefono	Telefono struttura		NO
Fax	Fax struttura		NO
Indirizzo E-mail	E-mail riferimento struttura	Ammesso un elenco di indirizzi	NO
Indirizzo PEC	Indirizzo di Posta Elettronica Certificata		NO
Sito Web	Sito internet della struttura		NO
Autorizzata	Opzioni: SI/NO	Indica se la struttura è autorizzata.	SI
Accreditata	Opzioni: SI/NO	Indica se la struttura è accreditata.	SI

²In precedenza "Ospedale a gestione diretta presidio della ASL", tipologia non più prevista a seguito della LR 23
³Sostituisce, a seguito dalla LR 23 il tipo "Presidio ospedaliero di Azienda Ospedaliera"



STRUTTURA			
Caratteristiche	Descrizione/Valori	Note	Obbligatorio
Contratto	Opzioni: SI/NO	Indica se la struttura ha un contratto in essere presso la ATS.	SI
Abitata (valido solo per Strutture delle tipologie e con le caratteristiche elencate al paragrafo 2.2.4)	Opzioni: SI/NO	Indica se la struttura ha almeno una MA/Specialità abilitata.	SI
Cancellata dal Registro	Opzioni: SI/NO	Indica se la struttura è stata cancellata dal Registro Regionale a seguito di una revoca/rinuncia dell'accREDITAMENTO.	SI
Data ins. Registro	Data di inserimento nel Registro Regionale	In riferimento all'ultimo numero di Registro Regionale. Visibile solo se struttura accREDITATA.	NO
Numero Registro Regionale	Numero di Registro Regionale	Valorizzato solo se struttura accREDITATA.	NO
Data contratto	Data di stipulazione contratto	Visibile solo se la struttura ha un contratto attivo.	NO
Data inizio attività sanitaria	Data di inizio dell'attività sanitaria della struttura	Data maggiore data di firma della prima istanza presentata su Nuova Struttura.	SI
Data fine attività sanitaria	Data di fine attività sanitaria della struttura	Se valorizzato, indica la chiusura delle attività sanitarie della struttura	NO
Data inizio gestione	Data di inizio gestione	Data di inizio attività della struttura con l'Ente di riferimento.	SI
Data fine gestione	Data di fine gestione	Data di fine attività della struttura con l'Ente di riferimento.	NO
Codice Struttura (*)	Campo pre-valorizzato automaticamente dal sistema.	Codice della struttura accREDITATA secondo modello HSP11 (HSP11.bis) per strutture di ricovero o STS11 per strutture sanitarie	SI
Codice Ente Flussi Ministeriali (*)	Campo pre-valorizzato automaticamente dal sistema.	Codice Ente Flussi Ministeriali (FIM). ASL, Azienda Ospedaliera, policlinico universitario o IRCCS pubblici identificati con un codice numerico a tre cifre attribuito in ambito regionale (da 901 a 998)	SI

Tabella 6 – Dati Struttura



2.1.4.6 Unità organizzativa

UNITA' ORGANIZZATIVA		
Caratteristiche	Descrizione	Obbligatorio
Codice UO	Campo precompilato dal sistema. E' associato al Nome UO.	S
Nome UO	Tale campo si compila a partire dall'elenco delle Branche Specialistiche (come da nomenclatore tariffario) e riportato nella tabella seguente.	S
Numero di sequenza	Campo precompilato dal sistema. Viene incrementato ogni qualvolta viene inserita una UO il cui "Nome" risulta già presente per la struttura selezionata.	NA
Tipologia di UO	SS=Struttura Semplice; SC=Struttura Complessa; NA=Non Applicabile	S
Descrizione UO	Descrizione UO struttura (può corrispondere alla transcodifica). Campo a testo libero.	N
Area Dipartimentale	Presente solo dove prevista	N
Note	Campo a testo libero	N

Tabella 7 – Dati Unità Organizzative

Allergologia
Anestesia e Rianimazione
Angiologia
Astanteria
Attività a ciclo diurno
Attività Ambulatoriale ad Alta Complessità Assistenziale
Attività di Cure Sub Acute
Blocco operatorio
Camera mortuaria
Cardiochirurgia
Cardiochirurgia pediatrica
Cardiologia
Cardiologia riabilitativa
Centrale di sterilizzazione
Centro di Day Hospital
Centro di Day Surgery
Centro di DEA
Centro di EAS
Centro Rete Regionale per il diabete mellito
Centro trapianti organi
Centro trasfusionale
Chirurgia a bassa complessità operativa ed assistenziale
Chirurgia generale

Chirurgia maxillo-facciale
Chirurgia pediatrica
Chirurgia plastica
Chirurgia toracica
Chirurgia vascolare
D.M.T.E
Dermatologia
Detenuti
Ematologia
Emodialisi
Emodinamica
Farmacia ospedaliera
Gastroenterologia
Geriatrics
Grandi ustioni
Grandi ustioni pediatriche
Immunologia
Laboratorio Clinico di Base
Laboratorio Clinico Generale con aree specialistiche
Laboratorio di Anatomia Patologica
Laboratorio di Genetica Medica
Laboratorio di Immunoematologia



Laboratorio di Microbiologia e Virologia Clinica
Laboratorio di Patologia Clinica
Laboratorio Esternalizzato - Anatomia Patologica
Laboratorio Esternalizzato - Clinico di base
Laboratorio Esternalizzato - Clinico Generale con aree specialistiche
Laboratorio Esternalizzato - Genetica Medica
Laboratorio Esternalizzato - Immunoematologia
Laboratorio Esternalizzato - Microbiologia e Virologia Clinica
Laboratorio Esternalizzato - Patologia Clinica
Lungodegenti
Malattie endocrine
Malattie infettive
Medicina d'urgenza
Medicina del lavoro
Medicina generale
Medicina nucleare
Nefrologia
Nefrologia (abilitazione trapianto rene)
Nefrologia pediatrica
Neonatologia/Patologia neonatale ⁴
Neurochirurgia
Neurochirurgia pediatrica
Neurologia
Neuropsichiatria infantile
Neuroriabilitazione
Nido
Oculistica
Odontoiatria
Odontoiatria e stomatologia
Oncoematologia
Oncoematologia pediatrica
Oncologia
Ortopedia e traumatologia

Ospedale di Comunità
Ostetricia e ginecologia
Otorinolaringoiatria
Pediatria
Pensionanti
Pneumologia
Poliambulatorio
Poliambulatorio di medicina sportiva
Pronto Soccorso
Psichiatria
Radiologia/Diagnostica per immagini
Radioterapia
Radioterapia oncologica
Recupero e rieducazione funzionale
Reumatologia
Riabilitazione di mantenimento
Riabilitazione generale e geriatrica
Riabilitazione Specialistica
S.I.M.T.
Servizio di disinfezione
Servizio di endoscopia
Servizio di riabilitazione
Studio professionale di medicina sportiva
Terapia intensiva
Terapia intensiva neonatale
Terapia semi-intensiva
Unità coronarica
Unità di raccolta
Unità spinale
Urologia
Urologia pediatrica

Tabella 8 - Unità Organizzative



2.1.4.7 MacroAttività

MACROATTIVITA'		
Caratteristiche	Descrizione	Obbl.
Nome Macro attività	Possibilità di selezione da un elenco precompilato (riportato nella tabella seguente e dipendente dal tipo di Unità Organizzativa all'interno della quale viene inserita)	SI
Numero di sequenza	Campo precompilato dal sistema. Viene incrementato ogni qualvolta viene inserita una Macro attività il cui "Nome" risulta già presente per la UO selezionata.	-
Descrizione macro attività	Campo a testo libero	NO
Edificio dove si svolge la macro attività	Localizzazione edificio	SI
Numero posti letto	Valorizzato solo per le Macro-attività che lo prevedono	NO
Numero posti tecnici	Valorizzato solo per le Macro-attività che lo prevedono. Ove previsto utilizzato per il numero posti culle.	NO
Macro Attività Autorizzata	Opzioni: SI/NO	NO
Macro Attività Accreditata	Opzioni: SI/NO	NO
Macro Attività a Contratto	Opzioni: SI/NO	NO
Macro Attività Abilitata Cert	Opzioni: SI/NO Valido solo per MA con specifiche tipologie e caratteristiche	NO

Tabella 9 – Dati Macro Attività

Ambulatorio di medicina sportiva
Ambulatorio per specialità aggiuntive (Polo Ospedaliero, specialità status inferiore)
Ambulatorio per specialità aggiuntive (specialità status inferiore)
Ambulatorio principale (Polo Ospedaliero, specialità status omogeneo più elevato)
Ambulatorio principale (specialità status omogeneo più elevato)
Articolazione - Anatomia Patologica
Articolazione - Anatomia Patologica e Diagnostica Molecolare Somatica
Articolazione - Citogenetica
Articolazione - Citogenetica e Genetica Molecolare
Articolazione - Genetica Molecolare
Articolazione - Immunoematologia
Articolazione - Laboratorio Clinico di Base
Articolazione - Microbiologia e Virologia
Articolazione - Patologia Clinica
Articolazione - Patologia Clinica - Microbiologia e Virologia
Articolazione - Patologia Clinica e Sostanze d'Abuso
Articolazione - Patologia Clinica e Sostanze d'Abuso - Microbiologia e Virologia
Assegnazione
Attività Ambulatoriale ad Alta Complessità Assistenziale

Attività Camera mortuaria
Attività del Centro diurno
Attività del Centro diurno NPI
Attività del nido
Attività del Pronto Soccorso
Attività di Cure Sub Acute
Attività di DEA
Attività di Diagnostica per Immagini
Attività di dialisi
Attività di dialisi ad assistenza limitata (CAL)
Attività di Disinfezione
Attività di EAS
Attività di Elettrofisiologia
Attività di Emodinamica
Attività di Endoscopia
Attività di Farmacia Ospedaliera
Attività di M. Nucleare
Attività di Radioterapia
Attività di riabilitazione
Attività di Rianimazione e Terapia Intensiva



Attività di Sterilizzazione
Attività dipartimentale
Attività odontoiatrica
Attività di Rianimazione e Terapia Intensiva
Centro/Punto Prelievi
Chirurgia a bassa complessità operativa ed assistenziale
CPS: Centro Psico-Sociale
Day Hospital
Day Hospital NPI (Polo Ospedaliero)
Day Hospital Psichiatrico
Day Surgery
Degenza Semi intensiva A
Degenza Semi intensiva B
Distribuzione
Generale - Microbiologia e Virologia
Generale - Patologia Clinica
Generale - Patologia Clinica - Microbiologia e Virologia
Generale - Patologia Clinica e Sostanze d'Abuso
Generale - Patologia Clinica e Sostanze d'Abuso - Microbiologia e Virologia
Laboratorio Clinico di Base
Lavorazione
Ospedale di Comunità
Polo Territoriale
Procreazione medicalmente assistita di I Livello
Procreazione medicalmente assistita di II Livello
Procreazione medicalmente assistita di III Livello
Reparto di degenza
Reparto di degenza di riab di mantenimento
Reparto di degenza di riab generale e geriatrica
Reparto di degenza di riabilitaz. specialistica - pneumologica
Reparto di degenza di riabilitazione specialistica
Reparto di degenza di riabilitazione specialistica - cardiologica
Reparto di degenza di riabilitazione specialistica - neurologica
Reparto di degenza di riabilitazione specialistica - spinale
Reparto di Degenza neonatologia/patologia neonatale
Reparto di degenza NPI
Reparto di Degenza Subintensiva neonatale
Sala operatoria

Sala Parto
Specialistico - Anatomia Patologica
Specialistico - Anatomia Patologica - Diagnostica Molecolare Somatica
Specialistico - Anatomia Patologica e Diagnostica Molecolare Somatica
Specialistico - Immunoematologia
Specialistico - Microbiologia e Virologia Clinica
Specialistico - Patologia Clinica
Specialistico - Patologia Clinica Patologia Clinica e Sostanze d'Abuso
Specialistico Genetica Medica - Citogenetica
Specialistico Genetica Medica - Citogenetica e Genetica Molecolare
Specialistico Genetica Medica - Genetica Molecolare
SRP1-CRA
SRP1-CRM
SRP2-CPA
SRP2-CPM
SRP3-CPB
Struttura residenziale terapeutico-riabilitativa
Studio Professionale di Medicina sportiva
Ultraspecialistico - Anatomia Patologica
Ultraspecialistico - Anatomia Patologica - Diagnostica Molecolare Somatica
Ultraspecialistico - Anatomia Patologica e Diagnostica Molecolare Somatica
Ultraspecialistico - Immunoematologia
Ultraspecialistico - Microbiologia e Virologia Clinica
Ultraspecialistico - Patologia Clinica
Ultraspecialistico - Patologia Clinica e Sostanze d'Abuso
Ultraspecialistico di Genetica Medica - Citogenetica e Genetica molecolare
Ultraspecialistico Genetica Medica - Citogenetica
Ultraspecialistico Genetica Medica - Genetica molecolare
Unità di raccolta mobile - Raccolta di sangue intero
Unità fisse di raccolta fisse - Raccolta di sangue intero e attività di aferesi
Unità fisse di raccolta fisse - Raccolta di sangue intero o attività di aferesi
Validazione
Osservazione Breve Intensiva (Generale)
Osservazione Breve Intensiva Pediatrica
Osservazione Breve Intensiva Ostetrica

Tabella 10 - Elenco macroattività



2.1.4.8 Specialità

Specialità		
Caratteristiche	Descrizione	Obbl.
Codificata	Opzioni: SI/NO	SI
Nome Specialità	Possibilità di selezione da un elenco precompilato, nel caso di specialità codificate (riportato nella tabella seguente), diversamente il nome potrà essere specificato dall'operatore.	SI
Specialità Autorizzata	Opzioni: SI/NO	NO
Specialità Accreditata	Opzioni: SI/NO	NO
Specialità a Contratto	Opzioni: SI/NO	NO
Specialità Abilitata Cert	Opzioni: SI/NO	NO

Tabella 11 – Specialità

Anestesia
Cardiologia
Chirurgia generale
Chirurgia plastica
Chirurgia vascolare - Angiologia
Dermosifilopatia
Endocrinologia
Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva
Medicina fisica e riabilitazione
Nefrologia
Neurochirurgia

Neurologia
Oculistica
Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale
Oncologia
Ortopedia e traumatologia
Ostetricia e ginecologia
Otorinolaringoiatria
Pneumologia
Psichiatria
Radioterapia - Roentgenterapia
Urologia

Tabella 12 – Elenco specialità ambulatoriali codificate



2.1.4.9 Edifici

Le informazioni raccolte per la descrizione di un edificio sono riportate di seguito:

Descrizione (Obbligatorio)	Di proprietà
Partita	Foglio
Subalterno	Mappale
Vincoli: <ul style="list-style-type: none">- Idrogeologico- Ambientale paesaggistico- Monumentale- Altro vincolo	Accessibilità: <ul style="list-style-type: none">- Strade- Bus/Metro- Ferrovia- Parcheggi- Eliporto
Dati Progetto: <ul style="list-style-type: none">- Studio fattibilità- Prog. Preliminare- Prog. Definitivo- Prog. Esecutivo	Dati Generali: <ul style="list-style-type: none">- Anno costruzione- Anno ristrutturazione- Anno ampliamento- Tipologia- Dislocazione- Stato Conservazione
Altri Dati: <ul style="list-style-type: none">- Zona PRG- Sup fondiaria- Sup coperta- Sup lorda- Volume entro terra- Volume fuori terra- Altezza massima	Prevista ambulanza



2.1.5 Note riassuntive

2.1.5.1 Unità di raccolta

Solo ed esclusivamente relativamente alla macroattività “Unità di raccolta mobile – raccolta di sangue intero” presente sia nella U.O. SIMT che nella seguente “Unità di raccolta” è:

- adottato il modulo di raccolta delle informazioni relative agli Edifici ove è stato aggiunto uno specifico indicatore denominato “*Prevista Ambulanza*” e resi non attivi i campi utilizzati per la descrizione degli edifici. Il valore di tale indicatore è utilizzato nei soli ed eventuali report previsti per tale tipo di macroattività.
- possibile associare, anziché l’edificio, una ambulanza così come è stata inserita grazie al modulo descritto al punto precedente. L’elenco delle ambulanze è presentato solo in fase di definizione della macro “Unità di raccolta mobile – raccolta di sangue intero”, sia essa presente nella U.O. S.I.M.T. che nella U.O. Unità di raccolta mentre, in tutte le altre macro, l’elenco presentato è quello degli eventuali edifici censiti.
- Le macroattività relative alla Unità di Raccolta, anche se con stessa denominazione di quelle presenti nell’U.O. S.I.M.T. hanno, in generale, requisiti diversi e possono essere presenti nelle sole istanze presenti nel seguente elenco:
 - Nuova struttura – Autorizzazione all’esercizio e accreditamento
 - Struttura esistente – Trasformazione autorizzazione all’esercizio
 - Struttura esistente – ampliamento autorizzazione all’esercizio e accreditamento

2.1.5.2 Degenze semi-intensive

Con Delibera IX/3264 del 20/7/2010 al precedente elenco di macro attività sono state aggiunte le due seguenti macroattività:

- Degenza Semi intensiva A
- Degenza Semi intensiva B

e, nel contempo, sono stati adeguati i requisiti della macroattività “Attività di rianimazione e terapia intensiva” differenziandoli in base alla UO: di afferenza della macroattività stessa.

2.1.5.3 Area materno-infantile

In accordo con la circolare G1.2020.0036544 del 28/10/2020 sono state aggiunte le due seguenti macroattività

- Reparto di Degenza Sub intensiva neonatale
- Reparto di Degenza neonatologia/patologia neonatale

2.1.5.4 Gestione dei laboratori

Con delibera 7044/2022, relativamente ai laboratori, sono state introdotte nuove unità organizzative (elencate nella tabella seguente) e relative nuove macroattività con relativi requisiti.

- 120 - Laboratorio Clinico di Base
- 121 - Laboratorio Clinico Generale con aree specialistiche
- 122 - Laboratorio di Patologia Clinica
- 123 - Laboratorio di Microbiologia e Virologia Clinica
- 124 - Laboratorio di Immunoematologia



- 125 - Laboratorio di Anatomia Patologica
- 126 - Laboratorio di Genetica Medica

Sempre a seguito della precedente delibera non sarà più previsto l'inserimento di una unità organizzativa S.M.E.L. e non saranno più selezionabili in fase di autorizzazione e/o accreditamento le seguenti macroattività:

- Attività di prelievo
- Punto prelievi esterno in struttura dedicata
- Punto prelievi esterno in struttura socio-sanitaria
- Sezioni specializzate
- SMeL Generale di base
- SMeL Generale di base c/o Str. Ricovero e Cura con punto prelievi staccato
- SMeL Generale di base con sezioni specializzate
- SMeL Generale di base con sezioni specializzate con punto prelievi staccato
- SMeL Specializzato c/o U.O. di Ricovero e Cura
- SMeL Specializzato con punto prelievi
- SMeL Specializzato senza punto prelievi

Sempre a seguito della delibera 7044/2022 sono state eliminate le specialità elencate di seguito che in precedenza erano associate ai laboratori:

- ANATOMIA PATOLOGIA
- BIOCHIMICA CLINICA E TOSSICOLOGIA
- BIOCHIMICA CLINICA E TOSSICOLOGIA E DROGHE D'ABUSO
- CITOGENETICA E GENETICA MEDICA
- EMATOLOGIA E EMOCOAGULAZIONE
- IMMUNOEMATOLOGIA
- MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA

2.1.5.5 Gestione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Con riferimento alla DGR n. XII/787 del 31/07/2023 ad oggetto "Approvazione del Piano di riordino delle Strutture, attività e dei ruoli e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete Emergenza Urgenza Ospedaliera" sono state introdotte tre nuove Macroattività, con requisiti organizzativi specifici e strutturali, dotate di posti tecnici:

- Osservazione Breve Intensiva (Generale) nelle UO di Pronto Soccorso, Centro di DEA, Centro di EAS;
- Osservazione Breve Intensiva Pediatrica nelle UO di Pronto Soccorso, Centro di DEA, Centro di EAS, Pediatria;
- Osservazione Breve Intensiva Ostetrica nelle UO di Pronto Soccorso, Centro di DEA, Centro di EAS, Ostetricia e Ginecologia.



2.2 Processo informatico

Nei paragrafi presenti in questo capitolo sono riassunte le modalità di svolgimento delle procedure amministrative rese disponibili in SIGAUSS, in particolare:

1. la gestione delle istanze da parte di Ente, ATS e DGW;
2. la gestione delle istanze non informatizzate, distinte in Processo di modifica Ente e Processo di modifica Struttura, da parte ATS e DGW;
3. la gestione dell'Ente Unico da parte di DGW;
4. la gestione delle sanzioni e diffide;
5. la gestione della richiesta di abilitazione alla certificazione sportiva;
6. la gestione delle informazioni storiche;
7. la gestione delle strutture autorizzate;
8. la gestione del Registro Regionale e Nota di operatività da parte DGW;
9. la gestione dei Contratti da parte ATS;
10. l'integrazione con i flussi ministeriali.

Eventuali comunicazioni rivolte all'utenza sono veicolate tramite l'home page del servizio.

2.2.1 Le istanze

Una istanza, riferita ad una struttura sanitaria, è compilata dal Legale Rappresentante di un Ente, è indirizzata all'ATS competente o esclusivamente alla DGW per la richiesta di Ente Unico (in formato cartaceo e tramite istanza) ed è il meccanismo di base adottato per le attività alla base dei processi di accreditamento.

La compilazione rappresenta l'attività obbligatoria per l'inserimento dell'istanza e prevede l'invio della seguente documentazione:

- istanza informatica;
- istanza cartacea in firma autografa in calce;
- documentazione richiesta (es. relazione sanitaria, tecnica, planimetrie dei locali, ecc.).

I dati inseriti non avranno validità di legge sino a conferma da parte dell'utente e firma della pratica (effettuata tramite digitazione di PIN) al termine della compilazione.

In fase di accesso alle funzionalità di inserimento dell'istanza, l'utente riceve due messaggi di avviso:

- il primo relativo alla validità dei dati secondo quanto sopra indicato;
- il secondo indicante che i dati in stato temporaneo non firmati non saranno disponibili ai referenti di ATS e DGW.

Per permettere al Rappresentante Legale dell'Ente di inoltrare correttamente la documentazione cartacea alla ATS competente per territorio sono predisposti i seguenti report di stampa:

- Istanza (presente solo nel caso di corretta compilazione dell'istanza);
- Requisiti organizzativi generali;
- Requisiti strutturali generali;



- Requisiti specifici;
- Assetto organizzativo e funzionale;
- Macro Attività / Edifici;
- Elenco errori, presente solo nel caso della presenza di errori nella compilazione dell'istanza;
- Documenti, ove viene riportato l'elenco dei documenti cartacei da allegare alla pratica.

I report sopraelencati possono essere visualizzati e stampati anche dagli altri utenti coinvolti nel processo (ATS e DGW), esclusivamente con i dati presenti al momento della firma dell'istanza.

In appendice al presente documento un esempio di istanza di autorizzazione all'esercizio e accreditamento relativa ad una struttura ambulatoriale corredata dell'assetto organizzativo richiesto (Unità Operative) e dei relativi requisiti previsti dalla normativa vigente

Eventuali modifiche apportate successivamente alla firma ai dati oggetto d'istanza, non modificano in nessun caso il contenuto dei suddetti report.

La DGR 3312/01 e la successiva circolare 26/SAN/2001, stabiliscono diverse tipologie di istanza che il Rappresentante Legale di un Ente può inoltrare informaticamente. Tali istanze sono riportate nella seguente tabella e di seguito ne sono riportate le caratteristiche essenziali (per i dettagli sui diagrammi di flusso relativi alle varie tipologie di istanze si veda l'allegato.)

Tipologia Istanza
Nuova struttura - Autorizzazione all'esercizio
Nuova struttura – Autorizzazione all'esercizio e accreditamento
Struttura esistente – Abilitazione
Struttura esistente – Accreditamento
Struttura esistente – Trasformazione – Autorizzazione all'Esercizio
Struttura esistente – Ampliamento – Autorizzazione all'Esercizio
Struttura esistente – Ampliamento – Autorizzazione all'Esercizio e Accreditamento
Struttura esistente – Ampliamento Branchia Specialistica – Accreditamento
Richiesta Ente Unico

Tabella 13 – Tipologie d'istanza

La normativa sopra citata definisce “Nuova struttura sanitaria” sia la richiesta intesa come nuovo soggetto, sia la richiesta relativa a:

- nuovo fabbricato su lotto ove non insiste alcuna struttura di ricovero e cura;
- fabbricato derivante da demolizione e ricostruzione anche se in area dove insiste struttura sanitaria;
- nuovo fabbricato, adibito ad attività sanitaria, non in aderenza con preesistente fabbricato adibito a struttura di ricovero e cura, anche se collegato, entro o fuori terra, a preesistente fabbricato adibito a struttura di ricovero e cura;



- cambio di destinazione di fabbricato non originariamente adibito ad attività sanitaria; * cambio di destinazione di parte di fabbricato qualora nessuna parte dello stesso sia originariamente adibito ad attività sanitaria.

I trasferimenti presso nuove sedi rientrano nella fattispecie “nuova struttura”, indipendentemente dal fatto che il soggetto giuridico sia lo stesso.

Nuova struttura - Autorizzazione all'esercizio

I requisiti da possedere sono quelli espressi nel DPR 14.01.97 e quelli integrativi per le tipologie di attività per le quali sono stati formulati; tale percorso deve essere effettuato da:

- strutture di ricovero e cura;
- ricoveri a ciclo diurno;
- strutture di psichiatria;
- centri di procreazione medicalmente assistita (macro attività).

Tutte le altre strutture sanitarie, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, devono presentare una Segnalazione Certificata di Inizio Attività (DIA/SCIA) alla ATS competente per territorio. Non esistendo una tipologia di istanza per le DIA/SCIA, è possibile utilizzare un'istanza di autorizzazione. (Per questo motivo all'utente è mostrato il seguente messaggio di attenzione, "*Attenzione! Si tratta di una DIA: sarà gestita come da normativa vigente*").

Questa tipologia di istanza prevede inoltre la gestione delle seguenti operazioni:

- inserimento di un nuovo edificio nell'Assetto Ufficiale (AU)
- trasferimento della sede operativa della struttura (ovvero un trasferimento di sede)
- richiesta abilitazione al rilascio della certificazione sportiva agonistica.

Nuova struttura - Autorizzazione all'esercizio e accreditamento

I requisiti da possedere sono quelli espressi nel DPR 14.01.1997, gli ulteriori indicati nella DGR 38133 del 06.08.1998 e quelli integrativi per quelle tipologie di attività per le quali sono stati formulati; tale percorso deve essere effettuato da tutte le tipologie di strutture esistenti che richiedono contestualmente l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento.

Questa tipologia di istanza prevede la gestione delle seguenti operazioni:

- richiesta di autorizzazione all'esercizio e accreditamento di una nuova struttura sanitaria
- inserimento di un nuovo edificio nell'Assetto Ufficiale (AU)
- trasferimento della sede operativa della struttura (ovvero un trasferimento di sede)
- richiesta abilitazione al rilascio della certificazione sportiva agonistica

Struttura esistente – Accreditamento

Tale istanza può essere presentata da tutte le tipologie di strutture esistenti e in esercizio, già autorizzate, che richiedono l'accreditamento. Permette anche di gestire la richiesta di abilitazione al rilascio della certificazione sportiva agonistica.

I requisiti da possedere sono quelli espressi nel DPR 14.01.1997, gli ulteriori indicati nella DGR 38133 del 06.08.1998 ed i requisiti integrativi specifici per le tipologie di attività per le quali sono stati formulati;

Struttura esistente - Ampliamento - Autorizzazione all'Esercizio

Tale istanza è relativa all'ampliamento di struttura già in esercizio, ed è intesa come aumento di numeri di posti letto e/o attivazione di funzioni precedentemente non svolte.



I requisiti da possedere sono quelli espressi nel DPR 14.01.97 e quelli integrativi per quelle tipologie di attività per le quali sono stati formulati; tale percorso deve essere effettuato dalle strutture di ricovero e cura, ricoveri a ciclo diurno, procreazione medicalmente assistita e strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali.

Struttura esistente – Trasformazione - Autorizzazione all'Esercizio

Tale istanza di struttura già in esercizio, è intesa come nuova destinazione o modifica d'uso degli edifici o di parti di essi, con o senza interventi edili, mantenendo le funzioni sanitarie già svolte. In sostanza tale fattispecie si utilizza quando si trasferisce attività già autorizzata o già autorizzata e accreditata in spazi non precedentemente adibiti ad attività sanitaria, o adibiti a differente attività sanitaria.

I requisiti da possedere sono quelli espressi nel DPR 14.01.97 e quelli integrativi per quelle tipologie di attività per le quali sono stati formulati.

Il sistema abilita l'utente di un Ente ad intervenire sui soli oggetti (UO, Macroattività, Specialità) presenti in Assetto Ufficiale: non è quindi permesso, limitatamente all'istanza di trasformazione, l'inserimento di una nuova UO, una nuova MA o una nuova branca.

L'utente, in fase di presentazione dell'istanza, indica:

- uno o più Edifici che sia/no già presente/i nell'AU della struttura (operazione svolta tramite un meccanismo di importazione) oppure un nuovo Edificio (tramite un inserimento); tale edificio potrà essere inserito in alternativa a quello già esistente o in aggiunta.
- una o più macro attività oggetto dell'istanza, inserendo il numero di Posti letto/tecnici che intende trasferire se previsti per la macro: in questo caso il numero è compreso nell'intervallo tra 1 e il numero presente in Assetto Ufficiale ed è visualizzato sia sull'interfaccia utente che sul report di stampa (Assetto Org. Funz.).

Solo nel caso di istanza di trasformazione, il sistema non effettua calcoli tra i posti letto/tecnici indicati in istanza e quelli presenti in Assetto Ufficiale; quindi, a completamento dell'istanza, il numero totale dei posti letto/tecnici sarà sempre e solo il numero presente in Assetto Ufficiale senza subire alcuna modifica a seguito di quanto indicato in istanza. Se la macro non prevede posti (ad esempio branche spec o attività di radiologia, ecc..) le stesse in analogia ai posti non saranno duplicate.

Nulla cambia per l'Assetto Virtuale, sia nel caso di modifiche inserite dall'utente ATS sia dall'utente DGW, tutte le modifiche apportate in Assetto Virtuale; dopo aver dato l'Esito Positivo ATS all'istanza di trasformazione, il sistema si comporterà come per tutte le istanze/processi; sarà quindi permesso richiedere qualsiasi modifica dell'Assetto Ufficiale, inserire/modificare/cancellare oggetti e, nel caso di indicazione di un numero (positivo o negativo) di posti letto/tecnici, questi verranno sommati (o sottratti) a quelli presenti in Assetto Ufficiale.

Struttura esistente - Ampliamento – Autorizzazione all'Esercizio e Accreditemento

Tale istanza è relativa ad una struttura sanitaria esistente pubblica e privata accreditata, ed è intesa come aumento di numeri di posti letto e/o attivazione di funzioni precedentemente non svolte.

I requisiti da possedere sono quelli espressi nel DPR 14.01.1997 e nella DGR 38133 del 06.08.1998 e quelli integrativi per quelle tipologie di attività per le quali sono stati formulati; tale percorso deve essere effettuato da tutte le tipologie di strutture pubbliche e da quelle private accreditate che richiedono tale tipologia di istanza.

Struttura esistente - Ampliamento Branca Specialistica – Accreditemento

Per ampliamento si intende l'introduzione di nuove branche specialistiche ambulatoriali autorizzate e accreditate. I requisiti da possedere sono gli ulteriori indicati nella DGR 38133 del 06.08.1998



Struttura esistente – Abilitazione

Tale istanza riguarda la richiesta di Abilitazione (già idoneità regionale) all'esercizio di attività volta all'effettuazione degli accertamenti iniziali e periodici finalizzati alla certificazione della idoneità alla pratica delle singole specialità sportive agonistiche secondo i DD.MM. 18 febbraio 1982 e 4 marzo 1993.

I requisiti da possedere sono quelli espressi nella DGR IX/4121 del 03.10.2012: gli aspetti di processo relativi all'abilitazione (denominata "abilitazione cert" su tutte le maschere applicative e su tutti i report in cui appare) sono descritti nel par 2.2.4.

2.2.1.1 Stati delle istanze

Le tabelle seguenti, differenziate per ogni attore coinvolto nel processo delle istanze, illustrano come e con quali azioni vengano modificati gli status di avanzamento delle istanze e la visibilità delle stesse.

L'attività di compilazione di un'istanza è svolta dall'utente Ente Gestore che le può salvare e modificare sino a quando questa non viene firmata ed inviata all'ATS competente per territorio.

All'inizio della sua compilazione una istanza assume lo status iniziale "In inserimento": ogni cambio di status rappresenta quindi un passo percorso dall'istanza nell'iter di verifiche per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento della Struttura Sanitaria. In base allo "status", solo alcuni ruoli operatori potranno accedere ai dati dell'istanza, in modalità lettura e/o modifica. Nello specifico, una volta firmata, l'istanza si porterà nello status "Istanza inserita".

Il sistema visualizza all'utente un alert per informarlo che per inserire effettivamente l'istanza non è sufficiente salvarla ma è necessario firmarla digitalmente.

Status istanza lato Ente Gestore			
Azione	Abilitato a	Status istanza	Visibilità istanza
Inserimento Ente	Ente Gestore	In inserimento	Ente Gestore
Inserimento Legale Rapp.	Ente Gestore	In inserimento	Ente Gestore
Inserimento Struttura	Ente Gestore	In inserimento	Ente Gestore
Inserimento Istanza su struttura / fabbricato	Ente Gestore	In inserimento	Ente Gestore
Istanza firmata digitalmente	Ente Gestore	Istanza Inserita	Ente Gestore/ATS/DGW

Tabella 14 – Stati istanza lato Ente Gestore

Una volta ricevuta la documentazione cartacea ATS provvede a portare lo status dell'istanza informatica da "Istanza inserita" a "Cartaceo pervenuto": l'utente ATS (Supervisore A/B) può quindi, prima di modificarne lo status da "Cartaceo Pervenuto" a "In Verifica" o "In Istruttoria".

L'utente ATS può apportare modifiche ad un'istanza solo e soltanto quando lo status è "In Verifica (documentale o territoriale).



Status istanza lato ATS			
Azione	Abilitato a	Status istanza	Visibilità istanza
Registrazione (Prot. ATS, data protocollo, note)	ATS	Cartaceo pervenuto ATS	ATS/DGW
Verifica ATS	ATS	In Verifica ATS (documentale o territoriale)	ATS/DGW
Registrazione Nota (Num atto, data, note)	ATS	In Verifica ATS (documentale o territoriale)	ATS/DGW
Con perizia	ATS	In Istruttoria ATS	ATS/DGW
Esito Istanza (ATS)	ATS	Esito Positivo ATS	ATS/DGW
		Esito Negativo ATS	
		Iter Concluso ATS (Non Processato)	
Registrazione Nota (Num prot, data, note) (in caso di esito negativo)	ATS	Iter concluso negativo ATS	Ente Gestore/ATS/DGW
Registrazione Atto (Num atto, data, tipo atto, note)	ATS	Atto emesso ATS	ATS/DGW
Validazione assetto	ATS	Iter concluso positivo ATS	Ente Gestore/ATS/DGW
Generazione Assetto Virtuale	ATS	Esito Positivo ATS	ATS/DGW
Registrazione Atto (Num atto, data, tipo atto, note)	ATS	Atto emesso ATS	ATS/DGW

Tabella 15 – Stati istanza lato ATS

Quando l'istanza si trova in stato "In Verifica ATS" (documentale o territoriale) o in stato "In Istruttoria ATS", l'utente ATS può scegliere tra una delle seguenti azioni di Esito Istanza (ATS):

- Esito positivo ATS, in questo caso l'istanza si porterà nello status "Esito Positivo ATS" e l'utente ATS (Supervisore A/B) potrà modificarne i dati relativi all'Assetto operando nell'Assetto Virtuale e proseguire con l'emissione dell'atto;
- Esito negativo ATS, che corrisponde alla conclusione dell'iter con esito negativo; in questo caso l'istanza si porterà nello status "Esito Negativo ATS";
- Iter Concluso ATS (non processato), che corrisponde alla chiusura dell'iter senza processarlo; in questo caso lo status dell'istanza diverrà "Iter Concluso ATS (Non processato)".



Quando l'istanza è nello status "Atto Emesso ATS" i suoi dati saranno resi disponibili agli operatori DGW per verifica e/o modifiche.

Status istanza lato DGW			
Azione	Abilitato a	Status istanza	Visibilità istanza
Registrazione Atto (Prot. regionale, data protocollo, tipo atto, note)	DGW	Cartaceo pervenuto ATS	ATS/DGW
Verifica DGW	DGW	In verifica DGW	ATS/DGW
Registrazione Nota (Num atto, data, note)	DGW	In verifica DGW	ATS/DGW
Esito DGW	DGW	Esito Positivo DGW	ATS/DGW
		Esito Negativo DGW	
		Iter Concluso DGW (Non processato)	
Registrazione Nota (Num atto, data, note)	DGW	Iter concluso positivo DGW con registrazione RR	Ente Gestore/ATS/DGW
Registrazione Nota (Tipo nota, num atto, data, note)	DGW	Esito Positivo DGW	ATS/DGW
Validazione assetto	DGW	Iter concluso	Ente Gestore/ATS/DGW

Tabella 16 – Stati istanza lato DGW -

L'utente DGW, quando l'istanza si trova nello status "In verifica DGW", può modificare qualsiasi dato presente (istanza e assetto) e scegliere tra una delle seguenti azioni di Esito DGW:

- Esito positivo DGW, in questo caso l'istanza si porterà nello status "Esito Positivo DGW";
- Esito negativo DGW, che corrisponde alla conclusione dell'iter con esito negativo; in questo caso l'istanza si porterà nello status "Esito Negativo DGW";
- Iter Concluso DGW (Non processato), che corrisponde alla chiusura dell'iter senza processarlo; in questo caso lo status dell'istanza diventerà "Iter Concluso DGW (Non processato)".

2.2.1.2 Messaggistica interna

Tutti gli utenti interessati al processo di gestione delle istanze hanno a disposizione, in un'apposita sezione, un meccanismo di comunicazione di notifiche mediante messaggi a video: questo permette ad ogni utente di avere evidenza del completamento delle attività propedeutiche all'inizio delle proprie.

Ogni notifica contiene in oggetto tutte le informazioni necessarie per individuare esattamente l'istanza (o il processo): Codice identificativo dell'istanza o del processo e lo stato in cui si trova.



Sono inoltre presenti, all'interno del messaggio, tutte le ulteriori informazioni necessarie per la conseguente gestione.

Ogni tipologia di utente, dopo l'autenticazione, ha a disposizione le seguenti notifiche:

- L'utente Ente Gestore (Operatore, L.R.) - Le notifiche automaticamente inviate dal sistema concernente tutti gli stati conclusivi (ATS/DGW) per le sole istanze concernenti l'EG cui appartiene;
- L'utente ATS (Sup. A, Sup. B) - Riceve le notifiche automaticamente inviate dal sistema relative allo stato di "Istanza inserita" (EG) e tutti gli stati conclusivi DGW per le istanze di competenza territoriale dell'ATS.
- L'utente DGW (Sup. A): Riceve le notifiche automaticamente inviate dal sistema relative allo stato di "Istanza inserita" (EG) e lo stato "Atto Emesso ATS".

2.2.1.3 Associazione dei requisiti dell'istanza

Ogni tipologia di istanza, associata alla tipologia di struttura selezionata genera un set di requisiti che, di norma, devono essere posseduti dalla struttura al momento della presentazione dell'istanza stessa.

Tali requisiti comprendono i requisiti minimi autorizzativi previsti dal DPR 14/1/97, i requisiti di accreditamento stabiliti dalla DGR 38133/98, e ulteriori requisiti generali o specifici per determinate attività sanitarie, stabiliti di volta in volta da successivi provvedimenti normativi.

L'applicativo SIGAUSS contiene tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente come di seguito dettagliato, e sono inoltre resi disponibili in un'estrazione Excel. I requisiti da soddisfare sono riportati di seguito:

REQUISITI ORGANIZZATIVI

- ORGANIZZATIVI GENERALI (OG) relativi all'organizzazione generale della struttura (Fra questi: le politiche aziendali, la programmazione e controllo di gestione, le procedure organizzative, il Sistema informativo, le politiche del personale, la comunicazione, la tutela del cittadino, la sicurezza). Tali requisiti comprendono sia i requisiti minimi autorizzativi stabiliti dal DPR 14 gennaio 1997, sia gli ulteriori requisiti di accreditamento previsti dalla DGR 38133/98
- ORGANIZZATIVI SPECIFICI (OS) relativi agli aspetti gestionali. Tali requisiti comprendono sia i requisiti minimi autorizzativi stabiliti dal DPR 14 gennaio 1997 (*ad esempio: la dotazione del personale è rapportata al volume delle attività*), sia gli ulteriori requisiti di accreditamento previsti dalla DGR 38133/98

REQUISITI STRUTTURALI

- STRUTTURALI GENERALI (SG) relativi all'intera struttura ed in particolare agli edifici. Si tratta di requisiti autorizzativi definiti dal DPR 14 gennaio 1997 (*ad esempio eliminazione barriere architettoniche*)
- STRUTTURALI SPECIFICI (SS), relativi alla singola macroattività. Tali requisiti comprendono sia i requisiti minimi autorizzativi stabiliti dal DPR 14 gennaio 1997, sia gli ulteriori requisiti di accreditamento previsti dalla DGR 38133/98

La tabella seguente presenta la relazione tra la tipologia di istanza, i requisiti da soddisfare e la loro relativa tipologia.



Tipologia Istanza	Requisiti da soddisfare	Tipologia requisiti
Nuova struttura – Autorizzazione all’esercizio ⁵	OG, OS, SG, SS	Solo Autorizzativo
Nuova struttura – Autorizzazione all’esercizio e accreditamento	OG, OS, SG, SS	Autorizzativo e Accreditamento
Struttura esistente – Abilitazione	OS, SS	Autorizzativo e/o Accreditamento
Struttura esistente – Accreditamento	OG, OS, SG, SS	Autorizzativo e Accreditamento
Struttura esistente – Trasformazione Autorizzazione all’Esercizio	OS, SS	Solo Autorizzativo
Struttura esistente – Ampliamento – Autorizzazione all’Esercizio	OS, SS	Solo Autorizzativo
Struttura esistente – Ampliamento Autorizzazione all’Esercizio e Accreditamento	OS, SS	Autorizzativo e Accreditamento
Struttura esistente – Ampliamento Branca Specialistica – Accreditamento	OS OS, SS	Autorizzativo e Accreditamento

Tabella 17 - Tipologie istanza, strutture e requisiti

I requisiti applicabili all’istanza devono appartenere alla tipologia (SG, OG, SS, OS) indicata nella tabella precedente: al variare della tipologia di istanza e della Struttura Sanitaria richiedente gli stessi requisiti devono essere associati anche alle tipologie di Unità Organizzativa e Macro attività esistenti nella Struttura.

I requisiti di tipologia SG sono relativi all’edificio: l’operatore dovrà quindi rispondere a un elenco di requisiti SG per ogni edificio presente nella Struttura Sanitaria.

I requisiti di tipologia SS (strutturali) e OS (organizzativi inerenti i requisiti gestionali) sono relativi alla macro attività: l’operatore dovrà rispondere a un elenco di requisiti Specifici per ogni macro attività svolta dalla Struttura Sanitaria. Nel caso in cui la stessa macro attività fosse svolta in edifici diversi, l’operatore dovrà rispondere più volte soltanto ai requisiti per gli edifici.

Per l’elenco esaustivo dei requisiti associati alle differenti istanze, si rimanda alla normativa vigente.

Con intesa tra il governo, le regioni e le provincie autonome del 20 dicembre 2012 sul documento recante “Disciplina per la revisione della normativa sull’accreditamento” e Intesa del 19 febbraio 2015 tra il governo, le regioni e le provincie autonome in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie, sono stati definiti i

⁵E’ prevista un’eccezione ai requisiti per l’istanza “**Nuova Struttura – Autorizzazione all’esercizio**” su struttura di Ricovero e Cura: tra i requisiti OG è presente anche il requisito SGACO01 nonostante sia un requisito di accreditamento



requisiti strutturali e organizzativi, vengono inquadrati in otto macro aree (criteri) come di seguito elencati, che devono essere posseduti dalle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate ed a contratto

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle Strutture sanitarie: <i>“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza socio-sanitaria, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”</i>
2° Criterio - Prestazioni e Servizi: <i>“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”</i>
3° Criterio - Aspetti Strutturali: <i>“L’organizzazione cura la idoneità all’uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse”</i>
4° Criterio - Competenze del Personale: <i>“La organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”</i>
5° Criterio - Comunicazione: <i>“Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”</i>
6° Criterio - Appropriatezza clinica e sicurezza: <i>“La efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”</i>
7° Criterio/fattore di qualità - Processi di miglioramento ed innovazione: <i>Il governo delle azioni di miglioramento, dell’adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili”</i>
8° Criterio/fattore di qualità - Umanizzazione: <i>“L’impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture”</i>

Tabella 18 – Criteri intesa governo/regioni/provincie autonome del 20/12/2012 e 19/02/2015

2.2.1.4 Trasferimento di sede tramite istanza

Una struttura sanitaria già autorizzata e/o accreditata può richiedere il trasferimento di tutta la sua attività presso un’altra sede. Nel caso di struttura accreditata il trasferimento comporterà la cancellazione del numero di registro regionale e la conseguente attribuzione di un nuovo numero di registro regionale delle strutture accreditate, con esclusione del caso di una struttura facente parte di un ente unico, che mantiene la medesima iscrizione al registro. Un trasferimento di sede comporta la modifica di alcune informazioni della struttura, quali:

- a. almeno un campo legato all’indirizzo nuova sede (modifica obbligatoria);
- b. nome (modifica facoltativa);
- c. numero di telefono (modifica facoltativa);
- d. numero fax (modifica facoltativa);
- e. email (modifica facoltativa);
- f. sito web (modifica facoltativa).

Il trasferimento della sede operativa tramite il processo di “trasferimento di sede” può essere eseguito esclusivamente presso una sede posta all’interno della propria ATS di competenza; nel caso in cui sia necessario effettuare un



trasferimento fuori da tale ATS, sarà necessario chiudere la Struttura e aprirne una nuova presso la ATS in cui è ubicata la nuova sede.

E' possibile modificare l'indirizzo della sede operativa della Struttura **SENZA** richiedere il trasferimento di tale sede (per es. correzioni editoriali); questa operazione comporta la sola modifica dell'anagrafica della Struttura.

Sia nel caso in cui la Richiesta di trasferimento sede sia stata effettuata tramite istanza dall'EG sia nel caso in cui sia stata effettuata dalla ATS tramite un processo di Modifica Struttura (2.2.2), l'esito positivo dell'istanza/processo in cui è stato richiesto il trasferimento di sede comporta:

- la storicizzazione dei dati della struttura associati alla “vecchia sede” (relativi al momento prima del trasferimento);
- l'aggiornamento delle informazioni in AU e in istanza/PMS associate alla “nuova sede”.
- Tale data di default è impostata dal sistema con la data di conclusione dell'istanza/PMS, tuttavia potrà essere modificata dall'utente. Nel caso in cui la data di trasferimento venga modificata rispetto a quella presentata dall'applicativo, il sistema avviserà l'utente che tale modifica potrà comportare un disallineamento temporale tra la data di conclusione dell'iter di trasferimento e la data di trasferimento presso la nuova sede.
- la visualizzazione dell'esito positivo in “Dati Stato” da istanza/PMS. o la visualizzazione dell'informazione relativa al trasferimento sede nei report previsti in ambito
- delle istanze “Nuova struttura - autorizzazione all'esercizio” e “Nuova struttura - autorizzazione
- all'esercizio e accreditamento, del processo PMS e in Assetto Ufficiale.
- la visualizzazione in Assetto Ufficiale dei seguenti storici:
 - “storico sedi operative”;
 - “storico assetto”;
 - “storico ente”.

L'esito negativo determina:

- la visualizzazione della scritta “Richiesta trasferimento sede” in “Dati Struttura” accedendo da istanza/PMS;
- la visualizzazione dell'esito negativo in “Dati Stato” accedendo da istanza/PMS.

A seguito del trasferimento di sede il codice Struttura FIM, lo status e la tipologia della Struttura restano invariati.

1. Richiesta di trasferimento tramite Istanza

La richiesta di trasferimento da parte dell'Ente Gestore di una Struttura può essere inoltrata esclusivamente con le istanze “**Nuova struttura - autorizzazione all'esercizio**” e “**Nuova struttura - autorizzazione all'esercizio e accreditamento**”, attraverso un pulsante “Trasferimento Sede”, abilitato solo se è stata selezionata una Struttura già esistente.

La selezione del pulsante “Trasferimento Sede” determina:

- la registrazione della richiesta di trasferimento per una determinata Struttura;
- la possibilità di modificare i campi riportati nei punti a-f precedentemente elencati;



Finché l'istanza permane nello stato "In inserimento" il pulsante di "Trasferimento sede" è disponibile per attivare/disattivare l'opzione di trasferimento.

L'istanza contenente la Richiesta di trasferimento, completa dei dati della Struttura eventualmente modificati, verrà inoltrata a chi di competenza (ATS/DGW): le informazioni modificate nell'ambito di una Richiesta di trasferimento diventeranno effettive solo alla conclusione con esito positivo dell'istanza stessa.

2. Visualizzazione dell'Istanza contenente la Richiesta

L'operatore ATS (Operatore, Supervisore A, Supervisore B) e l'Operatore DGW (Operatore e Supervisore A) possono visualizzare in homepage le nuove istanze sottomesse per le strutture di propria competenza, oppure possono ricercarle utilizzando la funzionalità di "Ricerca" dalla sezione "Istanza Struttura"; con quest'ultima funzionalità possono impostare un filtro per ricercare le istanze associate ad una richiesta di trasferimento di sede.

Il risultato della ricerca è mostrato in una tabella contenente la lista delle strutture che hanno inoltrato la richiesta di trasferimento tramite l'istanza/e selezionate.

3. Valutazione dell'Istanza contenente la Richiesta

Identificata l'istanza d'interesse, nel caso in cui tale istanza contenga una richiesta di trasferimento, l'utente ATS/DGW visualizzerà la scritta "Richiesta trasferimento sede" e può apportare eventuali modifiche ai dati anagrafici sia in istanza (ATS) sia in Assetto Virtuale (ATS e DGW).

4. Esito Istanza

Se la Struttura è di competenza ATS, l'istanza si conclude con l'Esito Positivo/Negativo della ATS oppure è possibile che l'ATS stessa decida di concludere l'istanza senza processarla; se di competenza DGW, l'istanza, una volta ottenuto l'esito positivo dalla ATS, si concluderà con la conferma o meno di tale esito da parte di RL. Anche in questo caso DGW può decidere di concludere l'istanza senza processarla.

2.2.1.5 Riclassificazione tramite istanza

A seguito della delibera 7044/2022 per facilitare le attività di riclassificazione delle strutture è stata introdotta in SIGAUSS una specifica modalità di inoltro di istanze (di autorizzazione/accreditamento) per permettere la **riclassificazione** delle macroattività di laboratorio.

Tramite questa specifica modalità:

- L'ente Gestore può specificare il suo nuovo assetto individuando le nuove unità organizzative e le nuove macro introdotte in sostituzione di quelle non più attive
- gli operatori di ATS possono confermare la congruità della nuova organizzazione, contestualmente eliminando dagli assetti le unità organizzative e le macroattività non più valide; nel caso di strutture solo autorizzate ATS inoltra ne valida l'assetto ufficiale definitivo;
- gli operatori DGW validano i nuovi assetti accreditati, relativamente alle unità organizzative e alle macroattività introdotte.

E' stato inoltre introdotto un nuovo ruolo funzionale, denominato "CRC-MedLab" che potrà monitorare le attività di riclassificazione e riassegnare i codici ai laboratori man mano che avranno completato l'iter.

2.2.2 I processi

I processi rappresentano una modalità operativa offerta agli operatori ATS per lo svolgimento di operazioni sulle entità trattate nei diversi flussi operativi e sono riassunti in due categorie:



- **il Processo di Modifica Ente Gestore (PMEG)**, utilizzato - come meglio dettagliato nei paragrafi successivi - per il trasferimento in capo ad nuovo soggetto giuridico della titolarità degli atti autorizzativi e di accreditamento (trasferimento della gestione della struttura ad altro soggetto giuridico, variazione di ragione sociale, di sede legale)
- **il Processo di Modifica Struttura (PMS)**, utilizzato - come meglio dettagliato nei paragrafi successivi - per le variazioni della singola struttura: sia variazioni anagrafiche (variazione della denominazione della singola struttura, modifica della denominazione dell'indirizzo) sia variazioni agli assetti organizzativi che non sono ricomprese nelle istanze informatizzate (ad esempio: cancellazioni di UO, macroattività, branche specialistiche, riduzione di posti letto, inserimento descrittive, correzioni sugli edifici, ecc.)

I processi di modifica sono stati introdotti per risolvere tutti i casi di richieste di modifica e/o variazione di uno o più elementi di un Ente o Struttura, per i quali non è prevista una istanza; per questi casi è disponibile quindi una funzionalità che permette agli operatori ATS di avviare dei processi di modifica, precedentemente denominati nella pratica adottata dalle ATS nella gestione precedente ad SIGAUSS, "istanze non informatizzate", in quanto gestite esclusivamente in formato cartaceo.

I criteri di visibilità adottati per i processi sono i medesimi adottati nelle istanze.

In particolare, tramite la modalità operativa dei processi è possibile apportare variazioni sugli assetti organizzativi e sulle caratteristiche anagrafiche sia degli Enti gestori che delle Strutture.

Relativamente agli Enti sono possibili variazioni anagrafiche relative a:

- Ragione Sociale
- Recapiti
- Sede Legale
- Data Fine Attività

Relativamente alle Strutture sono possibili sia variazioni anagrafiche che di assetto.

Le variazioni anagrafiche sono relative alla Descrizione e ai Recapiti e, tramite specifici sotto-processi, al trasferimento di sede, alla gestione e alla chiusura.

Le variazioni di assetto sono relative alla gestione di Edifici/UO/Macroattività, allo status di accreditamento e di contratto e, tramite specifici sotto-processi, alla richiesta di Abilitazione certificata e alla gestione delle PMA.

2.2.2.1 Il processo di modifica Ente gestore (PMEG).

Per "**Processo di modifica Ente Gestore**" s'intende la possibilità di modificare qualsiasi dato presente nell'Anagrafica dell'Ente Gestore (AEG), costituita da Dati Ente, Dati Proprietario e Dati Ruoli.

Sono esclusi dalla possibilità di modifica i dati relativi a: Codice SISS, Codice Fiscale, Partita Iva e Ente Unico.

Solo gli operatori ATS con ruolo Supervisore A o Supervisore B **possono proporre una modifica** a DGW di un qualsiasi dato di AEG (con le eccezioni precedentemente elencate) di un Ente Gestore avente **ALMENO** una struttura di competenza DGW.

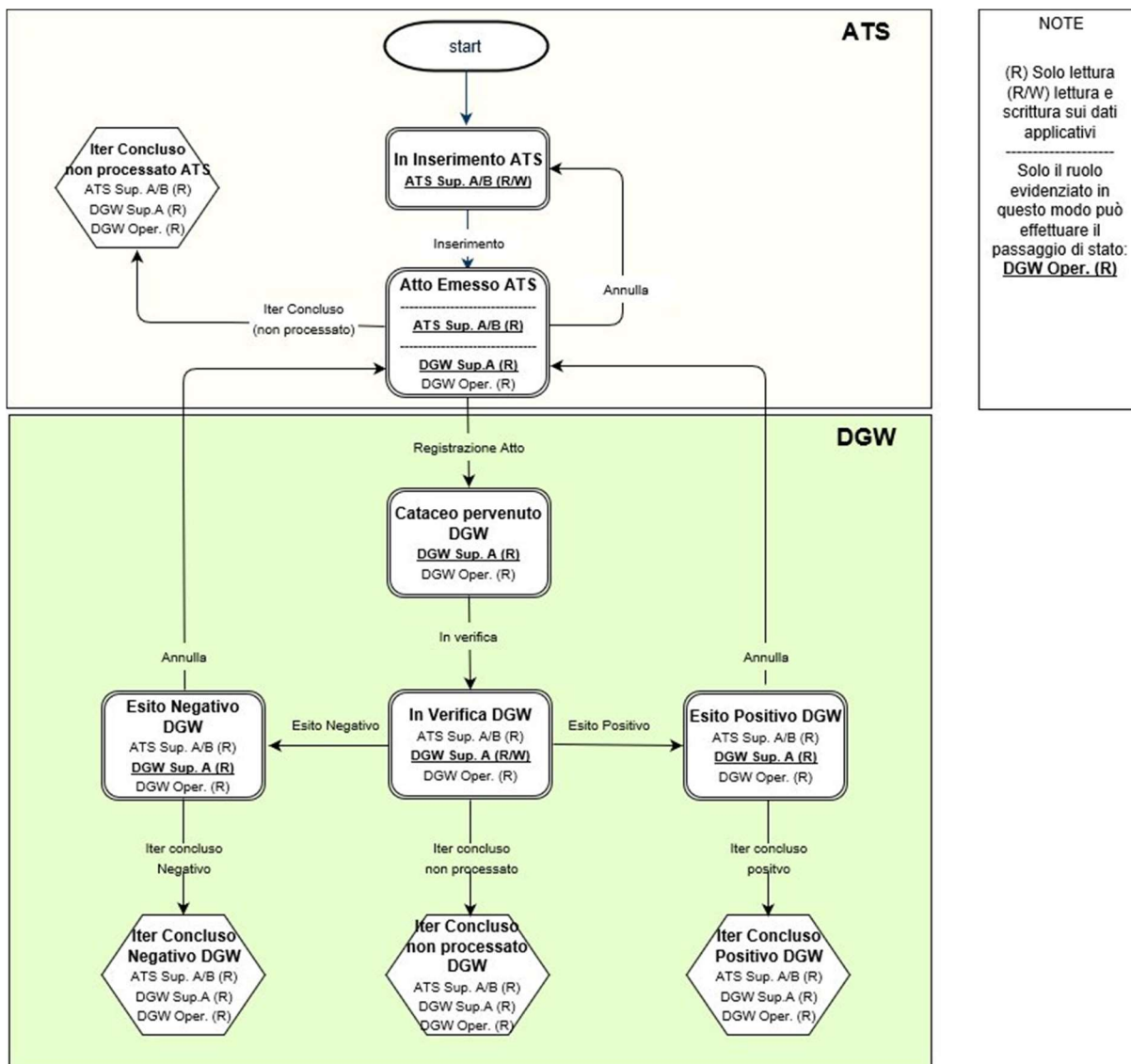
Nella figura seguente è illustrato graficamente il flusso del processo PMEG e, nella successiva tabella, le regole di visibilità e le modalità di passaggio di stato.

Sono indicate con: (*) i campi obbligatori; R – Lettura; W – Scrittura; RW – Lettura e scrittura.



Tutti i cambiamenti di stato presenti nel flusso e descritti in tabella vengono evidenziati all'utente, anche nelle situazioni in cui vengono eseguite operazioni di "annulla" consecutive.

Figura 3 - Il flusso di processo PMEG





Stato	Visibilità – Ruoli	Dati richiesti per il passaggio allo stato successivo	Scelte (Pulsanti di scelta)	Stato Successivo
In Inserimento	ATS – Supervisore A (RW) ATS – Supervisore B (RW)	Data (*), N° Atto (*), Tipo (*): Delibera, Decreto, Nota, Atto, Descrizione, Note	Inserimento	Atto emesso ATS
Atto emesso ATS	ATS – Supervisore A (R) ATS – Supervisore B (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R)	Data (*), N° Atto (*), Note, Data (*) Note	Registrazione Atto (Il cambio di stato è effettuato solo da DGW – Supervisore A)	Cartaceo pervenuto DGW
			Annulla (disponibile solo ad utente ATS)	In Inserimento
			Iter Concluso (Non Processato) (disponibile solo ad utente ATS)	Iter Concluso - non processato ATS
Cartaceo pervenuto DGW	ATS – Supervisore A (R) ATS – Supervisore B (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R)	Data (*), Note	In Verifica (Il cambio di stato è effettuato solo da DGW – Supervisore A)	In Verifica DGW
In Verifica DGW	ATS – Supervisore A (R) ATS – Supervisore B (R) DGW – Supervisore A (RW) DGW – Operatore (R) (Il cambio di stato è effettuato solo da DGW – Supervisore A)	Data (*) Note	Esito Positivo	Esito Positivo DGW
			Esito Negativo	Esito Negativo DGW
			Iter Concluso (Non Processato)	Iter Concluso - non processato DGW
Esito Positivo DGW	ATS – Supervisore A (R) ATS – Supervisore B (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R) (Il cambio di stato è effettuato solo da DGW – Supervisore A)	Data (*) N° Atto (*) < Tipo> (*): Nota di Operatività Note	Iter Concluso positivo	Iter Concluso positivo DGW
		Data (*) (pre-valORIZZATA con data corrente) Note	Annulla	Atto emesso ATS
Esito Negativo DGW	ATS – Supervisore A (R) ATS – Supervisore B (R)	Data (*), N° Atto (*), < Tipo> (*): Nota di Rigetto Note	Iter Concluso negativo	Iter Concluso negativo DGW



	DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R) (Il cambio di stato è effettuato solo da DGW – Supervisore A)	Data (*) (pre-valORIZZATA con data corrente) Note	Annulla	Atto emesso ATS
Iter Concluso non processato ATS	ATS – Supervisore A (R) ATS – Supervisore B (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R)	-	-	-
Iter Concluso positivo DGW	ATS – Supervisore A (R) ATS – Supervisore B (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R)	-	-	-
Iter Concluso negativo DGW	ATS – Supervisore A (R) ATS – Supervisore B (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R)	-	-	-
Iter Concluso non processato DGW	ATS – Supervisore A (R) ATS – Supervisore B (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R)	-	-	-

Tabella 19 - Descrizione del processo PMEG

2.2.2.2 Il Processo di modifica struttura (PMS)

Il “**Processo di modifica Struttura**” permette ai soli utenti ATS aventi il ruolo Supervisore A di inserire e/o modificare qualsiasi dato (ad esclusione delle informazioni relative a: Codice Struttura, Struttura appartenente a Ente Unico, Numero di Registro, Cancellata dal Registro, Data contratto ATS, ATS di competenza, Privato) presente nell’Assetto Ufficiale (AU) di una struttura (Dati Struttura, Edifici, Area Dipartimentale e Unità Organizzative).

Gli operatori ATS con ruolo Supervisore A possono proporre delle modifiche relative alle strutture di competenza DGW situate sul proprio territorio di competenza: sono di competenza DGW tutte le strutture escluse le sole AUT.

Gli Studi Professionali di medicina dello sport, tipicamente di competenza ATS in quanto Strutture solo AUT, **in caso di abilitazione**, sono da considerarsi Strutture di competenza DGW.

Sono attive, su alcune informazioni, regole di modifica che richiedono una attenzione specifica e che quindi producono un warning per l’utente:

- Tipo Struttura: può essere modificato ma senza perdere i dati di AU della struttura;
- Tipo Ospedale (dove previsto): può essere modificato senza perdere i dati di AU della struttura.

La proposta viene effettuata tramite generazione di un Assetto Virtuale sul quale verrà richiesta una approvazione dalla DGW.

L’Assetto Virtuale, oltre che informaticamente, è disponibile anche tramite Report di stampa per essere stampato e inviato a Regione insieme alla documentazione cartacea.



Nella figura seguente è illustrato graficamente il flusso del processo PMS e, nella successiva tabella, le regole di visibilità e le modalità di passaggio di stato. Sono indicate con: (*) i campi obbligatori; R – Lettura; W – Scrittura; RW – Lettura e scrittura.

Tutti i cambiamenti di stato presenti nel flusso e descritti in tabella vengono evidenziati all'utente, anche nelle situazioni in cui vengono eseguite operazioni di “annulla” consecutive.

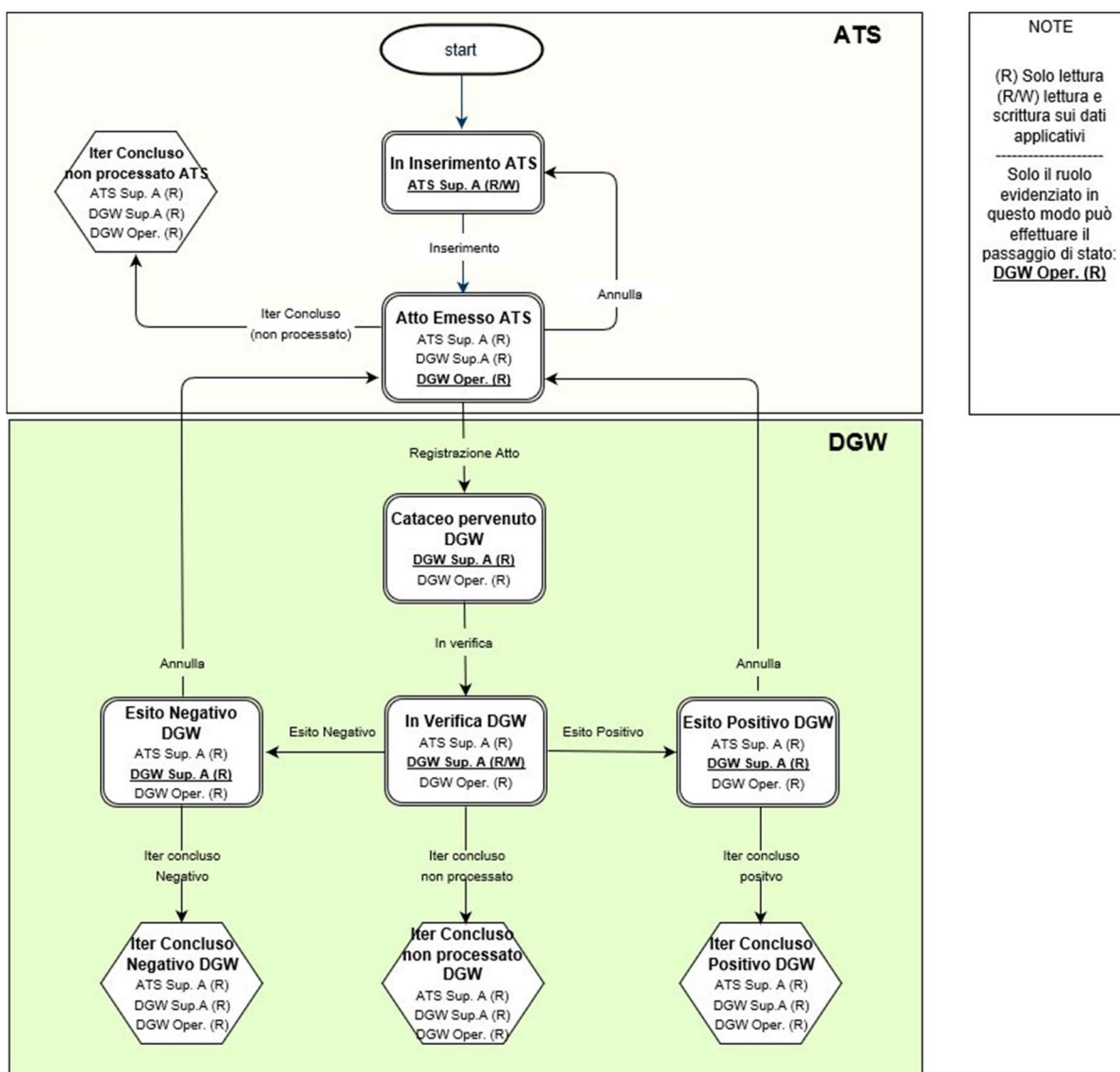


Figura 4 - Schema del processo PMS

Stato	Visibilità – Ruoli	Dati richiesti per il passaggio allo stato successivo	Scelte (Pulsanti di scelta)	Stato Successivo
-------	--------------------	---	-----------------------------	------------------



In Inserimento	ATS – Supervisore A (RW)	Data (*) N° Atto (*) Tipo (*): Delibera Decreto Nota Atto Descrizione Note	Inserimento	Atto emesso ATS
Atto emesso ATS	ATS – Supervisore A (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R)	Data (*) N° Atto (*) Note	Registrazione Atto (Il cambio di stato è effettuato solo da DGW – Supervisore A)	Cartaceo pervenuto DGW
		Data (*) Note	Annulla (disponibile solo ad utente ATS)	In Inserimento
		Data (*) Note	Iter Concluso (Non Processato) (disponibile solo ad utente ATS)	Iter Concluso - non processato ATS
Cartaceo pervenuto DGW	ATS – Supervisore A (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R)	Data (*) Note	In Verifica (Il cambio di stato è effettuato solo da DGW – Supervisore A)	In Verifica DGW
In Verifica DGW	ATS – Supervisore A (R) DGW – Supervisore A (RW) DGW – Operatore (R) (Il cambio di stato è effettuato solo da DGW – Supervisore A)	Data (*)	Esito Positivo	Esito Positivo DGW
		Note	Esito Negativo	Esito Negativo DGW
		Data (*) Note	Iter Concluso (Non Processato)	Iter Concluso - non processato DGW
Esito Positivo DGW	ATS – Supervisore A (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R) (Il cambio di stato è effettuato solo da DGW – Supervisore A)	Data (*) N° Atto (*) < Tipo> (*): Nota di Operatività Note	Iter Concluso positivo	Iter Concluso positivo DGW
		Data (*) (pre-valORIZZATA con data corrente) Note	Annulla	Atto emesso ATS



Esito Negativo DGW	ATS – Supervisore A (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R)	Data (*), N° Atto (*), < Tipo> (*): Nota di Rigetto, Note,	Iter Concluso negativo	Iter Concluso negativo DGW
	(Il cambio di stato è effettuato solo da DGW – Supervisore A)	Data (*): pre-valorizzata con data corrente Note	Annulla	Atto emesso ATS
Iter Concluso non processato ATS	ATS – Supervisore A (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R)	-	-	-
Iter Concluso positivo DGW	ATS – Supervisore A (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R)	-	-	-
Iter Concluso negativo DGW	ATS – Supervisore A (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R)	-	-	-
Iter Concluso non processato DGW	ATS – Supervisore A (R) DGW – Supervisore A (R) DGW – Operatore (R)	-	-	-

Tabella 20 - Descrizione del processo PMES

Tramite il Processo di modifica struttura è possibile proporre diverse azioni sull'Assetto Ufficiale di una struttura, come riportato nel seguente elenco e descritto in dettaglio nei successivi paragrafi.

- Modifica associazione tra Ente e Struttura (Cambio Gestione)
- Trasferimento sede
- Modifica degli status di una struttura
- Modifica dati presenti in Unità Organizzativa
- Richiesta di abilitazione alle attività sportive

Cambio Gestione (Modifica associazione tra Ente/Struttura)

La relazione tra struttura ed Ente può subire variazioni nel tempo in considerazione di possibili acquisizioni e/o passaggi di proprietà di strutture tra diversi Enti.

La modifica dell'associazione tra Ente/Struttura in Dati Struttura dell'AU equivale ad un trasferimento della proprietà e avviene tramite l'utilizzo del pulsante denominato "cambio gestione".

Il trasferimento in capo ad nuovo soggetto giuridico della titolarità degli atti autorizzativi e di accreditamento, ad assetto organizzativo invariato, è normato dal Decreto della Direzione Generale Sanità n. 6859/00 e riguarda le seguenti tipologie:

- trasferimento della gestione della struttura ad altro soggetto giuridico;
- variazione di ragione o denominazione sociale del soggetto giuridico;
- variazione di sede legale del soggetto giuridico;
- variazione di denominazione della singola struttura.



La richiesta da parte del Legale Rappresentante dell'Ente, che deve essere corredata dalla copia conforme all'originale dell'atto notarile, dall'Iscrizione alla CCIA del soggetto acquirente comprensivo di dicitura antimafia e dall'Autocertificazione della permanenza del possesso dei requisiti, viene gestita con la creazione da parte dell'ATS di un processo Ente e/o processo struttura.

Tramite PMS, come è descritto successivamente, è possibile gestire:

- La richiesta di cambio gestione di una determinata struttura da parte dell'operatore ATS (Supervisore A);
- La validazione del PMS e l'assegnazione di un numero di Registro Regionale (2.2.7) da parte di un Operatore DGW (Supervisore A).

1. Richiesta cambio gestione tramite Processo

La richiesta del cambio gestione può essere inoltrata da parte dell'ATS (supervisore A) per una Struttura di propria competenza territoriale, già esistente, tramite la sezione Dati struttura del Processo Modifica Struttura (PMS), selezionando:

- la struttura interessata;
- l'Ente di destinazione. Il sistema guiderà l'utente proponendo una lista degli Enti "disponibili", ovvero con data fine attività non valorizzata; nel caso in cui l'Ente di destinazione sia nuovo, questo dovrà essere preliminarmente inserito dall'ATS tra gli Enti disponibili.
- la data inizio gestione;
- tutte le informazioni richieste attualmente dal PMS tra cui anche lo stato della struttura (Aut=SI/NO;Accr=SI/NO;Contr=SI/NO;Abil Cert=SI/NO).

La Richiesta di cambio gestione tramite PMS, completa dei dati della Struttura eventualmente modificati, viene quindi inoltrata a DGW.

2. Visualizzazione e Valutazione del PMS contenente la Richiesta

Selezionato il PMS d'interesse, gli operatori DGW (con ruolo Supervisore A) potranno visualizzare le informazioni inserite nel PMS e la richiesta di cambio gestione sarà disponibile dal campo descrizione valorizzato dal sistema al momento della richiesta; solo l'utente DGW potrà assegnare un numero di registro a tale struttura e dare l'esito positivo del PMS.

3. Esito PMS

L'iter di approvazione prevede che DGW (Supervisore A), dopo aver eventualmente modificato i dati del processo avviato dalla ATS, dia esito positivo/negativo sul PMS inserito da parte della ATS oppure che decida di concludere l'iter senza processare il PMS.

In caso di **esito positivo** DGW inserirà i dati del relativo atto, in particolare:

- Numero atto relativo al cambio gestione della struttura;
- Data atto relativo al cambio gestione;
- Numero iscrizione a registro della struttura;
- Data iscrizione a registro della struttura;
- Eventuali note.



In caso di **esito negativo** DGW inserirà i dati del relativo atto, in particolare:

- Numero atto relativo alla nota di rigetto;
- Data atto relativo alla nota di rigetto.

L'esito positivo del PMS con cambio gestione può comportare le seguenti:

- l'associazione del numero di registro della struttura, inserito/confermato da DGW;
- l'eventuale chiusura di un Ente pubblico/privato;
- l'eventuale apertura/modifica/chiusura di un Ente Unico;
- la storicizzazione dei dati della struttura associati alla "vecchia gestione" (relativi al momento prima del cambio gestione), che potranno essere visualizzati dagli operatori ATS (Supervisore A, Supervisore B e Operatore) e da DGW (Operatore, Supervisore A e Osservatore), accedendo all'Assetto Ufficiale delle strutture di propria competenza, selezionando "storico ente";
- l'aggiornamento delle informazioni in AU associate alla "nuova gestione";
- l'associazione del codice struttura, inserito/confermato da DGW;
- eventuali modifiche dell'assetto della struttura;
- eventuali modifiche del contratto della struttura.

La richiesta del cambio gestione può anche essere inserita tramite **modifica diretta** da DGW/ATS (supervisore A e B) tramite la sezione Dati struttura e Assetto Ufficiale, selezionando:

- la struttura interessata;
- l'Ente di destinazione (in questo caso il sistema guida l'utente proponendo una lista degli Enti disponibili, ovvero con data fine attività non valorizzata);
- la data inizio gestione;

e successivamente selezionando il pulsante "**cambio gestione**".

Se la struttura è accreditata, l'utente DGW Supervisore A potrà visualizzare il numero di Registro proposto dall'applicativo (le regole di assegnazione del numero di registro sono descritte in 2.2.7.5), modificare tale numero e darne conferma (solo l'utente DGW potrà assegnare un numero di registro alla struttura).

Il cambio gestione tramite modifica diretta in AU determina:

- l'associazione del numero di registro della struttura inserito/confermato da DGW;
- l'eventuale chiusura di un Ente pubblico/privato;
- l'eventuale apertura o successiva chiusura di un Ente Unico;
- la storicizzazione dei dati della struttura associati alla "vecchia gestione" (relativi al momento prima del cambio gestione), che potranno essere visualizzati dagli operatori ATS (Supervisore A, Supervisore B, Operatore e Osservatore) e da DGW (Operatore, Supervisore A e Osservatore), accedendo all'Assetto Ufficiale delle strutture di propria competenza, selezionando l'opzione "storico ente" (par 0);
- l'aggiornamento delle informazioni in AU associate alla "nuova gestione";

Trasferimento di sede

Il trasferimento di sede, oltre che tramite istanza (2.2.1.4) può essere richiesto tramite PMS secondo le seguenti modalità.



1. Richiesta di trasferimento tramite Processo

La richiesta di trasferimento può essere inoltrata da parte dell'ATS per una Struttura situata sul territorio di propria competenza tramite il Processo Modifica Struttura (PMS), selezionando il pulsante “trasferimento sede”, abilitato se e solo se è stata selezionata una Struttura già esistente.

La selezione del pulsante “trasferimento sede” (sempre disponibile finché il PMS è nello stato “In inserimento”) determina la registrazione della richiesta di trasferimento per una determinata Struttura.

Il PMS contenente la Richiesta di trasferimento, completo dei dati della Struttura eventualmente modificati, viene quindi inoltrato a DGW.

2. Visualizzazione del PMS contenente la Richiesta

L'operatore ATS (Operatore, Supervisore A) e l'Operatore DGW (Operatore e Supervisore A) possono ricercare i PMS contenenti le richieste di trasferimento utilizzando la funzionalità di “Ricerca” dalla sezione “Processo Struttura” tramite l'impostazione di un filtro sul parametro “Richiesta di trasferimento”: il risultato sarà visualizzato in una tabella contenente la lista delle strutture che hanno inoltrato la richiesta di trasferimento tramite PMS.

3. Valutazione del PMS contenente la Richiesta

Identificato il PMS d'interesse, nel caso in cui tale processo sia associato ad una richiesta di trasferimento, l'utente DGW visualizzerà la scritta “Richiesta trasferimento sede” e potrà apportare eventuali modifiche ai dati inseriti in PMS.

4. Esito PMS

L'iter di approvazione prevede che DGW dia esito positivo/negativo sul PMS inserito da parte della ATS oppure che decida di concludere l'iter senza processarlo.

Modifica degli status di una struttura

Tramite un processo PMS è possibile modificare gli status di una struttura: le regole gerarchiche che ne governano le modifiche sono riportate di seguito.

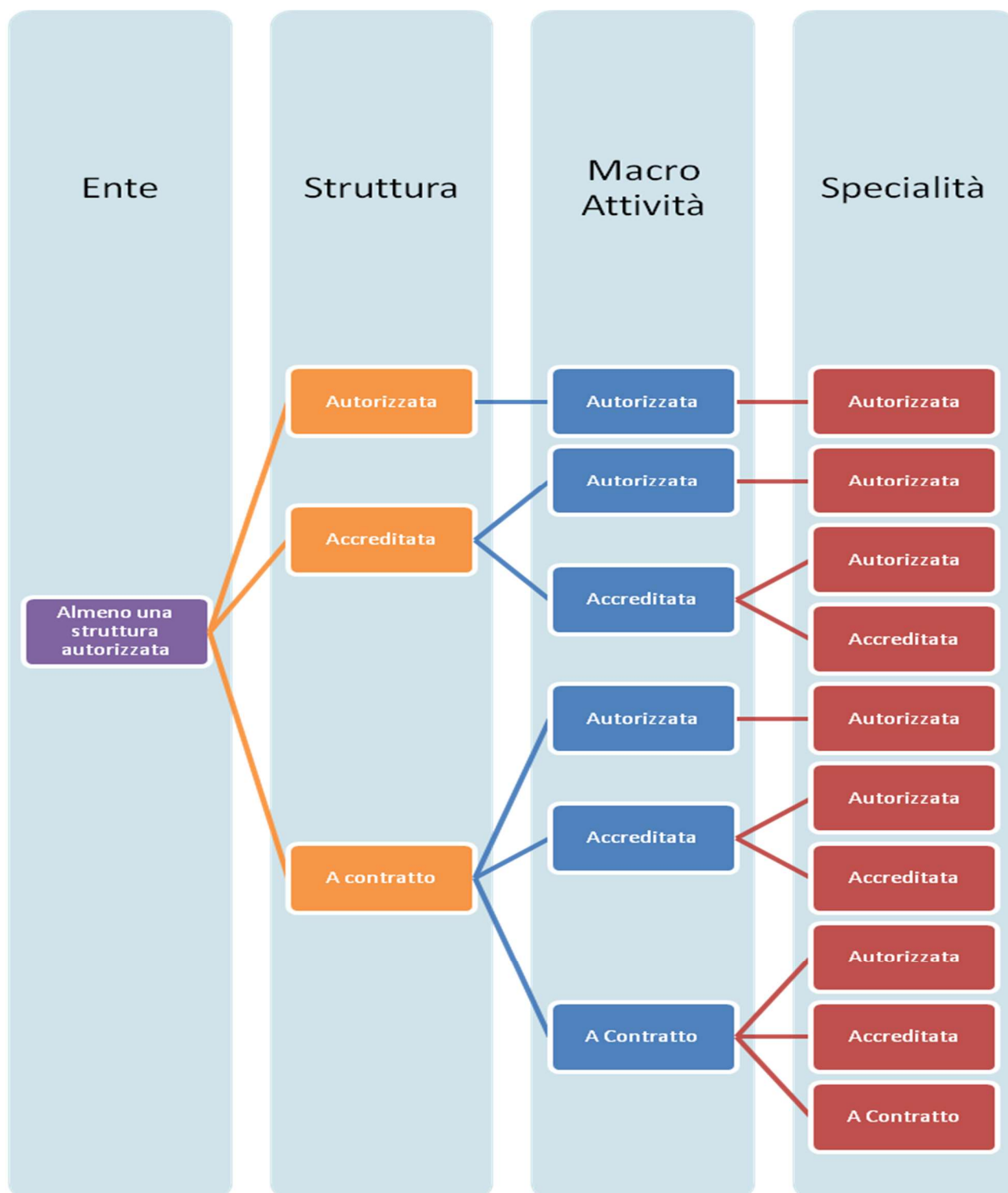


Figura 5 - Schema gerarchico per la gestione degli status di struttura sanitaria

Alla regola generale precedente si aggiungono i seguenti vincoli:

- Se viene impostato a “SI” un valore, vengono automaticamente impostati a “SI” anche tutti i valori che lo precedono nella gerarchia (a sinistra nella figura);



- Se viene impostato a “NO” un valore, vengono automaticamente impostati a “NO” anche tutti i valori che lo seguono nella gerarchia (a destra nella figura);
- Se “A contratto” è “SI”, la struttura deve avere almeno una Macro a contratto;
- Se “Accreditata” è “SI”, la struttura deve avere almeno una Macro accreditata.

Ulteriori processi/operatività disponibili

Chiusura delle attività di una struttura

Le regole di chiusura di base sono:

- le strutture di competenza esclusiva ATS vengono chiuse da Assetto Ufficiale;
- le strutture di competenza DGW vengono chiuse da AU da un supervisore DGW.

Tramite il processo struttura è inoltre possibile che la chiusura di una struttura di competenza DGW venga effettuata da parte di un utente supervisore ATS.

La struttura viene posta nello status “Chiusa” e il sistema richiede obbligatoriamente la “Data di fine attività”.

Apertura/chiusura del contratto

Per inserire, a livello di struttura, un nuovo contratto e per aggiornarlo è disponibile una apposita funzione “Contratto” mentre, sia per rimuovere un contratto che per agire sulle Macro Attività e Specialità presenti nell’Assetto Ufficiale di una struttura si opera tramite il processo struttura generale.

Rimane onere agli utenti ATS/DGW mantenere allineate le sezioni riguardanti i Contratti e il Registro Regionale una volta approvate le suddette modifiche.

Processo PMA

La sola modalità per inserire una MA del tipo PMA all'interno di una struttura (per la quale è permesso) è tramite istanza o processo struttura.

Essendo le strutture con MA di tipo PMA "di competenza DGW" la modifica diretta di una struttura su una MA di PMA è permessa ai soli utenti regionali (supervisore A) ed è realizzata tramite una specifica operatività denominata **Processo PMA** all'interno del processo struttura

Una volta selezionata l'opzione, l'utente può agire (inserimento, modifica e cancellazione) sulle sole MA del tipo PMA, ogni altra tipo di azione non sarà abilitata.

Tramite questa opzione è inoltre gestito il caso di una struttura solo autorizzata senza PMA (quindi non di competenza regionale) che richiede (tramite processo) l'inserimento nel proprio assetto di una MA di tipo PMA.

Operatività legate alle modifiche degli status

Chiusura attività (Modifica dello status “Autorizzata”)

Autorizzata = SI	Autorizzata = NO
Azione non possibile in modifica. All’inserimento di una nuova struttura, lo status minimo che le può essere assegnato, è quello di “Autorizzata” = “SI”	La modifica dello status da “SI” a “NO” di una struttura è equivalente ad una chiusura di qualsiasi attività della



Non può esistere, in anagrafica, una struttura non autorizzata se non con una data fine attività valorizzata	Struttura. La struttura viene posta nello status “Cessata” e il sistema imposta la “Data di fine attività” con la data inserita nella nota dell’Atto ATS. Permettendo all’utente avrà la possibilità di modificarla
--	--

Revoca/rinuncia dell’accreditamento (Modifica dello status “Accreditata”)

Accreditata = SI	Accreditata = NO
<p>L’azione di “Accreditata” = “SI” non è possibile.</p> <p>Equivale ad un passaggio della struttura da “Autorizzata” ad “Accreditata”.</p> <p>Non è prevista tale funzionalità al di fuori delle istanze informatizzate.</p>	<p>La modifica dello status da “SI” a “NO” di una struttura è equivalente ad una <u>richiesta di revoca/rinuncia dell’accreditamento.</u></p> <p>Ad oggi rimane onere dell’utente ATS indicare a DGW, tramite un’opportuna selezione, se si tratta di una revoca o una rinuncia dell’accreditamento, in realtà, sono due processi ben distinti e la gestione è a carico dell’ATS.</p> <p>In caso di “Esito Positivo” da DGW si ha una revoca dell’accreditamento che comporta:</p> <ol style="list-style-type: none">1) La perdita del contratto da parte della struttura (qualora ci fosse un contratto attivo). Il sistema imposta “A contratto” = “NO” e cancella il valore della data del contratto (“Data contratto ATS”)2) La cancellazione dal Registro Regionale. Il sistema imposta il valore “Cancellata dal Registro” = “SI” e cancella il numero di Registro Regionale.3) L’impostazione a “NO” degli status “Accreditata”, “A contratto” e “Abilitata” per tutte le Macro Attività e le Specialità associate alla struttura.

Revoca/rinuncia all’abilitazione (Modifica dello status “Abilitata Cert”)

Abilitata Cert = SI	Abilitata Cert = NO
La modifica dello status da “NO” a “SI” può essere effettuato da un operatore Supervisore A ATS a seguito dell’esito positivo delle verifiche effettuate dalla ATS.	La modifica dello status da “SI” a “NO” è equivalente ad una <u>richiesta di revoca/rinuncia dell’abilitazione.</u>



Equivale alla richiesta nei confronti di DGW del passaggio da “Autorizzata” /“Accreditata” ad “Abilitata Cert”.	
---	--

Modifica dati presenti in Unità Organizzative

<p>Tramite questa opzione di processo è possibile effettuare le modifiche sui dati relativi alle Unità organizzative.</p> <p>L'utente ATS (Supervisore A) può proporre l'inserimento di una nuova struttura di competenza DGW, ovvero delle Strutture delle seguenti tipologie:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Strutture di psichiatria (PSI);▪ Strutture aventi almeno una Macro di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA);▪ Strutture di Ricovero e Cura (R/C); <p>Strutture di Ricovero a Ciclo Diurno (RCD)..</p>
--

2.2.3 La gestione dell'Ente unico

Ai sensi delle DGR 17038/2004, DGR 3010/2006 e DGR 17005/2009, l'Ente gestore di più stabilimenti/presidi sanitari accreditati pubblici o privati, la cui sede legale insiste nel territorio regionale, può richiedere alla DGW un'unica iscrizione al registro regionale per tutte o alcune delle strutture accreditate direttamente gestite. I requisiti organizzativi e funzionali generali quali le politiche aziendali, programmazione e controllo di gestione, sistema informativo, personale: valutazione e formazione, risorse tecnologiche: responsabilità e protocolli per impianti ed attrezzature, valutazione della qualità comunicazione e tutela del cittadino e sicurezza, saranno assolti unicamente dall'Ente Unico.

Un Ente Unico, pertanto globalmente e solo nei confronti delle strutture indicate, può:

- Assolvere a livello di ente unico, ad alcuni requisiti (principalmente requisiti "generali");
- Avere un unico budget per ATS territorialmente competente (in tal modo è possibile spostare quote di budget tra le strutture indicate);
- Effettuare riorganizzazioni interne (per es. spostare branca da una struttura ad un'altra).

La richiesta di ente unico viene presentata esclusivamente alla DGW e deve essere corredata dall'autocertificazione sul mantenimento dei requisiti.

2.2.3.1 La richiesta Ente Unico tramite istanza

Per la richiesta Ente Unico è stata introdotta la possibilità di inoltrare una istanza informatizzata tramite la quale l'ente gestore può, alternativamente

- Richiedere la costituzione di un nuovo ente unico, elencando le strutture accreditate che lo andranno a popolare
- Richiedere l'inserimento di una o più strutture accreditate all'interno di Ente Unico esistente.

Analogamente alle altre tipologie di istanze, anche in questo caso, l'ente gestore parallelamente all'inoltro dell'istanza informatica, dovrà recapitare alla DGW la documentazione cartacea relativa alla richiesta.

Caratteristiche

L'Ente Unico è un'entità logica costituita dall'Ente stesso e da un raggruppamento di più strutture accreditate (almeno due) dello stesso Ente: le strutture indicate come appartenenti all'Ente Unico devono essere accreditate e quindi già iscritte a Registro Regionale (RR), possono essere afferenti ad ATS diverse o alla stessa ATS.



Alla creazione di un Ente Unico, sancita da un decreto della Direzione Generale Sanità, viene assegnato un nuovo numero di Registro Regionale UNICO per tutte le strutture associate: il “nuovo” numero di RR assegnato alle strutture afferenti ad EU andrà a sostituire il numero di RR esistente ed è previsto che ne venga storicizzato il valore precedente.

Inserimento

L'utente DGW, dopo aver selezionato l'istanza presentata dall'ente gestore e svolto le operazioni di verifica previste sulla documentazione cartacea ricevuta, inserisce, a conclusione, i dati riportati nella seguente tabella:

Campo	Obbligatorio
Numero Atto	SI
Data Atto	SI
Numero iscrizione a Registro	SI
Data iscrizione a Registro	SI
Note	NO

Tabella 21 – Dati Ente Unico

Aggiornamento

È possibile distinguere i seguenti casi:

- Associazione di una (o più) struttura ad un Ente Unico: la struttura eredita il numero di RR delle strutture associate all'Ente Unico;
- Dissociazione di una (o più) struttura da un Ente Unico: la struttura “perderà” il numero di RR delle strutture associate all'Ente Unico;
- Correzione di un valore compilato in fase d'inserimento.

Nel caso particolare della dissociazione, è possibile distinguere tre sotto-casi:

- Cancellazione dal Registro Regionale: la struttura “perde” lo status di accreditata venendo declassata in autorizzata, viene “cancellato” il numero di Registro Regionale e viene valorizzato a “SI” il campo “Cancellata dal Registro”.
- Risoluzione di un Ente Unico (per cessione o altro motivo): In questo caso viene “cancellato” il codice relativo al RR corrente della struttura e ne viene assegnato uno nuovo.
- Trasferimento della struttura ad un nuovo Ente: A trasferimento avvenuto, viene “cancellato” il codice relativo al RR corrente della struttura e ne viene assegnato uno nuovo. Nel caso in cui la struttura entri a far parte di un “nuovo” EU, eredita il codice del RR delle altre strutture già associate ad esso.

Cancellazione

La cancellazione è da riferirsi alla cancellazione dell'intero oggetto Ente Unico: la cancellazione di una struttura intesa come dissociazione della struttura da EU è da intendersi come una modifica, come precedentemente descritto.

Come conseguenza della cancellazione, un Ente perde lo status di “Ente Unico”: per cancellare (eliminare o chiudere) un Ente Unico è necessario prima dissociare tutte le strutture ad esso afferenti e solo dopo sarà possibile “chiudere” l'EU, impostando un'opportuna data di fine attività (o fine gestione).

Chiusura di un Ente Unico con un'unica struttura

L'utente **Supervisore A – DGW** può chiudere un Ente Unico nel caso in cui abbia una sola struttura associata. In questo caso, il numero di Registro Regionale rimarrà associato all'unica struttura rimasta, naturalmente potrà essere successivamente modificato tramite le funzionalità standard del Registro Regionale.



L'operazione di chiusura, attivata tramite un opportuno pulsante "Chiudi Ente Unico" adiacente agli altri pulsanti destinati alla gestione dell'Ente Unico, prevede che, dopo la selezione dell'Ente Unico (avente una sola struttura) da parte dell'utente **Supervisore A - DGW**, venga presentata una maschera di inserimento dati (con opzioni di conferma e di annulla) in cui l'operatore specifica le seguenti informazioni:

- il Numero atto EU (obbligatorio);
- la Data atto EU (obbligatorio);
- eventuali note (opzionale).

Alla conferma sulla maschera di inserimento il sistema richiede una ulteriore conferma che, se approvata, comporterà la registrazione dell'operazione.

Il pulsante "Chiudi Ente Unico" si attiva solo se l'Ente ha associata una sola struttura; In tutti gli altri casi, il pulsante, risulterà disabilitato.

E' disponibile inoltre un pulsante che permette di ripristinare le informazioni precedenti la chiusura (per trattare eventuali errori da parte dell'operatore). Anche in questo caso, dopo la selezione di un Ente Unico chiuso che si vuole ripristinare, viene richiesto all'utente di confermare la scelta.

Le informazioni relative ad un Ente Unico, sono disponibili tramite apposito report di stampa del tutto simile al report del Registro Regionale e richiamabile tramite opportuno pulsante adiacente agli altri destinati alla gestione dell'Ente Unico.

I dati relativi all'Ente Unico chiuso sono visibili nell'apposito "Tab" già disponibile nella scheda "Ente Gestore" tramite una specifica label rossa "Ente Unico chiuso" analoga a quella adottata per la "Struttura chiusa"

È inoltre possibile effettuare ricerche relative a Enti Unici chiusi utilizzando le opzioni di scelta:

Ente Unico: SI/NO/CHIUSO

Visualizzazione storico Ente Unico

Tramite un apposito pulsante adiacente agli altri pulsanti destinati alla gestione dell'Ente Unico è possibile visualizzare, in maniera analoga agli altri storici visualizzati, lo storico di tutte le informazioni registrate per un dato ente unico.



2.2.4 Abilitazione alla certificazione sportiva

La DGR IX/4121 del 03.10.2012

- Definisce i percorsi procedurali per la dichiarazione di inizio attività, accreditamento e abilitazione alla certificazione dell'idoneità a praticare attività sportiva agonistica delle strutture ambulatoriali pubbliche e private e degli studi professionali eroganti attività di medicina dello sport
- Riconferma i requisiti generali per le strutture ambulatoriali come previsto dalla normativa vigente e i requisiti di accreditamento specifici per gli ambulatori di medicina dello sport pubblici e privati, già identificati nella DGR n. VII/12455 del 21 marzo 2003
- Approva i requisiti per ottenere l'abilitazione (già idoneità regionale) all'esercizio di attività volta all'effettuazione degli accertamenti iniziali e periodici finalizzati alla certificazione della idoneità alla pratica delle singole specialità sportive agonistiche secondo il D.M. 18 febbraio 1982, per gli studi professionali di medicina dello sport

Tale percorso deve essere effettuato dalle seguenti tipologie di Struttura:

- a. Strutture di ricovero e cura (pubblico) con:
 1. UO - Poliambulatorio di medicina sportiva;
 2. MA - Ambulatorio di medicina sportiva;
 3. Spec - Medicina dello sport.
- b. Ambulatori di medicina sportiva (pubblici e privati) con:
 1. UO - Poliambulatorio di medicina sportiva;
 2. MA - Ambulatorio di medicina sportiva;
 3. Spec - Medicina dello sport.
- c. Struttura di tipologia "Studio professionale di medicina sportiva" (solo privato) con:
 1. UO - Studio professionale di medicina sportiva;
 2. MA - Studio professionale di medicina sportiva;
 3. Spec - Medicina dello sport.

L'abilitazione di una struttura può essere richiesta dagli Enti gestori attraverso:

1. L'apposita istanza "**Struttura Esistente - abilitazione**" da parte dell'Ente Gestore (sia Operatore che Legale Rappresentante);
2. Le Istanze "Nuova struttura - autorizzazione all'esercizio", "Nuova struttura - autorizzazione all'esercizio e accreditamento" e "Struttura Esistente - accreditamento" da parte dell'Ente Gestore (sia Operatore che Legale Rappresentante).

L'abilitazione può inoltre essere richiesta tramite il **Processo Modifica Struttura (PMS)** per tutte le tipologie di struttura da parte degli utenti (supervisore A) delle ATS di competenza territoriale.

La richiesta di abilitazione alle attività sportive può essere svolta tramite una istanza di autorizzazione all'esercizio/accreditamento ove sarà richiesta la selezione del pulsante "**Richiesta Abilitazione Cert**" e che, conseguentemente, comporterà la richiesta di ottemperamento degli specifici requisiti necessari all'ottenimento dell'abilitazione.

2.2.4.1 Vincoli generali sull'abilitazione



Vincolo fondamentale per l'ottenimento dell'abilitazione da parte delle Strutture di ricovero e cura (pubbliche) è l'accreditamento della struttura stessa mentre la presenza o meno del Contratto è ininfluenza. La perdita dell'accreditamento comporterà la perdita automatica dell'abilitazione.

Nel caso specifico di struttura di ricovero e cura è previsto un blocco a livello applicativo che segnala all'Ente l'impossibilità di avviare un'istanza di tipo "Nuova struttura – autorizzazione all'esercizio" se la UO Poliambulatorio di medicina sportiva è presente come oggetto dell'istanza.

Il vincolo fondamentale per l'ottenimento dell'abilitazione per le altre tipologie di struttura elencate in precedenza è l'autorizzazione all'esercizio della struttura; la presenza o meno dell'Accreditamento e/o del Contratto è ininfluenza. La perdita dell'autorizzazione all'esercizio comporterà la perdita automatica dell'abilitazione.

2.2.4.2 Abilitazione tramite istanza

La richiesta può essere inoltrata da parte dell'Ente Gestore (sia Operatore che Legale Rappresentante) di una Struttura attraverso le seguenti tipologie di istanze:

Istanza "Struttura Esistente - abilitazione"

Tale percorso può essere effettuato da:

- a. Strutture di ricovero e cura (pubblico) con:
 1. UO - Poliambulatorio di medicina sportiva
 2. MA - Ambulatorio di medicina sportiva
 3. Spec - Medicina dello sport
 - 4.
- b. Ambulatori di medicina sportiva (pubblici e privati) con:
 1. UO - Poliambulatorio di medicina sportiva
 2. MA - Ambulatorio di medicina sportiva
 3. Spec - Medicina dello sport
- c. Struttura di tipologia "Studio professionale di medicina sportiva" (solo privato) con:
 1. UO - Studio professionale di medicina sportiva
 2. MA - Studio professionale di medicina sportiva
 3. Spec - Medicina dello sport

Istanza "Nuova struttura - autorizzazione all'esercizio"

L'abilitazione può essere richiesta tramite tale istanza dalle Strutture di tipologia "Studio professionale di medicina sportiva" (solo privato) con:

1. UO - Studio professionale di medicina sportiva
2. MA - Studio professionale di medicina sportiva
3. Spec - Medicina dello sport

Come definito dalla DGR IX/4121 del 03.10.2012 gli **studi professionali di medicina dello sport** possono richiedere l'abilitazione all'esercizio limitatamente agli accertamenti iniziali e periodici finalizzati alla certificazione della idoneità alla pratica delle singole specialità sportive agonistiche secondo il D.M. 18 febbraio 1982, limitatamente agli sport rientranti nella tipologia d'accertamento B1 (visita standard, composta da: visita clinica, esame urine, ECG a riposo, ECG dopo sforzo, calcolo dell'Indice Rapido di Idoneità (IRI), spirometria).



La richiesta di abilitazione viene espressa selezionando il pulsante **“Richiesta Abilitazione Cert”** che, conseguentemente, comporterà la richiesta di ottemperamento dei requisiti necessari all’ottenimento dell’abilitazione, riportati nell’Allegato B della DGR IX/4121 del 03.10.2012.

Istanza “Nuova struttura - autorizzazione all’esercizio e accreditamento”

Questa tipologia di istanza può essere inoltrata da:

1. Strutture di ricovero e cura (solo pubbliche) con:
 1. UO - Poliambulatorio di medicina sportiva
 2. MA - Ambulatorio di medicina dello sport
 3. Spec - Medicina dello sport
2. Ambulatori di medicina sportiva (pubblici e privati) con:
 1. UO - Poliambulatorio di medicina sportiva
 2. MA - Ambulatorio di medicina dello sport
 3. Spec - Medicina dello sport

La richiesta di abilitazione viene espressa selezionando il pulsante **“Richiesta Abilitazione Cert”** che, conseguentemente, comporterà la richiesta di ottemperamento dei requisiti necessari all’ottenimento dell’abilitazione, che sia per le strutture di ricovero e cura che per gli ambulatori di medicina sportiva sono i requisiti riportati nell’Allegato A della DGR IX/4121 del 03.10.2012

Istanza “Struttura Esistente - accreditamento”

Questa tipologia di istanza può essere inoltrata da:

- Strutture di ricovero e cura (solo pubbliche) con:
 - o UO - Poliambulatorio di medicina sportiva
 - o MA - Ambulatorio di medicina dello sport
 - o Spec - Medicina dello sport
- Ambulatori di medicina sportiva (pubblici e privati) con:
 - o UO - Poliambulatorio di medicina sportiva
 - o MA - Ambulatorio di medicina dello sport
 - o Spec - Medicina dello sport

La richiesta di abilitazione viene espressa selezionando il pulsante **“Richiesta Abilitazione Cert”** che, conseguentemente, comporterà la richiesta di ottemperamento dei requisiti necessari all’ottenimento dell’abilitazione, che sia per le strutture di ricovero e cura che per gli ambulatori di medicina sportiva sono i requisiti riportati nell’Allegato A della DGR IX/4121 del 03.10.2012.

Visualizzazione dell’Istanza contenente la Richiesta

L’operatore ATS (Operatore, Supervisore A, Supervisore B) e l’Operatore DGW (Operatore e Supervisore A) possono visualizzare in homepage le nuove istanze sottomesse per le strutture di propria competenza e possono inoltre ricercarle utilizzando la funzionalità di “Ricerca” dalla sezione “Istanza Struttura” impostando un filtro sul parametro “Richiesta di abilitazione”.

Il risultato della ricerca è visualizzato in una tabella contenente la lista delle strutture che hanno inoltrato la richiesta di abilitazione, ovvero di quelle strutture che hanno avviato un’istanza di abilitazione oppure che hanno selezionato il pulsante **“Richiesta Abilitazione Cert”** tramite una delle tipologie di istanza elencate sopra.

Valutazione dell’Istanza contenente la Richiesta



Identificata l'istanza d'interesse, l'utente ATS può visualizzare l'eventuale richiesta di abilitazione e selezionare gli oggetti da abilitare come riportato sopra.

L'istanza, una volta ottenuto esito positivo dalla ATS, si conclude con la conferma o meno di tale esito da parte di RL mentre DGW può decidere di concludere l'istanza senza processarla.

Lo status “**abilitata Cert**” potrà essere attribuito dall'utente ATS supervisore A in assetto virtuale per ogni singolo oggetto, ovvero per:

- a) Oggetti appartenenti ad una Struttura di ricovero e cura (pubblica) con UO - Poliambulatorio di medicina sportiva, ovvero:
 - MA - Ambulatorio di medicina sportiva
 - Spec - Medicina dello sport
- b) Struttura Ambulatorio di medicina sportiva (pubblico e privato) con UO - Poliambulatorio di medicina sportiva e dei seguenti oggetti associati:
 - MA - Ambulatorio di medicina sportiva
 - Spec - Medicina dello sport
- c) Struttura Studio professionale di medicina sportiva con UO - Studio professionale di medicina sportiva sportiva e dei seguenti oggetti associati:
 - MA - Studio professionale di medicina sportiva
 - Spec - Medicina dello sport

Lo status “**abilitata Cert**” avrà inizio validità una volta ottenuto l'esito positivo di DGW.

2.2.4.3 Abilitazione tramite processo

La richiesta di abilitazione può essere inoltrata da parte di un utente ATS per una Struttura di propria competenza territoriale, già esistente, tramite il Processo Modifica Struttura (2.2.2), modificando lo status “Abilitata Cert” (campo “Abil Cert”) da NO a SI relativamente alla Struttura/Macro/Specialità.

1. Visualizzazione del PMS contenente la Richiesta

L'operatore ATS (Operatore, Supervisore A) e l'Operatore DGW (Operatore e Supervisore A) possono ricercare i PMS contenenti le richieste di abilitazione utilizzando la funzionalità di “Ricerca” dalla sezione “Processo Struttura”.

2. Valutazione del PMS contenente la Richiesta

Identificato il PMS d'interesse, l'iter di approvazione per l'abilitazione prevede che DGW dia esito positivo/negativo sul PMS inserito da parte della ATS per tutte le tipologie di struttura o che lo concluda senza processarlo.

2.2.5 Gestione della banca dati

In questo capitolo sono riportati, in maniera sintetica i report, le estrazioni e le funzionalità di gestione dei dati storici disponibili in SIGAUSS.

A queste funzionalità è stata affiancata la disponibilità di una serie di report nell'ambiente di Data Warehouse (DWH).

2.2.5.1 Report

La tabella seguente riassume i report disponibili evidenziando, per ciascuno, la funzione applicativa alla quale è associato e i parametri relativi.



Descrizione	Funzione applicativa	Parametri
Piano Verifica	SELEZIONE VERIFICA ISPETTIVA	Tipo verifica: Ispettiva, Post-diffide, Post sospensione. Compilato/Non Compilato
POSTI LETTO	RISULTATO RICERCA STRUTTURE	Stato MA: Tutte, Solo aut, Aut e Accr, Aut Accr e a contratto
EDIFICIO AFFERENTE ALLA STRUTTURA	SELEZIONE STRUTTURA	Singolo Edificio
EDIFICI AFFERENTI ALL'ISTANZA - ATTIVITA' SVOLTE	SELEZIONE ISTANZA	
EDIFICI AFFERENTI ALLA STRUTTURA - DATI CATASTALI	SELEZIONE STRUTTURA	Singolo Edificio
EDIFICI AFFERENTI ALL'ISTANZA - DATI CATASTALI	SELEZIONE ISTANZA	
ASSETTO UFFICIALE	SELEZIONE STRUTTURA	Edifici, Aree Dipartimentali
ISTANZE PRESENTATE	SELEZIONE STRUTTURA	
REQUISITI SPECIFICI	SELEZIONE ISTANZA	
REQ. GENERALI - EDIFICIO	SELEZIONE ISTANZA	
Assetto virtuale	SELEZIONE ISTANZA	Tipo Ruolo: ENTE, ATS, DGW
Assetto virtuale e istanza	SELEZIONE ISTANZA	Tipo Ruolo: ENTE, ATS, DGW
Assetto virtuale per modifica struttura	SELEZIONE PROCESSO STRUTTURA	ATS, DGW
Simula AU (Processo struttura)	SELEZIONE PROCESSO STRUTTURA	
Pulsante "Report"	SELEZIONE PROCESSO ENTE GESTORE	
REQ. GENERALI - ORGANIZZATIVI GENERALI	SELEZIONE ISTANZA	
REQ. GENERALI - SGACO DILAZIONE 2007	SCHEDA REQUISITI	
REQ. SPECIFICI	SELEZIONE ISTANZA	
POSTI TECNICI	RISULTATO RICERCA STRUTTURE	Stato MA: Tutte, Solo aut, Aut e Accr, Aut Accr e a contratto
REQ. GENERALI (C.S.) - ATS E STRUTTURA	SCHEDA REQUISITI	



REQ. GENERALI (C.S.) - ENTE E STRUTTURA	SCHEDA REQUISITI	
REQ. GENERALI (C.S.) - REQUISITO	SCHEDA REQUISITI	
REQ. SPECIFICI (C.S.) - ATS, STRUTTURA E U.O.	SCHEDA REQUISITI	
REQ. SPECIFICI (C.S.) - ENTE, STRUTTURA E U.O.	SCHEDA REQUISITI	
REQ. SPECIFICI (C.S.) - REQUISITO	SCHEDA REQUISITI	
REQ. GENERALI EDIFICI (C.S.) - ATS, STRUTTURA E EDIFICIO	SCHEDA REQUISITI	
REQ. GENERALI EDIFICI (C.S.) - ENTE, STRUTTURA E EDIFICIO	SCHEDA REQUISITI	
REQ. GENERALI EDIFICI (C.S.) - REQUISITO	SCHEDA REQUISITI	
REQ. SPECIFICI EDIFICI (C.S.) - ATS, STRUTTURA E EDIFICIO	SCHEDA REQUISITI	
REQ. SPECIFICI EDIFICI (C.S.) - ENTE, STRUTTURA E EDIFICIO	SCHEDA REQUISITI	
REQ. SPECIFICI EDIFICI (C.S.) - REQUISITO	SCHEDA REQUISITI	
BRANCHE SPEC.	RISULTATO STRUTTURE	RICERCA Stato MA: Tutte, Solo aut, Aut e Accr, Aut Accr e a contratto
MACROATTIVITA' - UN SOLO LIVELLO	RISULTATO STRUTTURE	RICERCA ELIMINATO
MACROATTIVITA' - PIU' LIVELLI	RISULTATO STRUTTURE	RICERCA Stato MA: Tutte, Solo aut, Aut e Accr, Aut Accr e a contratto
SPECIALITA' - UN SOLO LIVELLO	RISULTATO STRUTTURE	RICERCA Stato MA: Tutte, Solo aut, Aut e Accr, Aut Accr e a contratto
SPECIALITA' - PIU' LIVELLI	RISULTATO STRUTTURE	RICERCA Stato MA: Tutte, Solo aut, Aut e Accr, Aut Accr e a contratto
ALTRE STAMPE	RISULTATO STRUTTURE	RICERCA Stato MA: Tutte, Solo aut, Aut e Accr, Aut Accr e a contratto
STAMPA ELENCO	RISULTATO STRUTTURE	RICERCA
ASSETTO ORGANIZZATIVO FUNZIONALE Istanza	SELEZIONE Istanza	Con Edifici
Documenti	SELEZIONE Istanza	



Assetto org. funz.	SELEZIONE ISTANZA	
Macroattività/Edifici	SELEZIONE ISTANZA	
Elenco Errori	SELEZIONE ISTANZA	
Req. org. gen.	SELEZIONE ISTANZA	
Req. strutt. gen.	SELEZIONE ISTANZA	
Req. Specifici	SELEZIONE ISTANZA	
Istanza	SELEZIONE ISTANZA	
Stampa Istanze	RISULTATO RICERCA ISTANZE	
Stampa status Istanze	RISULTATO RICERCA ISTANZE	
Anagrafica struttura per ATS	RISULTATO RICERCA ISTANZE	
Pulsante "Sim. AU"	SELEZIONE ISTANZA	
Pulsante "Report"	RISULTATO RICERCA REGISTRO	
Criteri di accreditamento nazionale	SELEZIONE STRUTTURA	
Ente Unico	SELEZIONA ENTE GESTORE	

2.2.5.2 Estrazioni

In questo paragrafo sono riassunte le estrazioni dati disponibili per una successiva elaborazione tramite applicazioni di foglio elettronico.

q_anagrafica_0107: Contiene i dati anagrafici relativi ad Enti e Strutture accreditate a contratto e non a contratto.

q_anagrafica_TOTPRI_AU – Tot Private: Contiene i dati anagrafici relativi ad Enti e Strutture solo autorizzate

q_assetti_totalone: Contiene gli assetti di tutte le strutture accreditate (a contratto e non). E' a livello di macroattività e quindi non esporta le UO senza macro.

q_assetti_totalone_edifici: Contiene gli assetti di tutte le strutture accreditate (a contratto e non). E' a livello di macroattività e quindi non esporta le UO senza macro. In più rispetto a “q_assetti_totalone” contiene anche i dati relativi agli edifici di ubicazione delle macroattività.



q_assetti_totalone_aree: Contiene gli assetti di tutte le strutture accreditate (a contratto e non). E' a livello di macroattività e quindi non esporta le UO senza macro. In più rispetto a “**q_assetti_totalone**” contiene anche i dati relativi alle Aree/dipartimenti da dgr 9014 a cui afferiscono le U.O.

q_assetti_totalone_TOTPRI_AU – Tot Private Contiene gli assetti di tutte le strutture solo autorizzate. E' a livello di macroattività e quindi non esporta le UO senza macro.

q_postiletto_per_struttura - accreditate Contiene il totale dei posti letto per singola struttura per i vari livelli (pl solo aut – pl solo accr non a contratto – pl a contratto)

q_postiletto_per_struttura – Tot Private Contiene il totale dei posti letto per singola struttura solo autorizzata

q_UO_contratto_e_senza_macro Contiene un riepilogo delle UO (con indicazione del totale dei pl e pt per UO) per ogni singola struttura

(i dati estrapolati riguardano macroattività a contratto)

q_UO_contratto_e_senza_macro_AREE. Contiene un riepilogo delle UO (con indicazione del totale dei pl e pt per UO) per ogni singola struttura. Indica anche le aree di afferimento di ogni singola UO (i dati estrapolati riguardano macroattività a contratto).

2.2.5.3 Gestione storici

SIGAUSS fornisce un meccanismo di storicizzazione dei dati degli Enti e delle Strutture che permette di recuperare l'impostazione di un Ente e di una Struttura (a livello di edifici, Area Dipartimentali, UO e macro attività) ad un determinato momento della sua storia.

Gli storici sono accessibili, relativamente agli Enti e alle strutture di propria competenza, agli operatori di ATS (con ruolo Supervisore A e B) e agli operatori DGW (con ruolo Supervisore A).

Gli Storici disponibili sono i seguenti:

1. Storico relativi all'Ente:
 - Storico
2. Storici relativi alla Struttura:

Tutte le operazioni di ricerca sullo storico delle strutture sono relative alla sede selezionata e sono disponibili le seguenti opzioni:

- Un pulsante “Storico Assetto”, che permette di visualizzare le operazioni effettuate nel periodo di validità della sede selezionata;
- Un pulsante “Storico ente”, per visualizzare i cambi gestione e le modifiche relative all'ente effettuati per quella determinata struttura in quella determinata sede;
- Un pulsante “Storico sedi operative”, per poter visualizzare e selezionare un altro periodo di riferimento, associato ad un'altra sede;



- Un pulsante “report AU”, per scaricare i report relativi all’assetto storicizzato al momento prima del trasferimento di sede (Assetto Ufficiale, Edifici afferenti alle strutture, Edifici afferenti alle strutture – Dati Catastali).
 - Storico Assetto
 - Storico Ente
 - Storico Sedi Operative
- 3. Fotografia del sistema:
 - Storico Semestrale

Report Ente/ Storico

Ogni qualvolta venga effettuata una modifica alle informazioni di un Ente Gestore, pubblico o privato, direttamente, da DGW (Supervisore A), o tramite PMEG, inserito dalla ATS (Supervisore A e B), sono storicizzati i dati dell’Ente al momento che precede la validità della modifica eseguita.

La visualizzazione dello storico dell’Ente è disponibile agli operatori ATS e DGW che accedono all’Anagrafica di un Ente tramite un pulsante denominato “Storico” tramite il quale viene mostrata la visualizzazione dello storico delle operazioni effettuate richieste/concluse corredate con le seguenti informazioni:

- ✓ Data;
- ✓ Operazione effettuata (processo PMEG e relativo codice, modifica ATS, modifica DGW o modifica DGF);
- ✓ Note all’operazione

La selezione di uno dei record riportati nello Storico permette la visualizzazione di tutte le informazioni storicizzate relativamente a tale Ente (dati Ente, dati Ruoli, dati Proprietario, lista Strutture e Ente Unico).

Report Struttura/Storico assetto

La funzionalità per la visualizzazione dello storico dell’assetto di una struttura è disponibile agli operatori ATS e DGW che accedono all’AU di una struttura di propria competenza (Tabella 26) tramite l’utilizzo di un pulsante denominato “Storico assetto” che attiva la visualizzazione dello storico delle operazioni concluse positivamente durante il periodo di validità della sede selezionata.

Le informazioni riportate nello storico sono le seguenti:

1. Data (dalla quale le modifiche richieste tramite istanze e processi diventano effettive);
2. Operazione effettuata (nome istanza e relativo codice, Processo Modifica Struttura e relativo codice, modifica Assetto Ufficiale, Codifica contratto, Modifica Registro Regionale);
3. Variazione registro (si/no).
4. Le note inserite prima della conclusione positiva (dell’istanza e del processo)

La documentazione relativa all’assetto è disponibile tramite il Report AU (report: Assetto Ufficiale, Edifici afferenti alle strutture, Edifici afferenti alle strutture – Dati Catastali).

Report struttura/ Storico ente

La funzionalità per la visualizzazione dello storico relativo ai **cambi gestione** e alle **variazioni relative all’Ente** di appartenenza della Struttura è disponibile agli operatori ATS e DGW tramite il pulsante “Storico ente” presente nell’Assetto Ufficiale di ciascuna struttura.

Selezionandolo viene visualizzato lo storico delle operazioni concluse positivamente durante il periodo di validità della sede selezionata.



Lo **storico ente** della Struttura riporta le seguenti informazioni:

- ✓ Ente prima dell'operazione;
- ✓ Ente dopo l'operazione;
- ✓ Data Operazione;
- ✓ Operatore.

Report struttura / Storico sedi operative

La funzionalità per la visualizzazione dello storico dei trasferimenti di una struttura è disponibile agli operatori ATS e DGW (Tabella 26) tramite l'utilizzo di un pulsante "**Storico sedi operative**" presente nell'Assetto Ufficiale di ciascuna struttura che ha effettuato almeno un trasferimento di sede.

Selezionando l'opzione "**Storico sedi operative**" viene mostrato lo storico dei trasferimenti conclusi positivamente (compreso il trasferimento presso la sede attuale), ovvero per ogni trasferimento:

- a. Data inizio attività, che fa riferimento all'inizio attività in quella determinata sede (data impostata dall'utente, che potrebbe non coincidere con la data di conclusione dell'operazione con cui è stato eseguito il trasferimento);
- b. Sede operativa valida alla data di trasferimento (Indirizzo);
- c. Nome Struttura;
- d. Operazione effettuata (Processo Modifica Struttura e relativo codice, nome istanza e relativo codice).

Selezionando una delle righe della tabella è possibile visualizzare le informazioni relative alla struttura per il periodo di validità della sede selezionata: tali informazioni sono disponibili anche nel caso in cui la Struttura selezionata sia "chiusa".

La prima sede operativa riportata in tabella (ultima in ordine cronologico) è sempre quella di inizio attività della struttura: selezionando una delle righe della tabella l'utente può visualizzare la finestra relativa all'AU della Struttura con la sede selezionata, ovvero l'ultimo AU valido per quella determinata sede (storicizzato al momento prima del trasferimento di sede).

Fotografia del sistema / Storico semestrale

È disponibile un meccanismo di storicizzazione, visualizzazione e ricerca dei dati anagrafici e di assetto degli Enti e delle Strutture con cadenza semestrale per recuperare l'impostazione di un Ente e di una Struttura (a livello di edifici, Area Dipartimentali, UO e macro attività) ad un determinato momento della sua storia.

La funzionalità, disponibile nel menù principale dalla voce "Storico Semestrale", prevede:

- ✓ Per i soli utenti con ruolo Supervisore A DGW, di storicizzare i dati relativi agli Enti e alle Strutture due volte l'anno (una per semestre);
- ✓ Per gli operatori ATS (Supervisore A/B) e gli operatori DGW (Supervisore A), di visualizzare gli storici semestrali degli Enti e delle Strutture;
- ✓ Per gli operatori ATS (Supervisore A/B) e gli operatori DGW (Supervisore A), di visualizzare i report (Enti e Strutture) relativi al semestre selezionato;
- ✓ Per gli operatori ATS (Supervisore A/B) e gli operatori DGW (Supervisore A), di effettuare ricerche per visualizzare i dati del semestre selezionato.

È previsto un servizio di notifica, rivolto agli operatori DGW (Supervisore A); ogni 10 giugno e il 10 dicembre dell'anno, con cadenza quindicinale fino al momento della storicizzazione dei dati, saranno avvisati della prossimità della conclusione del semestre e saranno invitati a consolidare e storicizzare i dati.

La funzionalità di visualizzazione, disponibile dalla voce di menù principale di SIGAUSS, prevede la selezione di:



- ✓ Anno;
- ✓ Semestre con data di storicizzazione dei dati (es. “primo semestre – ggmmaaaa”; “secondo semestre – ggmmaaaa”);
- ✓ Note inserite da DGW al momento della storicizzazione.

Nel caso in cui venga stato selezionato un ente/struttura (tramite la funzionalità di ricerca Ente/Struttura come previsto già nelle sezioni Ente Gestore/Struttura e Assetto Uff), viene visualizzata la **“fotografia” dell’Ente/struttura** storicizzata al semestre di riferimento.

Modalità di storicizzazione dei dati semestrali

La storicizzazione dei dati semestrali può essere eseguita da un Operatore DGW (con ruolo Supervisore A) e prevede che l’utente, accedendo alla sezione “Storici Semestrali” da menù principale, possa selezionare:

- L’anno di riferimento (anno corrente o anno precedente, solo per i primi due mesi dell’anno);
- Il semestre (“primo semestre - ggmmaaaa” o “secondo semestre - ggmmaaaa”);
- Il pulsante “storicizza”.

Alla storicizzazione l’applicativo archiverà i dati degli Enti (dati Ente, dati Ruoli, dati Proprietario, lista Strutture ed Ente Unico), i dati delle Strutture (tutti i dati disponibili da Assetto Ufficiale) e la data di storicizzazione, che sarà riportata sia sul menù predisposto per la selezione del semestre d’interesse sia sulle schermate che riporteranno i dati storicizzati per l’Ente/Struttura.

Per offrire un buon livello di flessibilità e nello stesso tempo per minimizzare le possibilità di errore è permesso ai soli operatori abilitati di sovrascrivere lo storico di un determinato anno/semestre.

Nel caso in cui l’utente provi a storicizzare i dati per un anno/semestre già storicizzato, l’applicativo presenta un avviso per informarlo che i dati relativi a tale periodo sono stati già storicizzati e chiede la conferma per la sovrascrittura o l’annullamento di tale operazione. Nel caso di conferma della sovrascrittura viene aggiornata la data dell’operazione di storicizzazione alla data corrente (esempio “secondo semestre - 31122015” sarà sostituito da “secondo semestre - 05012016”).

2.2.5.4 I report su Data Warehouse

Sono stati messi a punto in uno specifico Data Warehouse SIGAUSS (SIGAUSS DWH) una serie di report costruiti a partire dai dati di assetto ufficiale presenti e periodicamente estratti dal database SIGAUSS. I report sono distinti in tre gruppi fondamentali:

- i report Istituzionali;
- i report Posti Letto;
- i report Q (di tipo sintetico/riassuntivo).

Ciascun report può essere estratto specificandone il mese/anno o il semestre/anno di riferimento e può essere esportato in un foglio di calcolo o su pdf.

Il dettaglio dei report presenti nelle diverse famiglie sono riportati nelle tre figure seguenti:



Cartelle pubbliche / Sanita DWH / ASAN / Istituzionali /		
<input type="checkbox"/>	Titolo	Preferiti
<input type="checkbox"/>	Assetto Organizzativo	
<input type="checkbox"/>	Numero Strutture per Tipologia	
<input type="checkbox"/>	Numero Strutture per Tipologia - Per...	
<input type="checkbox"/>	Posti Letto	
<input type="checkbox"/>	Posti Letto per Struttura	
<input type="checkbox"/>	Posti Letto solo Riab	
<input type="checkbox"/>	Posti Tecnici	

Figura 6 - I Report Istituzionali

Cartelle pubbliche / Sanita DWH / ASAN / Posti Letto /		
<input type="checkbox"/>	Titolo	Preferiti
<input type="checkbox"/>	Report PL per ATS	
<input type="checkbox"/>	Report PL per Provincia	
<input type="checkbox"/>	Report PL Riepiloghi	

Figura 7 - I Report Posti letto

Cartelle pubbliche / Sanita DWH / ASAN / Report Q /		
<input type="checkbox"/>	Titolo	Preferiti
<input type="checkbox"/>	Anagrafica Strutture Sanitarie	
<input type="checkbox"/>	Assetti Totalone	
<input type="checkbox"/>	Assetti Totalone Edifici	
<input type="checkbox"/>	Posti Letto Strutture	
<input type="checkbox"/>	Totalone Sintetico	

Figura 8 - I report Q

2.2.6 Gestione delle strutture autorizzate

Le strutture solo autorizzate, al di fuori delle tipologie di competenza della DGW (strutture di ricovero e cura, strutture a ciclo diurno, strutture psichiatriche e centri di procreazione medicalmente assistita) sono definite come “solo AUT” e



la loro gestione è da considerarsi di competenza “esclusiva” dell’ATS territoriale. Analoga regola vale per gli Enti ai quali afferiscono soltanto strutture del tipo solo AUT.

Per permettere all’utente ATS di poter intervenire, a livello applicativo, su tutti i dati di Enti e Strutture di propria competenza, sono presenti le seguenti funzionalità, successivamente descritte:

- Inserimento diretto di un Ente (non ancora censito in anagrafica);
- Modifica diretta, inclusa la chiusura di un Ente senza strutture associate o avente solo strutture autorizzate;
- Inserimento e modifica di una Struttura solo AUT.

2.2.6.1 Inserimento diretto di un Ente

Solo gli operatori ATS con ruolo Supervisore A o Supervisore B **possono inserire** un nuovo Ente nel sistema, in maniera del tutto simile ad un inserimento svolto da DGW. Il nuovo Ente, così inserito, viene registrato come “Non attivo” sino a che non verrà ad esso associata una struttura attiva.

2.2.6.2 Modifica diretta di un Ente

Solo gli operatori ATS con ruolo Supervisore A o Supervisore B **possono modificare direttamente** qualsiasi dato di AEG di un Ente, fatta eccezione dei seguenti dati: Codice SISS, Codice Fiscale, Partita Iva, Ente Unico.

L’Ente non deve avere associate strutture oppure deve avere **SOLO** strutture di competenza “esclusiva” ATS, precedentemente definite come “solo AUT”.

2.2.6.3 Inserimento e modifica di una Struttura solo AUT

Solo gli operatori ATS con ruolo Supervisore A o Supervisore B possono **inserire direttamente** una struttura o **modificare direttamente** qualsiasi dato di Assetto Ufficiale (ad eccezione del Codice Ministeriale) di una struttura **SOLO SE** la struttura è del tipo “solo AUT”.

Le azioni permesse sono le medesime disponibili per gli utenti DGW con l’eccezione di non poter modificare gli status “Accreditata” e “A contratto” né per la Struttura né per le MA/Specialità ad essa associate.

2.2.7 Gestione del Registro Regionale e Nota di Operatività

La DGR 38133/98 istituisce presso la Direzione Generale Sanità, il registro regionale delle strutture accreditate, in cui dovranno essere iscritte le strutture pubbliche e le strutture private che ottengono il provvedimento di accreditamento. Tutto il percorso dell’accreditamento pertanto si perfeziona all’atto dell’**iscrizione nel registro regionale** delle strutture accreditate.

Anche tutte le variazioni dell’accreditamento, comprese quelle determinate dal trasferimento dello stesso in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico si perfezionano all’atto dell’aggiornamento nel registro regionale delle strutture accreditate, che avvengono con l’emissione di **una nota di operatività**.

Il registro regionale delle strutture accreditate è stato gestito su supporto cartaceo e conservato presso gli uffici della DGW sino alla data del...e poi sostituito con una soluzione dematerializzata.

SIGAUSS informatizza la gestione del registro fornendo agli operatori abilitati la possibilità di ricerca, inserimento, aggiornamento e cancellazione del Numero di Registro per tutte le strutture accreditate.

L’Iscrizione a Registro e la Nota di Operatività, sono operazioni alternative e non compresenti, gestite tramite una selezione da parte DGW. In caso di Iscrizione al Registro delle strutture accreditate sarà assegnato alla struttura il numero di iscrizione a Registro, la data di iscrizione e una nota (facoltativa).

E’ possibile definire le seguenti azioni relative al Registro Regionale:



- **L'iscrizione a Registro Regionale** di una struttura sanitaria, operazione che prevede l'assegnazione di un numero di registro univoco per le sole strutture private non appartenenti ad Ente Unico;
- **Aggiornamento del Registro Regionale**, dove si andrà ad aggiungere, alla voce di registro già esistente, i dati relativi all'aggiornamento, mantenendo comunque i dati precedenti nello storico del registro per scopi di ricerca ed analisi;
- La **Cancellazione dal Registro**, operazione che comporta la modifica dello status della struttura in Autorizzata.

2.2.7.1 Iscrizione a Registro Regionale

Soltanto l'operatore col ruolo Supervisore A DGW può effettuare un inserimento nel Registro Regionale (RR), nei seguenti modi:

- In fase di completamento di determinate istanze;
- Tramite apposita funzionalità "Registro Regionale";
- In fase di definizione di un Ente Unico.

In caso di Iscrizione al Registro di una struttura sono richiesti i seguenti dati - quelli indicati con (*) sono obbligatori:

- Numero Atto (*);
- Data Atto (*);
- Numero iscrizione a Registro (*);
- Data Iscrizione a Registro (*);
- Note.

L'assegnazione di numeri di Registro Regionale segue le seguenti regole:

1. Struttura privata appartenente ad Ente Unico: il numero deve essere il medesimo per tutte le Strutture appartenenti allo stesso Ente Unico;
2. Struttura privata non appartenente ad Ente Unico: il numero deve essere univoco;
3. Struttura pubbliche: il numero può essere il medesimo per tutte le Strutture appartenenti allo stesso Ente Pubblico.

E' da intendersi come ultimo Numero di Registro Regionale valido (o Numero di Registro corrente), il numero di RR avente la "Data iscrizione a Registro" più recente.

2.2.7.2 Aggiornamento del Registro Regionale

Soltanto l'operatore col ruolo Supervisore A DGW può modificare i dati relativi al RR.

La modifica può avvenire per correggere un dato immesso erroneamente, oppure in aggiornamento sull'esistente; in quest'ultimo caso, vengono registrati i dati precedenti nello storico del Registro per scopi di ricerca ed analisi.

Anche nel caso di modifica dovuta a Ente Unico, vengono storicizzati i dati precedenti relativi al numero di Registro Regionale.

2.2.7.3 Cancellazione dal Registro



La Cancellazione dal RR di una struttura comporta, di fatto, la perdita dello “status” Accreditata e, se presente, la perdita dello “status” relativo al contratto. Come conseguenza dell’operazione viene inoltre visualizzato lo stato non attivo del numero di registro per quella determinata struttura.

La cancellazione dal RR può avvenire tramite modifica “diretta” da parte del solo utente Supervisore A DGW, oppure tramite il Processo di modifica struttura, come descritto in precedenza.

La cancellazione di una struttura dal registro comporta, in caso questa fosse appartenente ad un Ente Unico, la dissociazione con quest’ultimo e, nel caso in cui tale struttura fosse l’unica appartenente all’Ente Unico, anche la perdita per l’Ente dello status di “Ente Unico”.

Le strutture che risultano cancellate dal Registro (quindi nello status “Autorizzata”) sono distinte da quelle che non hanno mai avuto un numero di registro: questo è possibile tramite opportuna selezione del campo “Cancellata dal Registro” (SI/NO), dove “SI” individua SOLTANTO le strutture autorizzate, per le quali è stata effettuata una “cancellazione dal Registro Regionale”.

2.2.7.4 Ricerca sul Registro Regionale

È possibile effettuare la ricerca di strutture iscritte al Registro Regionale, per tutti gli utenti aventi i permessi, con la possibilità di filtrare e ordinare i risultati. In particolare, la ricerca può essere eseguita per:

- Ente
- Struttura
- ATS
- Numero Registro

A seguito di una ricerca, il sistema presenta la lista di una o più Strutture con il seguente dettaglio:

- Num. Registro
- Data iscr. a Registro (valorizzato se esistente, nullo altrimenti);
- Denominazione Struttura;
- Stato del numero RR (attivo/non attivo).

Selezionato un record dalla lista, è possibile visualizzare tutti i dettagli relativi al Numero di Registro.

2.2.7.5 Regole di assegnazione del numero di Registro Regionale

Le regole applicative per l’assegnazione del numero di registro RR per le strutture pubbliche e private sono riportate rispettivamente nelle tabelle seguenti.

Sono inoltre da tenere in considerazione le seguenti casistiche:

1. Nel caso in cui una struttura che cambia gestione sia l’ultima dell’Ente pubblico o privato è necessario informare l’utente che tale operazione potrebbe comportare la CHIUSURA dell’Ente;

se l’utente dovesse procedere con l’operazione, dovrà specificare la data di fine attività dell’Ente stesso.

2. Nel caso in cui una struttura che cambia gestione provenga da Ente Unico o Ente Pubblico, sarà

sempre attribuito un nuovo numero di registro.

3. A prescindere dallo stato degli enti/strutture di origine e di destinazione (ente unico SI/NO), nel processo struttura subentro sono presenti le opzioni che permettono di
 - mantenere il numero RR corrente;



- assegnare un nuovo numero RR;
- assegnare un numero RR dell'ente di destinazione

2.2.7.6 Nota di Operatività

In caso di Nota di Operatività, alternativo al numero di Registro Regionale, viene proposta la tipologia della nota, il numero atto, la data e un campo note: un controllo impedisce di dare l'Operatività ad una struttura senza l'inserimento del Numero Atto alla Nota associata.

È possibile inserire una Nota di Operatività solamente a conclusione di un'istanza e secondo le regole già definite. Possono esistere più Note di Operatività inserite per una singola struttura, queste risultano visibili e modificabili solamente da un operatore Supervisore A DGW, una volta selezionata la struttura d'interesse.

Campo	Descrizione	Obbligatorio
Tipo Nota	Tipo della nota a testo libero (es. Nota di Operatività, Nota di Rigo);	SI
Numero Atto	Numero Atto della Nota	SI
Data Nota	Data emissione della Nota	SI
Note		NO

Tabella 22 – Dati Nota di Operatività

2.2.7.7 La dematerializzazione del Registro Regionale

Dal 12 marzo 2020 è stata introdotta la dematerializzazione del Registro Regionale (RR), lo strumento, originariamente cartaceo, istituito presso la DGW di Regione Lombardia a seguito della DGR 38133/98 e utilizzato per la registrazione dell'accreditamento delle strutture sanitarie, sia pubbliche che private.

Al fine di dematerializzare il Registro Regionale delle strutture accreditate e, conseguentemente, automatizzarne le procedure di gestione e di integrazione con il sistema SIGAUSS, è stato realizzato un Registro Regionale Dematerializzato (RRD) che include:

- a) un sistema di archiviazione delle registrazioni dei numeri di registro, delle loro variazioni e delle variazioni degli enti/strutture ai quali sono associati, sostituendo quindi le funzionalità svolte dal supporto cartaceo;
- b) dei meccanismi di ricerca, consultazione, stampa e di utilità rivolte agli operatori di DGW.

Il sistema di gestione del registro dematerializzato, sostituendo l'attuale supporto cartaceo, permette:

- la generazione automatica e progressiva del numero di registro e la registrazione delle singole voci ad esso associate;
- l'archiviazione e la tracciatura delle informazioni associate agli eventi di modifica dell'Ente/Strutture associate ad ogni singolo numero;
- l'archiviazione e la tracciatura delle informazioni associate ai numeri di registro stesso (collegamenti);
- la consultazione dello storico degli assegnamenti di un Numero di Registro ad una struttura relativamente ai casi in cui una struttura veda modificarsi il suo numero di registro (come nel caso di inserimento in ente unico o di cambio gestione/voltura).

2.2.8 Gestione dei Contratti



L'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie erogate sulla base del fabbisogno sanitario del territorio e nel rispetto dei limiti di spesa assegnati alle singole strutture tramite la conseguente definizione dei rapporti per la remunerazione delle prestazioni rese.

I contratti vengono stipulati dalle ATS sulla base delle regole di sistema definite annualmente da Regione Lombardia

Solo gli operatori ATS col ruolo Supervisore A possono agire sui seguenti dati relativi al contratto:

Campo	Descrizione
Data Stipula Contratto	
Data Aggiornamento Contratto	
Protocollo di Riferimento	Protocollo della Nota o dell'Atto di riferimento per la stipula/aggiornamento del contratto
Descrittiva	
Codice Contratto	Codice del contratto stabilito tra L'Ente Gestore per la Struttura e l'ATS, in seguito all'approvazione dell'Istanza
Codice ATS	Codice ATS stipulante (ATS di competenza)
Codice Ente Gestore	Codice Ente Gestore stipulante
Codice Struttura	Codice struttura di riferimento del contratto
Note	Campo note a testo libero

Tabella 23 – Dati contratto

L'abilitazione all'accesso da parte dell'ATS alle funzionalità di gestione contratto, per ogni singola struttura, viene attivata soltanto a conclusione del processo di Accreditamento in carico a DGW.

In fase di consultazione, viene visualizzato il primo contratto, successivamente l'ultimo aggiornamento, a seguire tutti gli altri presenti nello storico.

Visibilità dei contratti:

- Gli operatori EG hanno visibilità dei contratti stipulati di competenza dell'EG a cui afferiscono;
- Gli operatori ATS hanno visibilità di tutti i contratti di loro competenza territoriale;
- Gli operatori DGW hanno visibilità su tutti i contratti stipulati dall'ATS.

2.2.9 Diffide e sanzioni

Il modulo applicativo Diffide e Sanzioni supporta le attività di ispezione dalle ATS presso le strutture autorizzate e/o accreditate di loro competenza per accertare il mantenimento dei requisiti minimi autorizzativi e/o gli ulteriori requisiti di accreditamento.

Le funzionalità permettono di gestire e tracciare le Visite Ispettive che possono comportare la disposizione di una Sanzione amministrativa pecuniaria, di una Diffida, di una Sospensione, di una Diffida e contestuale Sospensione sino alla Revoca, dell'autorizzazione e/o dell'accredimento.



Le disposizioni si applicano anche alle strutture sanitarie soggette all'obbligo della presentazione della DIA/SCIA che operino in mancanza dei requisiti richiesti. La normativa vigente prevede che gli **atti di diffida, sospensione, diffida con contestuale sospensione e di revoca** vengano emanati dall'ente che ha concesso l'autorizzazione o l'accreditamento.

Rispetto a tale normativa, l'interpretazione fornita da DGW si è concretizzata nelle seguenti regole:

FUNZIONALITÀ	STRUTTURE SOLO AUTORIZZATE		STRUTTURE ACCREDITATE
	Le strutture di ricovero e cura; I ricoveri a ciclo diurno; Le strutture di psichiatria; I centri di procreazione medicalmente assistita (macro attività).	“SOLO AUT”, ovvero le tipologie di struttura non rientranti nell'elenco precedente	Tutte le tipologie
Gestione visite ispettive	ATS – Supervisore A (solo strutture situate nel proprio territorio)	ATS – Supervisore A (solo strutture situate nel proprio territorio) ATS – Supervisore B (solo strutture situate nel proprio territorio)	ATS – Supervisore A (solo strutture situate nel proprio territorio)
Sanzione	ATS – Supervisore A (solo strutture situate nel proprio territorio)	ATS – Supervisore A (solo strutture situate nel proprio territorio) ATS – Supervisore B (solo strutture situate nel proprio territorio)	ATS – Supervisore A (solo strutture situate nel proprio territorio)
Diffida	ATS – Supervisore A (solo strutture situate nel proprio territorio)	ATS – Supervisore A (solo strutture situate nel proprio territorio) ATS – Supervisore B (solo strutture situate nel proprio territorio)	ATS – Supervisore A (solo strutture situate nel proprio territorio)
Sospensione dell'autorizzazione e/o accreditamento	ATS – Supervisore A (solo strutture situate nel proprio territorio)	ATS – Supervisore A (solo strutture situate nel proprio territorio) ATS – Supervisore B (solo strutture situate nel proprio territorio)	ATS – Supervisore A (solo strutture situate nel proprio territorio)



Revoca dell'autorizzazione	DGW – Supervisore A	ATS – Supervisore A (solo strutture situate nel proprio territorio) ATS – Supervisore B (solo strutture situate nel proprio territorio)	DGW – Supervisore A
Revoca dell'accreditamento			DGW – Supervisore A

Tabella 24 – Organi di competenza degli atti di Diffida e Sanzione

Le funzionalità relative al processo “Diffide e Sanzioni” si rivolgono ai seguenti operatori:

- ✓ **ATS – Supervisor A**, per la gestione delle visite, le sanzioni, le diffide e le sospensioni di tutte le tipologie di struttura, autorizzate e/o accreditate, e per la revoca dell'autorizzazione delle strutture solo AUT situate nel proprio territorio di competenza;
- ✓ **ATS – Supervisor B**, per la gestione delle visite, le sanzioni, le diffide e le sospensioni delle strutture solo AUT situate nel proprio territorio di competenza;
- ✓ **DGW – Supervisor A**, per la visualizzazione dell'intero processo e la gestione della revoca dell'autorizzazione delle strutture di propria competenza (tutte escluso le solo Aut) e la revoca dell'accreditamento di tutte le tipologie di struttura.

Il flusso del processo di Diffide e Sanzioni evolve attraverso una serie di stati, riportati sinteticamente in Figura 9 e successivamente approfonditi. In particolare, nel seguito, saranno descritte le operatività relative alla definizione dei requisiti da verificare e alle registrazioni degli esiti delle varie verifiche svolte.

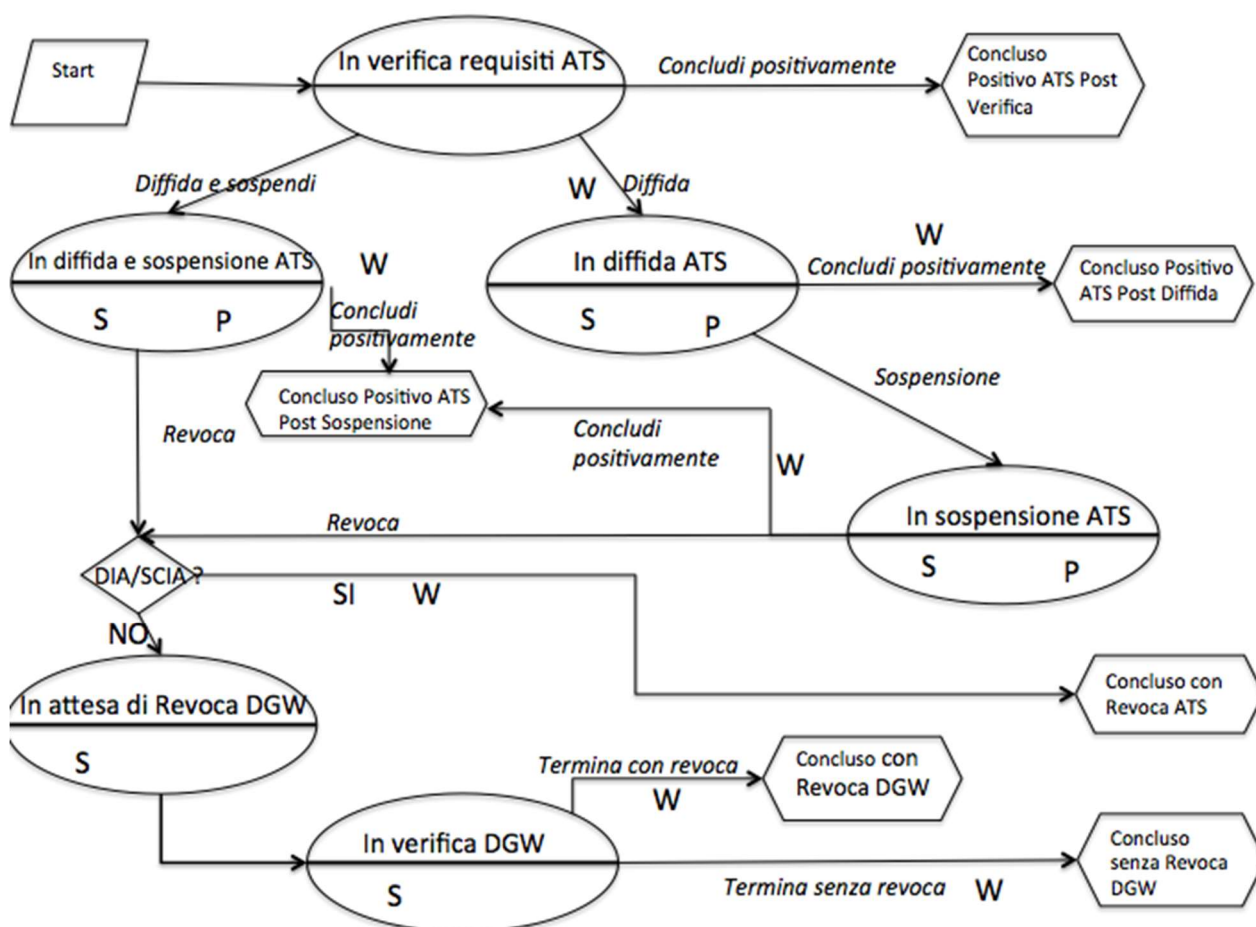


Figura 9 – Flusso del processo Sanzioni e Diffide

Nel precedente schema sono utilizzati alcuni simboli il cui significato è riassunto nel seguito.

(W) Warning: finestra non bloccante che permette all'utente di non proseguire nella scelta. Viene mostrata in presenza di una sanzione non ancora saldata, in fase di sospensione e/o di revoca di un oggetto, nel passaggio dallo stato "In diffida" allo stato "In sospensione"; dallo stato "In sospensione" e/o dallo stato "In diffida e sospensione" a fronte di una operazione di Revoca, dallo stato "In verifica DGW" allo stato "Concluso con Revoca DGW". Un ulteriore warning verrà presentato all'utente, in fase di registrazione di una diffida, nel caso in cui la struttura sia stata diffidata per la terza volta nel medesimo anno solare: questo per avvisare l'utente che l'operazione potrebbe comportare anche la sospensione diretta dell'autorizzazione o dell'accreditamento della struttura stessa

(S) Sanzione: l'utente ha la possibilità di gestire la sanzione associata all'iter, in particolare, aggiungendo una sanzione o modificandone una esistente. Relativamente ad una sanzione vengono registrati i requisiti non soddisfatti a seguito dei quali la sanzione viene emessa, la data di emissione, di scadenza e di (futura) riscossione, l'importo della sanzione e il protocollo della nota ATS

(P) Proroga: l'utente può modificare, prorogandole, le date di scadenza dei termini delle diffide e delle sospensioni. In particolare è possibile aggiungere, modificare ed eliminare una proroga. Relativamente ad una proroga vengono registrati la durata e la motivazione.



Negli stati “In verifica requisiti”, “In diffida” e “In sospensione” è inoltre disponibile un’opzione tramite la quale l’iter viene portato in uno stato finale denominato “Iter Concluso ATS (Non processato)”.

2.2.9.1 La registrazione dell’esito dei requisiti

Preparazione preliminare

Il primo passo del processo prevede che l’operatore, per individuare i requisiti oggetto della verifica, selezioni, fra quelli appartenenti al proprio territorio, l’oggetto o gli oggetti ai quali tali requisiti fanno riferimento, utilizzando obbligatoriamente una delle due alternative: l’Ente del quale scegliere una struttura o direttamente la Struttura, per la quale otterrà conferma dell’Ente associato. Facoltativamente è possibile selezionare una o più Macro Attività e/o uno o più edifici.

Identificati gli oggetti della verifica, il sistema visualizza i requisiti ad essi associati: i Requisiti Organizzativi Generali, i requisiti strutturali e tecnologici generali, (riferiti ai singoli edifici) e i Requisiti Organizzativi e Strutturali Specifici relativi alla singola MA selezionata.

A ciascuno dei requisiti così automaticamente determinati corrisponderanno tre informazioni: la data di verifica del requisito (obbligatorio); l’esito del requisito, se ottemperato («Ok»), non ottemperato («Non Ok») o non pertinente (“NP”) (obbligatorio) e per ogni requisito non ottemperato, un flag per specificare se tale esito sarà origine di Diffida o di Sospensione; un campo per una nota a testo libero (facoltativo).

Il salvataggio degli oggetti e dei relativi requisiti oggetto di verifica avvia l’iter con lo stato “**In verifica requisiti**”: associando ad esso un Identificativo Unico, l’ATS di riferimento, la Struttura da verificare con il relativo Ente, le date di verifica previste/effettive.

Registrazione Esito

Una volta effettuata la verifica presso la struttura e dovendone riportare l’esito, l’operatore ATS ricerca (per Ente, per Struttura e per periodo da/a) l’iter precedentemente registrato.

Nello stato “In verifica requisiti”, l’operatore potrà aggiungere altri oggetti con i relativi requisiti alla lista inizialmente prevista grazie all’apposita funzionalità di “**Modifica Requisiti**”.

Completata questa operazione l’operatore indica la data di svolgimento della verifica, il numero e la di protocollo della nota ATS, compila, per ogni requisito verificato, i valori relativi agli esiti come da verbale (“Ok”, “Non Ok”, “NP”), specificando, per ciascun “Non Ok” se ad essi sono riconducibili diffide o sospensioni e compila delle note testuali (opzionali) relative alla visita ispettiva svolta.

Alla registrazione dell’esito della verifica dei requisiti, il sistema storicizza l’assetto di riferimento della struttura selezionata, compresi i relativi edifici.

Nel caso in cui tutti i requisiti pertinenti siano stati ottemperati (tutti i requisiti sono associati ad un «OK») il processo potrà essere concluso dall’operatore selezionando il pulsante “**Concludi positivamente**”, a seguito del quale il sistema pone lo stato in “Concluso Positivo ATS (Post-Verifica)”

Nel caso in cui parte dei requisiti verificati non siano stati ottemperati, ovvero in caso di esito negativo, l’operatore può selezionare uno dei seguenti esiti: “Diffida”; oppure “Diffida e sospendi”.

Diffida

Nel caso in cui si sia stabilito di sancire una **DIFFIDA**, l’operatore seleziona l’azione “**Diffida**” e provvede a registrare le informazioni relative al requisito/i che hanno causato la diffida, la data di emissione della diffida, il tempo di diffida, la data di scadenza, il protocollo e la data della nota ATS.



Diffida e sospensione

Nel caso in cui a seguito della verifica si stabilisca di sancire una **DIFFIDA con contestuale SOSPENSIONE**, l'operatore seleziona l'azione "**Diffida e Sospendi**", e provvede a registrare le informazioni inserite dall'utente e, in particolare, i requisiti che hanno dato origine alla diffida/sospensione, la data e il numero di protocollo della nota ATS, il tempo di diffida con sospensione e la relativa data di scadenza, la tipologia di sospensione.

2.2.9.2 Registrazione della verifica Post-Diffida

Preparazione preliminare

Ricevuta la comunicazione da parte della Struttura relativa all'adempimento dei requisiti contestati con diffida oppure, nel caso in cui tale comunicazione non sia pervenuta, alla data di scadenza della diffida, la ATS provvede a eseguire una Verifica Post-Diffida. L'operatore ricerca (per Ente, per Struttura e per periodo da/a), il piano di verifica originario concluso con una diffida e ne richiede la generazione del documento (in formato pdf) contenente il template del verbale e l'elenco dei **requisiti non ottemperati** da verificare, indicati in fase di registrazione della relativa diffida. Tale verbale contiene le seguenti informazioni:

- A. La data di verifica del requisito (obbligatorio);
- B. L'esito del requisito, se ottemperato («Ok») o non ottemperato («Non Ok») o non pertinente ("NP") (obbligatorio); se "Non Ok", l'ulteriore informazione compilabile se il requisito in questione abbia causato una diffida o una sospensione:
- C. Un campo per una nota a testo libero (facoltativo).

Registrazione esito

Dopo lo svolgimento della verifica post-diffida, l'operatore cerca l'iter specifico utilizzando una fra le opzioni precedentemente utilizzate e una volta individuato il piano di verifica di interesse indica la data di svolgimento della verifica, il numero e la data di protocollo della nota ATS, compila, per ogni requisito verificato, i valori relativi agli esiti come da verbale ("Ok", "Non Ok", "NP"); se "Non Ok", l'ulteriore informazione se il requisito in questione abbia causato una diffida o una sospensione

In questa fase l'operatore non può aggiungere requisiti al piano di verifica programmato, ovvero ai requisiti non ottemperati nella fase precedente che hanno portato alla diffida della struttura

Esito positivo

Nel caso in cui tutti i requisiti pertinenti siano stati ottemperati (tutti i requisiti sono associati ad un «OK») il processo potrà essere concluso dall'operatore selezionando il pulsante "**Concludi positivamente**".

Sospensione

Nel caso di esito negativo della verifica post-diffida, l'operatore può selezionare il pulsante "**Sospensione**", a seguito del quale è possibile indicare la sospensione, dell'autorizzazione o dell'accreditamento, di un sottoinsieme o di tutti gli oggetti della verifica: Struttura, MA, Specialità codificate, Specialità non codificate.

E' possibile selezionare oggetti da sospendere tra quelli appartenenti all'assetto che il sistema ha storicizzato al salvataggio dell'esito della prima verifica (quella di verifica requisiti): a partire da questo elenco l'utente potrà



selezionare uno o più oggetti tra quelli selezionati in fase di preparazione del piano verifica, tra gli “antenati”⁶ degli oggetti del piano; tra le UO/MA/Specialità appartenenti agli oggetti inseriti nel piano di verifica.

Una volta confermati gli oggetti sospesi, il sistema registrerà lo stato della verifica “**In sospensione ATS**” avendo preventivamente registrate informazioni inserite dall’utente per ogni oggetto sospeso: il requisito che ha causato la sospensione, la tipologia di sospensione, la data di sospensione, la data e il protocollo della nota ATS, la data di decorrenza della sospensione e il tempo di sospensione.

2.2.9.3 Registrazione della Verifica Post-Sospensione

Preparazione preliminare

Ricevuta la comunicazione da parte dell’Ente relativa all’adempimento dei requisiti contestati con sospensione (sia essa conseguente ad una diffida o individuata immediatamente a valle della verifica requisiti iniziali tramite una “diffida e sospensione”) o, nel caso in cui tale comunicazione non sia pervenuta, alla data di scadenza della sospensione, la ATS provvede a eseguire una Verifica Post-Sospensione.

A tal fine l’operatore potrà ricercare (per Ente, per Struttura e per periodo da/a) il relativo piano di verifica concluso che ha avuto come esito “In sospensione” e richiedere la generazione (in formato pdf) del template del verbale e l’elenco dei requisiti non ottemperati da verificare, indicati in fase di registrazione della relativa sospensione. Tale documento conterrà le seguenti informazioni:

Registrazione esito

Dopo la verifica post-sospensione, l’operatore ricerca il piano della verifica effettuata, indicando una o più delle opzioni utilizzate per la ricerca precedente e, una volta individuato il piano di verifica di interesse indica la data di svolgimento della verifica, il numero e la data di protocollo della nota ATS, compila, per ogni requisito verificato, i valori relativi agli esiti come da verbale (“Ok”, “Non Ok”, “NP”); ulteriormente specificando i requisiti “Non Ok” ai quali ricondurre l’eventuale revoca

Esito Positivo

Nel caso in cui tutti i requisiti pertinenti siano stati ottemperati (tutti i requisiti sono associati ad un «OK») il processo potrà essere concluso dall’operatore selezionando il pulsante “**Concludi positivamente**”.

Revoca

Nel caso di esito negativo della verifica di post-sospensione, sia nel caso che la sospensione sia stata decisa a valle di una diffida che immediatamente dopo una verifica iniziale, nel caso in cui parte dei requisiti verificati non siano stati ottemperati, la ATS può provvedere alla **REVOCA** dell’autorizzazione o dell’accreditamento di un sottoinsieme o di tutti gli oggetti della verifica: Struttura, MA, Specialità Codificate, Specialità non codificate.

E’ possibile selezionare gli oggetti da revocare tra quelli appartenenti all’assetto che il sistema ha storicizzato al salvataggio dell’esito della prima verifica (di verifica requisiti): in particolare oggetti tra quelli selezionati in fase di preparazione del piano verifica, tra gli “antenati” degli oggetti del piano, tra le UO/MA/Specialità appartenenti agli oggetti inseriti nel piano di verifica.

Nel caso di oggetti appartenenti a strutture solo AUT l’Operatore ATS avrà la possibilità di emettere l’atto di **revoca dell’autorizzazione** degli oggetti cui fanno riferimento i requisiti non ottemperati.

⁶Per “antenato” si intende un elemento che nella gerarchia di oggetti precede quello scelto per la verifica: ad esempio una U.O. di una Macroattività o l’edificio alla quale una Macroattività appartiene.



Il sistema registrerà lo stato della verifica come **“Concluso con Revoca ATS”**, avendo registrato, per ogni oggetto sospeso, le informazioni relative all’oggetto revocato, il/i requisito/i che ha/hanno causato la revoca, la tipologie di revoca, la data della revoca, il numero e la data del protocollo del provvedimento, il numero del protocollo ATS.

Nel caso di oggetti appartenenti a strutture di competenza DGW l’Operatore ATS registrerà lo stato come **“In attesa di Revoca”**, avendo registrato, per ogni oggetto sospeso, le informazioni relative.

Le successive azioni potranno essere svolte dai soli operatori DGW che tramite un pulsante **“Verifica DGW”** prenderà in carico i prossimi passi dell’iter: a seguito di questa azione il sistema registra l’iter in stato **“In Verifica DGW”** a partire dal quale un operatore DGW potrà concludere con o senza revoca

Nel caso DGW emettesse l’atto di **revoca dell’autorizzazione e/o dell’accreditamento** il sistema registra lo **stato verifica come “Concluso con Revoca DGW”** avendo registrato le informazioni relative al requisito che ha causato la revoca, la tipologia e la data di revoca, i protocolli del provvedimento e della nota DGW.

Nel caso in cui DGW non ritenesse di emettere l’atto di revoca il sistema registra lo stato come **“Concluso senza Revoca DGW”**.

L’esito del processo, indipendentemente dall’attore che emette il provvedimento, non modifica lo status degli oggetti verificati. Le eventuali operazioni di cambio stato, revoca del contratto, cancellazione delle strutture dal Registro Regionale e di chiusura delle strutture saranno eseguite secondo le regole previste attualmente.

2.2.9.4 Il flusso di processo in sintesi

La seguente tabella riassume le caratteristiche essenziali del processo in termini di stati, visibilità e ruoli, dati obbligatori richiesti per il cambiamento di stato e scelte disponibili agli utenti

Stato	Visibilità – Ruoli	Dati obbligatori per il passaggio allo stato <u>successivo</u>	Scelte (Pulsanti di scelta)	Stato Successivo
In Verifica Requisiti ATS	ATS – Supervisore A (RW) ATS – Supervisore B (RW)* DGW – Supervisore A (R)	Data protocollo nota ATS, Numero protocollo nota ATS	“Concludi Positivamente “	Concluso Positivo ATS (Post-Verifica)
		Data protocollo nota ATS, Numero protocollo nota ATS, Giorni scadenza, Data diffida, Data Scadenza Diffida,	“Diffida”	In Diffida ATS
		Data protocollo nota ATS, Numero protocollo nota ATS, Data Scadenza Sospensione, Giorni sospensione, Tipo Sospensione, Elenco oggetti sospesi	“Diffida e Sospensione”	In Diffida e Sospensione
In Diffida ATS	ATS – Supervisore A (RW)	Data protocollo nota ATS, Numero protocollo nota ATS	“Concludi Positivamente”	Concluso Positivo ATS (Post-Diffida)



	ATS – Supervisore B (RW)* DGW – Supervisore A (R)	Data protocollo nota ATS, Numero protocollo nota ATS, Data sospensione, Data Scadenza Sospensione, Giorni sospensione, Tipo Sospensione, Elenco oggetti sospesi	“Sospensione”	In Sospensione ATS
In Sospensio ne ATS	ATS – Supervisore A (RW)	Data protocollo nota ATS, Numero protocollo nota ATS	“Concludi Positivamente”	Concluso Positivo ATS(Post- Sospensione)
	ATS – Supervisore B (RW)* DGW – Supervisore A (R)	Data protocollo nota ATS, Numero protocollo nota ATS, Tipo revoca, Elenco oggetti revocati	“Revoca” (DIA/SCIA)	Concluso con Revoca ATS
		Data protocollo nota ATS, Numero protocollo nota ATS	“Revoca” (no DIA/SCIA)	In Attesa di Revoca DGW
In Diffida e Sospensio ne ATS	ATS – Supervisore A (RW)	Data protocollo nota ATS, Numero protocollo nota ATS	“Concludi Positivamente”	Concluso Positivo ATS (Post- Sospensione)
	ATS – Supervisore B (RW)* DGW – Supervisore A (R)	Data protocollo nota ATS, Numero protocollo nota ATS, Tipo revoca	“Revoca” (DIA/SCIA)	Concluso con Revoca ATS
		Data protocollo nota ATS, Numero protocollo nota ATS	“Revoca” (no DIA/SCIA)	In Attesa di Revoca DGW
In Attesa di Revoca DGW	ATS – Supervisore A (R) ATS – Supervisore B (R) DGW – Supervisore A (RW)	N.A.	“In Verifica”	In Verifica DGW
In Verifica DGW	ATS – Supervisore A (R) ATS – Supervisore B (R)	Data protocollo nota DGW, Numero protocollo nota DGW, Tipo revoca	“Termina con Revoca”	Concluso con Revoca DGW
	DGW – Supervisore A (RW)	Data protocollo nota DGW, Numero protocollo nota DGW	“Termina senza Revoca”	Concluso senza Revoca DGW

Tabella 25 - Sintesi delle regole di processo

La visibilità degli stati conclusivi (Positivo post verifica ATS, Positivo ATS post diffida, Positivo TS post sospensione, Concluso con Revoca ATS, Concluso con Revoca e Concluso Senza revoca DGW è di sola lettura (R) sia per ATS - Sup (A e B) e per DGW – Sup A.



2.2.9.5 Ulteriori funzionalità e caratteristiche

Controlli di congruenza

Il sistema verifica la congruenza fra le **date di avanzamento** del processo e le date registrate producendo dei warning espliciti che l'operatore dovrà accettare prima di confermare l'inserimento di un dato non congruente.

Regole di visibilità e autorizzazioni

Il ruolo supervisore ATS B, in analogia con le regole previste in istanze e processi ha diritti di lettura/scrittura solo sulle strutture solo AUT.

Nello stato "In verifica DGW" l'operatore può consultare i valori immessi dalla ATS senza poter aggiungere Oggetti ulteriori su cui operare l'eventuale revoca.

Ricerca

Sia gli operatori di ATS che quelli di DGW possono ricercare le informazioni relative ai piani di verifica programmati e a quelli già eseguiti per la verifica dei requisiti di autorizzazione e accreditamento.

La ricerca dei piani si basa sulla selezione di valori di Ente, Struttura, Periodo di riferimento, Stato di avanzamento del processo, tipologia e periodo del provvedimento emesso, numeri di protocollo delle note e identificativi unici degli iter.

A partire dagli esiti della ricerca è possibile ottenere la lista dei provvedimenti in corso e quella dei provvedimenti emessi. Tale lista riporta la data di verifica requisiti e il relativo numero di protocollo della nota, il tipo e la data del provvedimento emesso.

Integrazioni con il sistema di gestione dell'accREDITAMENTO

1. Accedendo all'Assetto Ufficiale di una Struttura coinvolta nell'iter di Diffide e Sanzioni è possibile visualizzare la lista delle verifiche ispettive ad essa associate, con una modalità analoga a quella adottata per le Istanze e i Processi.

2. In corrispondenza di alcuni cambiamenti di stato del processo viene inoltrato un messaggio sulla bacheca utilizzata in SIGAUSS, con Oggetto "Verifica ispettiva" e nel cui testo è riportato l'identificativo del processo e il nuovo stato in cui il processo è arrivato.

Report

In ogni stato è possibile generare un report con la situazione dei requisiti e informazioni del relativo stato.

2.2.9.6 Adeguamenti

Nel novembre 2019 sono state apportate alcune evoluzioni, di seguito riassunte:

- Modificata l'etichetta "Data visita" con "Data visita/Data Ricezione integrazioni doc";
- Eliminato il campo informativo "Data visita programmata";
- Introdotta la possibilità di chiudere un processo di visita ispettiva anche quando una sanzione risultasse non saldata;
- Introdotta una funzionalità, fornita al supervisore A di ATS, per poter inserire una sanzione saldata all'interno di un iter già concluso;
- Introdotta la possibilità di inserire il valore 0 nei giorni di diffida;
- Aggiunto un nuovo requisito generico da utilizzare solo nella verifica ispettiva per poter registrare le situazioni per le quali viene riscontrato lo svolgimento di attività non previste in Assetto;
- Introdotta la possibilità di annullare una sanzione nel caso in cui l'esito di un ricorso sia avverso all'amministrazione.



2.2.10 Integrazione con i flussi ministeriali

2.2.10.1 Ente Flussi Ministeriali

È stata introdotta una ulteriore tipologia di Ente, denominata **Ente Flussi Ministeriali**, per identificare l'ente responsabile della raccolta ed invio dei dati dei flussi di rendicontazione di una struttura, il cui codice richiesto nei modelli ministeriali⁷, corrisponde al:

- **codice Azienda Sanitaria Locale** per le strutture di diritto privato. Le ATS infatti oltre a raccogliere i dati registrati dalle strutture direttamente gestite, raccolgono anche i dati delle strutture private accreditate a contratto (Case di Cura, Ospedali Classificati, IRCCS privati, ambulatori extra ospedalieri privati) che insistono nell'ambito territoriale di competenza.
- **codice Azienda Ospedaliera/IRCCS** per le strutture diritto pubblico. Le Aziende Ospedaliere e IRCCS di diritto pubblico raccolgono infatti i dati prodotti da tutte le strutture afferenti.

L'esigenza di introdurre l'Ente Flussi Ministeriali emerge in quanto questo può non corrispondere all'Ente Gestore della struttura:

- nel caso di alcuni IRCCS privati, in Regione Lombardia si verifica che uno stesso Ente Gestore sia gestore di più strutture IRCCS private, le quali, secondo la codifica ministeriale, fanno capo ciascuna ad un proprio Ente di tipo IRCCS privato codificato con il codice a tre cifre compreso tra “901” e “998” (ad un medesimo Ente Gestore possono corrispondere diversi Enti FIM).
- nel caso di strutture sanitarie private, l'ente di riferimento per la raccolta dei flussi di rendicontazione corrisponde alla ATS territoriale di riferimento e non all'Ente Gestore della struttura.

Tale entità corrisponde all'Ente oggi gestito in Flussi Ministeriali che può appartenere ad una delle seguenti tipologie:

- ATS
- ASST
- IRCCS Pubblico
- IRCCS Privato
- Fondazione

Non essendo un attore coinvolto nel processo di accreditamento, l'Ente Ministeriale, viene contestualizzato solo quando alla struttura viene assegnato un codice ministeriale (all'atto dell'autorizzazione all'esercizio della struttura stessa). Tale codice avrà validità FIM solo dopo l'accreditamento della struttura stessa, al momento in cui verrà registrato il contratto: fino a tale data tale codice in Assetto Ufficiale risulterà “Valido FIM = NO”. Al momento in cui verrà registrato il contratto, in Assetto Ufficiale apparirà la scritta “Valido FIM = SI”.

L'eventuale perdita del Contratto non comporta la perdita del codice FIM, ma tale codice non sarà più valido per FIM, in Assetto sarà nuovamente presente la scritta “Valido FIM = NO”.

2.2.10.2 La gestione del codice FIM

⁷codice di cui al DM 17/9/1986 e successive modifiche; in caso di azienda ospedaliera, policlinico universitario o istituto a carattere scientifico, progressivo numerico attribuito in ambito regionale (da “901” a “998”)



Per ogni struttura e per le entità ad essa associate (UO e Macroattività), il codice “Ente FIM” relativo ai CUDES viene individuato nel modo seguente:

- per gli Enti pubblici, viene derivato dalle ultime tre cifre del codice ente SIGAUSS, ricavato a partire dal valore della partita IVA dell’Ente cui la struttura appartiene
- per gli Enti privati, il Codice Ente FIM è costituito dagli ultimi tre caratteri del codice dell’ATS di riferimento territoriale.

Nel caso di strutture appartenenti ad Enti privati ai quali possono corrispondere più Enti FIM (tipicamente IRCCS), viene seguita questa serie di regole:

STRUTTURE OSPEDALIERE

Nel caso di strutture quali Ospedali IRCCS privati (quindi aventi in SIGAUSS un Tipo Struttura = “Struttura di ricovero e cura” e Tipo Ospedale = “IRCCS”) l’Ente FIM sarà impostato al codice CUDES dell’Ente cui la struttura appartiene.

Per le entità quali UO e MA appartenenti ad una struttura Ospedale IRCCS privato, l’Ente FIM associato al loro codice CUDES coinciderà con quello della struttura di appartenenza.

STRUTTURE NON OSPEDALIERE

Per le strutture non ospedaliere e per eventuali entità quali UO e MA ad essa relative l’Ente FIM è l’ATS di riferimento.

Per trattare specifiche esigenze legate ai Flussi Ministeriali, il valore assegnato al codice “Ente FIM” di una struttura è comunque modificabile dall’operatore (Supervisore A sia ATS che DGW), che potrà selezionare un valore alternativo fra quelli già presenti nella lista degli Enti FIM dell’Ente gestore.

2.2.10.3 La gestione del codice CUDES

L’attuazione della L.R. 23/2015 e la costituzione dei nuovi Enti ATS ed ASST ha offerto l’opportunità di intervenire in modo significativo sul sistema di codifica degli Enti e delle Strutture regionali per adeguarlo alle nuove realtà aziendali costituite attraverso fusioni, cessioni e/o scorporo di strutture sanitarie. Si è dunque deciso di definire centralmente un nuovo sistema regionale di Codifica Unificata degli Enti e delle Strutture (CUDES) che si pone l’obiettivo di identificare e caratterizzare i punti di erogazione delle prestazioni affinché siano univocamente individuati e movimentati da tutte le fonti che caratterizzano il patrimonio informativo di Regione Lombardia. La progressiva applicazione del sistema CUDES a tutti i sistemi e flussi informativi regionali permetterà di disporre di una nuova visione integrata dei dati relativi ad attività, costi, risorse ed assetto organizzativo con una codifica univoca su tutto il territorio regionale e di potenziare le attuali capacità di rappresentazione e analisi delle informazioni codificate riguardanti le strutture organizzative eroganti presenti all’interno del Sistema Sanitario Regionale.

Il codice struttura univoco CUDES (6 caratteri numerici) per le nuove strutture inserite in SIGAUSS viene generato internamente al sistema.

In particolare, il valore del CUDES acquisito dal servizio SIGAUSS viene assegnato in maniera automatica:

- ad ogni Struttura di nuova creazione in ambito SIGAUSS, assegnando il suo valore sia al *Codice Struttura* sia al *Codice Fim*;
- ai codici relativi alle nuove Unità Organizzative e Macro Attività di qualsiasi struttura, antecedente o successiva alla data di avvio dell’utilizzo del CUDES.

È tuttora in carico all’operatore SIGAUSS:

- stabilire quando il valore del *Codice Fim* così *assegnato* sia da ritenere effettivamente valido ai fini FIM, valorizzando l’apposito flag *Valido Fim*.
- valorizzare l’informazione relativa al Codice e alla Denominazione dell’*Ente FIM*



- modificare, nell'ambito di una istanza con operazione disponibile ai soli operatori DGW, il valore del codice struttura nel caso di strutture di ricovero e cura, essendo tale valore di origine ministeriale. In questo caso la dimensione del codice si può estendere sino a 8 caratteri.
- modificare i codici sull'Assetto validato—per operatore di ATS/DGW in funzione della competenza sulla struttura - per gestire temporaneamente i casi di disallineamento con il sistema FIM

Gli oggetti SIGAUSS esistenti alla data dell'adozione del codice CUDES hanno conservato:

- il loro *Codice Struttura*, per i quali non è garantita l'unicità su base regionale,
- il loro Codice FIM;
- il codice *Ente FIM*, valorizzato da un operatore SIGAUSS in presenza del *Codice FIM*.

Ulteriori dettagli sul codice CUDES (Enti)

Il valore del CUDES di un Ente (privato) viene valorizzato (generandolo a partire da un contatore autonomo) in fase di creazione dell'Ente da parte del suo legale rappresentante o direttamente da parte di un operatore DGW: il suo valore viene registrato all'interno dell'informazione denominata "Ente SISS" e potrà utilizzato nel caso in cui fosse necessario censire l'ente all'interno del sistema di codifica del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS).

Ulteriori dettagli sul codice CUDES (Strutture e entità collegate)

Il codice CUDES di una struttura, utilizzato come identificativo unico della struttura nel contesto dei flussi ministeriali (FIM), viene generato in automatico nella fase di salvataggio iniziale della sua definizione;

I codici CUDES relativi ad una U.O. o Macroattività

- o Possono essere generati manualmente a cura di un operatore ATS all'interno di un processo struttura e risultano validi solo nel momento il processo struttura viene concluso con esito positivo da DGW
- o Possono essere generati direttamente in Assetto Ufficiale da un operatore DGW
- o Possono essere generati da un operatore di Gestione SIGAUSS, a seguito di richiesta

2.3 Autenticazione e regole di accesso al Servizio

Il servizio SIGAUSS, essendo integrato nel progetto CRS-SISS; prevede una l'autenticazione univoca dell'operatore e il conseguente utilizzo delle relative credenziali e, operando in ottica multicanale, consente l'accesso attraverso differenti logiche di autenticazione.

2.3.1 Accessi previsti

2.3.1.1 Operatori SISS (Enti Gestori - ATS – DGW)

In tal caso l'applicazione è esposta sull'Extranet SISS e l'autenticazione avviene mediante Carta operatore SISS.

L'autorizzazione ad accedere all'applicativo è garantita dalla presenza di opportune credenziali estese associate all'operatore che si autentichi mediante la propria Carta operatore SISS.

2.3.1.2 Caso particolare per operatori ATS - DGW



Limitatamente al personale ATS e DGW è stata esplicitamente richiesta, in alternativa all'autenticazione tramite Carta operatore SISS, la possibilità di autenticazione debole dell'operatore mediante utilizzo di Username e Password, in tal caso è necessario che l'utente effettui:

Una prima fase di registrazione per la comunicazione al sistema dei dati anagrafici richiesti (nome, cognome, etc..) a seguito della quale l'utente riceverà la password da utilizzarsi per l'autenticazione,

Una seconda fase di richiesta di autorizzazione all'utilizzo della procedura di accreditamento a seguito della quale l'utente riceverà conferma esplicita di avvenuta autorizzazione.

2.3.1.3 Operatori di Enti Gestori non aderenti SISS

Per il personale che operi presso Enti non aderenti SISS l'applicazione è raggiungibile tramite Internet. L'autenticazione dell'operatore è verificata dal sistema Idpc ed avviene tramite Carta Nazionale dei Servizi (CNS).

Nel caso di autenticazione mediante CNS è necessario che l'utente effettui una richiesta di autorizzazione all'utilizzo della procedura di accreditamento a seguito della quale l'utente riceverà conferma esplicita di avvenuta autorizzazione.

Per gli operatori di Enti Gestori non aderenti al SISS è inoltre abilitata l'opzione di accesso tramite credenziali SPID.

In sintesi:

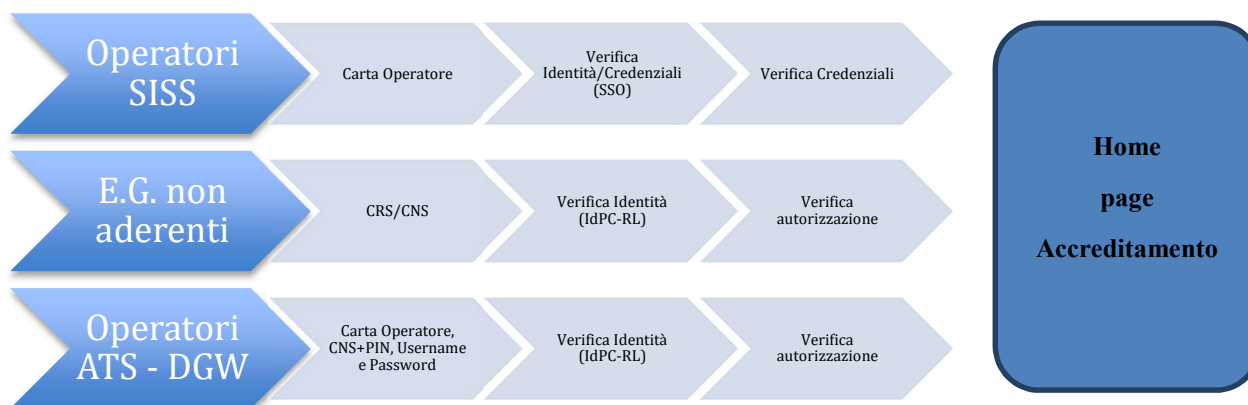


Figura 10 - Schema per l'accesso al sistema

Nel caso in cui l'operatore si autentichi mediante modalità diversa da Carta Operatore SISS è necessario che egli sia associato all'Ente Gestore per il quale opera quindi, al momento di richiesta di autorizzazione all'uso dell'applicativo, l'utente dovrà comunicare al sistema, la Partita Iva o il Codice Fiscale dell'Ente utile, per creare l'associazione tra l'operatore ed il relativo Ente.

Nel caso in cui l'Ente non sia ancora censito nel sistema, contestualmente alla prima istanza inserita, verrà richiesto all'utente di inserire l'anagrafica dell'Ente a cui afferisce.

2.3.2 Ruoli operatore e criteri di visibilità dei dati

Gli operatori che hanno accesso al servizio svolgono le loro attività presso le seguenti ubicazioni:

- Uffici amministrativi delle strutture pubbliche e private accreditate e dei relativi Enti Gestori



- Uffici amministrativi delle ATS lombarde
- Uffici amministrativi della DGW

2.3.2.1 Operatori SISS

L'elenco dei ruoli applicativi SISS abilitati sono elencati nella seguente tabella.

Gli operatori SISS devono essere caratterizzati da una credenziale estesa che contempli l'attributo di tipo generale (tipo="SPEC") con codice "ACCR" avente descrizione "ACCREDITAMENTO".

Vengono introdotti inoltre i seguenti ruoli:

Il Supervisore A (ATS/DGW), abilitato allo svolgimento di *tutte* le attività in carico a ATS/DGW.

Il Supervisore B (ATS), abilitato allo svolgimento delle *sole* attività di cui in tabella 3.

Per caratterizzare gli operatori Supervisore A e Supervisore B, si utilizza l'attributo esteso categoria con il valore rispettivamente cat="SUPERVISORE", o cat="SUPERVISORE-AUT".

2.3.2.2 Operatori non aderenti SISS

Nel caso di operatori che accedano con carta CNS o con Login e Password, il ruolo applicativo è gestito interamente dall'applicativo stesso e le regole di visibilità dei dati devono essere le stesse associate ai corrispondenti operatori SISS.



2.3.2.3 Visione di sintesi

Di seguito è riportata la tabella con i ruoli operatore previsti.

Tipo Utente	Tipologia accesso	Azioni		Ruolo applicativo SISS							
		Descrizione	Permessi	Tipo Aderente Attributo Livello L1	Ruolo applicativo	Attributo esteso Tipo (tipo)	Attributo esteso Codice (cod)	Attributo esteso Categoria (cat)			
Ente Gestore	Operatore	Istanze: <ul style="list-style-type: none"> • Inserimento/modifica istanza fino alla firma del LR (vedi Tabella 14) • Visualizzazione notifiche istanze (vedi par. 2.2.1.2) 	RW R	ENT ATS AO	Ruolo 3 (Amm. di Aderente)	SPEC	ACCR	ENTE			
		Visualizzazione dati: <ul style="list-style-type: none"> • Ente – AEG • Ente Unico • Struttura - AU • Contratto 	R		Ruolo 9 (Direttore Amm.)						
	Legale Rappresentante	Istanze: <ul style="list-style-type: none"> • Inserimento/modifica/firma istanza (vedi Tabella 14) • Visualizzazione notifiche istanze (vedi par. 2.2.1.2) 	RW R		Ruolo 8 (Legale Rappresentante)				SPEC	ACCR	Non richiesto
		Visualizzazione dati: <ul style="list-style-type: none"> • Ente – AEG • Ente Unico • Struttura - AU • Contratto 	R								



Tipo Utente	Tipologia accesso	Azioni		Ruolo applicativo SISS							
		Descrizione	Permessi	Tipo Aderente Attributo Livello L1	Ruolo applicativo	Attributo esteso Tipo (tipo)	Attributo esteso Codice (cod)	Attributo esteso Categoria (cat)			
ATS	Operatore ⁸	Visualizzazione dati: <ul style="list-style-type: none"> • Istanze (Tabella 15) • Notifica istanze (p. 2.2.1.2) • Ente – AEG • Ente Unico • Struttura – AU • visualizzazione storico assetto, storiche sedi operative e storico ente • PMEG • PMS • Contratto 	R	ATS	Ruolo 3 (Amm. di Aderente)	SPEC	ACCR	Non richiesto			
	Supervisore A	Ente - AEG: <ul style="list-style-type: none"> • visualizzazione/inserimento/modifica di AEG riferita a Strutture solo AUT⁹ (par 2.2.6.2) • visualizzazione di AEG riferita a tutti gli Enti • visualizzazione storico ente 	RW R R		Ruolo 3 (Amm. di Aderente)				SPEC	ACCR	SUPERVISORE
		Ente Unico	R		Ruolo 9 (Direttore Amm.)						

⁸E' permesso l'accesso ai dati non consolidati della propria ATS, secondo l'operatività descritta (vedi colonna "permessi"), mentre per i dati consolidati di tutte le ATS è consentito solo l'accesso in lettura.

⁹ Le strutture solo autorizzate (solo AUT) che non siano strutture di ricovero e cura, ricoveri a ciclo diurno, strutture di psichiatria e centri di procreazione medicalmente assistita (macro attività) sono di competenza esclusiva ATS. La ATS sui dati di queste strutture può intervenire direttamente effettuando inserimento/modifica di Ente e inserimento/modifica di una struttura



Tipo Utente	Tipologia accesso	Azioni		Ruolo applicativo SISS				
		Descrizione	Permessi	Tipo Aderente Attributo Livello L1	Ruolo applicativo	Attributo esteso Tipo (tipo)	Attributo esteso Codice (cod)	Attributo esteso Categoria (cat)
		Strutture - AU: <ul style="list-style-type: none"> • visualizzazione/inserimento/modifica diretta per Struttura solo AUT (par. 2.2.6.3) • visualizzazione AU di tutte le Strutture • visualizzazione storico assetto, storiche sedi operative e storico ente 	RW R					
		Istanze: <ul style="list-style-type: none"> • visualizzazione/modifica istanze in stato “inserito” (vedi Tabella 15) • Visualizzazione notifiche istanze (vedi par. 2.2.1.2) 	RW R					
		PMEG: visualizzazione/modifica/inserimento AEG per EG aventi almeno una Struttura ACCR	RW					
		PMS: visualizzazione/modifica/inserimento AU delle Strutture di competenza DGW	RW					
		Gestione Contratti (par.2.2.8)	RW					



Tipo Utente	Tipologia accesso	Azioni		Ruolo applicativo SISS								
		Descrizione	Per mesi	Tipo Aderente Attributo Livello L1	Ruolo applicativo	Attributo esteso Tipo (tipo)	Attributo esteso Codice (cod)	Attributo esteso Categorìa (cat)				
		Storici Semestrale: visualizzazione storico semestrale Ente/Strutturale	R									
		Diffide e Sanzioni: Inserimento/aggiornamento	RW									
	Supervisore B	Ente - AEG: visualizzazione/inserimento/modifica di AEG riferita a Strutture solo AUT9 (par 2.2.6.2) visualizzazione di AEG riferita a tutti gli Enti	RW R						Ruolo 3 (Amm. di Aderente) Ruolo 9 (Direttore Amm.)	SPEC	ACCR	SUPERVISORE -AUT
		Strutture - AU: visualizzazione/inserimento/modifica diretta per Struttura solo AUT(par. 2.2.6.3) visualizzazione AU di tutte le Strutture visualizzazione storico assetto, storiche sedi operative e storico ente	RW R									
		Storici Semestrale: visualizzazione storico semestrale Ente/Strutturale	R									
		Istanze: visualizzazione/modifica istanze in stato "inserito" (vedi Tabella 28) Visualizzazione notifiche istanze (vedi par. 2.2.1.2)	RW R									



Tipo Utente	Tipologia accesso	Azioni		Ruolo applicativo SISS				
		Descrizione	Permessi	Tipo Aderente Attributo Livello L1	Ruolo applicativo	Attributo esteso Tipo (tipo)	Attributo esteso Codice (cod)	Attributo esteso Categorìa (cat)
		PMEG visualizzazione/inserimento AEG per EG aventi almeno una Struttura ACCR	RW					
	Osservatore (Qualsiasi operatore SISS di ATS avente Ruolo 3, 9)	Visualizzazione dati: <ul style="list-style-type: none"> • Ente – AEG • Struttura – AU (Accesso in lettura dei soli dati consolidati, assetti ufficiali: <ul style="list-style-type: none"> • limitatamente alla propria ATS; • per le strutture ACCREDITATE afferenti alle altre ATS, avendo evidenza esplicita ed immediata della presenza di un eventuale contratto stipulato.) • visualizzazione storico assetto, storiche sedi operative e storico ente • Contratti • Visibilità a tutte le strutture di altre ATS, non solo accreditate • Query di estrazione e report estese a tutte le strutture di altre ATS 	R		Ruolo 3 (Amm. di Aderente) Ruolo 9 (Direttore Amm.)	-	-	-



Tipo Utente	Tipologia accesso	Azioni		Ruolo applicativo SISS				
		Descrizione	Permessi	Tipo Aderente Attributo Livello L1	Ruolo applicativo	Attributo esteso Tipo (tipo)	Attributo esteso Codice (cod)	Attributo esteso Categorìa (cat)
DGW	Operatore	Visualizzazione dati relativi a tutto il territorio lombardo: <ul style="list-style-type: none"> • Ente – AEG • Ente Unico • Struttura – AU • visualizzazione storico assetto, storico sedi operative e storico ente • Istanze (Tabella 16) • Notifiche istanze • PMEG • PMS • Contratto (par.2.2.8) • Registro Regionale • Nota di operatività • Diffide e sanzioni 	R	RL	Ruolo 19 (Operatore di Aderente - Aderente di tipo istituzionale e non sanitario)	SPEC	ACCR	Non richiesto
	Supervisore A	Ente - AEG: visualizzazione/inserimento/modifica di AEG	RW		Ruolo 19 (Operatore di Aderente - Aderente di tipo istituzionale e non sanitario)	SPEC	ACCR	SUPERVISORE
		Strutture - AU: visualizzazione/inserimento/modifica visualizzazione storico assetto, storiche sedi operative e storico ente	RW					



Tipo Utente	Tipologia accesso	Azioni		Ruolo applicativo SISS				
		Descrizione	Permessi	Tipo Aderente Attributo Livello L1	Ruolo applicativo	Attributo esteso Tipo (tipo)	Attributo esteso Codice (cod)	Attributo esteso Categorìa (cat)
		Istanze: visualizzazione/modifica/ validazione istanze (vedi Tabella 16) Visualizzazione notifiche istanze (vedi par. 2.2.1.2)	RW					
		Storici Semestrale: visualizzazione storico semestrale Ente/Strutturale	RW					
		PMEG: visualizzazione/modifica/ validazione AEG per EG aventi almeno una Struttura ACCR	RW					
		PMS: visualizzazione/modifica/ validazione AU ad esclusione delle Strutture solo AUT	RW					
		Registro Regionale: Visualizzazione/inserime nto/modifica (vedi par 2.2.7)	RW					
		Gestione Contratti (par.2.2.8)	RW					
		Nota di operatività: visualizzazione/modifica (paragrafo 2.2.7.6)	RW					
		Diffide e Sanzioni: Modifica/validazione	RW					
		Codifica: visualizzazione/modifica	RW					



Tipo Utente	Tipologia accesso	Azioni		Ruolo applicativo SISS				
		Descrizione	Per mesi	Tipo Aderente	Ruolo applicativo	Attributo esteso	Attributo esteso	Attributo esteso
				Attributo Livello L1		Tipo (tipo)	Codice (cod)	Categoria (cat)
	Osservatore (Qualsiasi operatore SISS avente Ruolo 19)	Visualizzazione dati relativi a tutto il territorio lombardo: <ul style="list-style-type: none"> Ente – AEG Ente Unico Struttura – AU visualizzazione storico assetto, storico sedi operative e storico ente Contratto (par.2.2.8) 	R		Ruolo 19 (Operatore di Aderente - Aderente di tipo istituzionale e non sanitario)	-	-	-

Tabella 26 - Ruoli operatore SISS piattaforma Accreditamento

Tipo Utente	Tipologia accesso
Ente Gestore (CNS/SPID)	Operatore
	Legale Rappresentante
ATS/DGW (Login e Password)	Operatore Supervisore A – B
	Osservatore (unica Login e Password condivisa)

Tabella 27 - Ruoli operatore NON SISS piattaforma Accreditamento



2.3.3 Attività degli Operatori con tipologia di accesso Supervisore B

Stato Struttura Attività	Nuova Struttura ¹⁰ (no aut - no accr)	Autorizzata ¹¹	Accreditata
Nuova struttura - Autorizzazione all'esercizio	Svolge tutte le attività in carico alla ATS	Svolge tutte le attività in carico alla ATS	Svolge le attività in carico alla ATS fino alla generazione dell'Assetto Virtuale (escluso)
Nuova struttura - Autorizzazione all'esercizio e accreditamento	Non Abilitato	Non Abilitato	Non Abilitato
Struttura esistente - Accreditamento	Caso non previsto	Non Abilitato	Caso non previsto
Struttura esistente - Abilitazione	Caso non previsto	Non Abilitato	Svolge le attività in carico alla ATS fino alla generazione dell'Assetto Virtuale (escluso)
Struttura esistente - Trasformazione Autorizzazione all'Esercizio	Caso non previsto	Svolge tutte le attività in carico alla ATS	Non Abilitato
Struttura esistente - Ampliamento Autorizzazione all'Esercizio	Caso non previsto	Svolge tutte le attività in carico alla ATS	Svolge le attività in carico alla ATS fino alla generazione dell'Assetto Virtuale (escluso)
Struttura esistente - Ampliamento Autorizzazione all'Esercizio e Accreditamento	Caso non previsto	Caso non previsto	Non Abilitato
Struttura esistente - Ampliamento Branca	Caso non previsto	Caso non previsto	Non Abilitato

¹⁰ Con data fine attività non valorizzata



Stato/Struttura Attività	Nuova Struttura ¹⁰ (no aut - no accr)	Autorizzata ¹¹	Accreditata
Specialistica Accreditamento			
Struttura esistente Abilitazione	Caso non previsto	Caso non previsto	Non Abilitato
Processo di Modifica Ente Gestore	Caso non previsto	Caso non previsto	Propone a DGW la modifica di qualsiasi dato di AEG
Processo di Modifica Struttura	Caso non previsto	Caso non previsto	Non Abilitato
Inserimento diretto/Modifica dell'Ente	Inserisce un nuovo Ente nel sistema, modifica qualsiasi dato di AEG (par 2.2.6)	Inserisce un nuovo Ente nel sistema, modifica qualsiasi dato di AEG (par 2.2.6)	Non Abilitato
Inserimento diretto/Modifica delle sole strutture autorizzate (tot priv)	Inserisce e modifica una struttura solo autorizzata (par 2.2.6)	Inserisce e modifica una struttura solo autorizzata (par 2.2.6)	Non Abilitato
Gestione del Registro Regionale	Caso non previsto	Caso non previsto	Non Abilitato
Nota di Operatività	Caso non previsto	Non Abilitato	Non Abilitato
Gestione dei Contratti	Caso non previsto	Caso non previsto	Non Abilitato
Sanzioni e diffide	Caso non previsto	Svolge tutte le attività in carico alla ATS (par. 3.12)	Non Abilitato
Codifica	Caso non previsto	Non Abilitato	Non Abilitato

Tabella 28 - Attività svolte dal Supervisore B (ATS)



3. Allegato 1 – Simulazione di istanza



Regione Lombardia

Istanza

Alla Agenzia di Tutela della Salute: **ATS DELLA MONTAGNA**

Oggetto: Istanza per la richiesta di autorizzazione all'esercizio e accreditamento, - n. I-25/2018

Il sottoscritto Legale Rappresentante dell'Ente:

IMPRESA DI PROVA PER TEST

VIALE PARIGI 87 AOSTA

Codice fiscale: 04734230966

ai sensi della l.r. n° 33/09, relativa alla attività svolta presso strutture sanitarie pubbliche e private

CHIEDE

l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento per la struttura sottoindicata secondo l'assetto organizzativo e funzionale allegato

AMBULATORIO DI PROVA

VIA TOPONIMO 35

23032 BORMIO

Codice identificativo regionale: 027061

DICHIARA

che le opere in oggetto rappresentano una Nuova struttura ai sensi della d.g.r. n° VII/3312/2001 (1)

DICHIARA

di non usufruire di fondi pubblici per le opere in oggetto;

DICHIARA altresì

di NON usufruire della metodologia della "perizia asseverata".

.....

In allegato alla presente si produce l'elenco dei documenti previsti dall'allegato 1 alla medesima d.g.r. , secondo l'elenco relativo alla tipologia corrispondente.

Qualora l'intervento sia soggetto alla legge 109/94, il sottoscritto allega tutta la documentazione prevista dal d.p.r. 554/99 e della normativa regionale.

Il sottoscritto allega inoltre, ai sensi dell'allegato 2 della d.g.r. N° VI/38133 relativa alle definizioni dei requisiti, i seguenti documenti:

Autocertificazione del possesso dei requisiti

Data,

Il Legale Rappresentante

(Stampa del 28/02/2018 delle ore 12.37.33)



Regione Lombardia
Elenco documenti allegati all'istanza

IMPRESA DI PROVA PER TEST
AMBULATORIO DI PROVA

Allegato B2

Relazione sanitaria a firma del direttore sanitario
Dichiarazione di completezza degli elaborati progettuali a firma del progettista
Relazione tecnica impianti a firma di progettista abilitato
Dichiarazione di conformità del progetto alle vigenti leggi in materia di sicurezza
Tavole architettoniche di progetto scala 1:100 o 1:50
Tavole gas medicali, ove pertinenti
Scheda sinottica dell'intervento predisposta dal Settore Sanità compilata per le parti di pertinenza (allegato 2 d.g.r. 3312/01)
Tavole architettoniche stato di fatto scala 1:100 o 1:50



Regione Lombardia
Assetto organizzativo funzionale
IMPRESA DI PROVA PER TEST
Struttura ambulatoriale - AMBULATORIO DI PROVA

Istanza di Autorizzazione all'esercizio e accreditamento - prot. int n° I-25/2018 del 28/02/2018

Dati relativi all'Ente

Codice Ente 04734230966
Ente IMPRESA DI PROVA PER TEST
Indirizzo VIALE PARIGI 87 - 11100 - AOSTA (AO)
Telefono 012544
Fax 0125445
e-Mail AA@LL.IT
PEC

Dati relativi alla Struttura

Codice Struttura 027061
Tipo Struttura Struttura ambulatoriale
Tipo R.C.
Nome Struttura AMBULATORIO DI PROVA
Indirizzo VIA TOPONIMO 35 - 23032 - BORMIO (SO)
Telefono
Fax
e-Mail
PEC
ASL ATS DELLA MONTAGNA
Autorizzata Accreditata Privata



Regione Lombardia
Assetto organizzativo funzionale
IMPRESA DI PROVA PER TEST
Struttura ambulatoriale - AMBULATORIO DI PROVA

Istanza di Autorizzazione all'esercizio e accreditamento - prot. int n° I-25/2018 del 28/02/2018

U.O.: A_18 - Poliambulatorio - 1 -

Macroattività	Posti Letto	Posti/Culle	edifici di riferimento
Ambulatorio principale (specialità status omogeneo più elevato) - 1 - Cardiologia			edificio a

U.O.: 69 - Radiologia/Diagnostica per immagini - 1 -

Macroattività	Posti Letto	Posti/Culle	Totale posti letto edifici di riferimento
Attività di Diagnostica per Immagini - 1 -			edificio a



IMPRESA DI PROVA PER TEST

AMBULATORIO DI PROVA

edificio a

Unità Organizzativa	Macroattività	Aut.	Accr.	Abil. Cert.
Poliambulatorio 1 -	Ambulatorio principale (specialità status omogeneo più elevato) 1 -	No	No	
	<u>Specialità Ambulatoriali</u>			
	Cardiologia			
Radiologia/Diagnostica per immagini 1 -	Attività di Diagnostica per Immagini 1 -	No	No	



Autocertificazione possesso dei requisiti AMBULATORIO DI PROVA

Requisito	Rif. norm.	Risposta	GG. adeg.
OGPAZ01	È adottato un documento in cui siano esplicitati la missione, gli obiettivi e l'organizzazione interna della struttura?	Si	
OGPAZ02	La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro, costituito da: a) la tipologia ed il volume di attività previste, b) il piano organizzativo?	Si	
OGPAZ03	La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi la tipologia delle prestazioni erogate, gli operatori responsabili delle prestazioni, gli orari, i costi?	Si	
OGPAZ04	Acc. Ogni tre anni la Direzione adotta una nuova edizione del documento sulle politiche aziendali?	Si	
OGPAZ05	Acc. Esiste documentazione atta a comprovare la diffusione del documento sulle politiche aziendali, che sia distribuita ad almeno il 60% degli operatori?	Si	
OGPAZ06	Acc. È predisposto dalla Direzione un documento sulle politiche aziendali, in cui siano esplicitati la missione e gli obiettivi prioritari della struttura?	Si	
OGPCG01	La Direzione definisce ed esplicita l'organizzazione e le politiche di gestione delle risorse umane ed economiche per le attività ambulatoriali e per le attività di ricovero a ciclo continuativo e diurno (acuti e post-acuti)?	Si	
OGPCG02	La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)?	Si	
OGPCG03	Acc. Esiste un documento che espliciti l'articolazione organizzativa aziendale, individuando i responsabili per ciascuna unità organizzativa, e che indichi il piano dei centri di responsabilità e dei centri dei costi?	Si	
OGPCG04	Acc. Esiste un 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, disponibile entro il 30 maggio di ogni esercizio?	Si	
OGPCG05	Acc. Esiste un sistema di report trimestrali per ciascun centro di responsabilità e di costo?	Si	
OGPRO01	In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali, è favorito l'utilizzo delle Linee guida predisposte dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche?	Si	
OGPRO02	Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni, che indichino il processo assistenziale con cui devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità?	Si	
OGPRO03a	Ogni unità organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni e linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo), informando il personale sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili?	Si	
OGPRO03b	Presso ogni unità organizzativa sono a disposizione protocolli organizzativi inerenti la conservazione, gestione dei farmaci, dei dispositivi medici, le procedure per il richiamo dei farmaci e dei dispositivi medici e prodotti diagnostici?	Si	
OGPRO04	La raccolta di regolamenti interni e linee guida per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo) sono confermate o aggiornate almeno ogni tre anni?	Si	
OGPRO05	Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente?	Si	
OGPRO06	Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento?	Si	
OGPRO07	Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori?	Si	
OGPRO08	Sono predisposti documenti riguardanti la pulizia e sanificazione degli ambienti?	Si	
OGPRO09	Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria?	Si	
OGPRO10	Acc. Si effettua la registrazione delle prenotazioni, ed una revisione periodica per prestazioni con tempo di attesa superiore a un mese?	Si	
OGPRO11	Acc. Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, procedure, regolamenti interni, linee guida riguardanti le procedure di accoglienza, presa in carico e dimissione del paziente?	Si	
OGPRO12	Acc. Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori, in ogni unità operativa, protocolli organizzativi inerenti almeno due tra le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità; b) il prelievo, la conservazione, il trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; c) lo smaltimento dei rifiuti; d) le istruzioni operative di disinfezione e sterilizzazione; e) la gestione dei farmaci?	Si	
OGPRO13	Acc. Esiste un protocollo di acquisizione dei beni di consumo, inviato ai responsabili dei centri di responsabilità?	Si	
OGPRO14	Acc. 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?	Si	



Autocertificazione possesso dei requisiti AMBULATORIO DI PROVA

Requisito	Rif. norm.	Risposta	GG. addeg
OGSIN01		Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di: sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e della azienda; fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza; rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati?	Si
OGSIN02		La Direzione assicura: l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione; la struttura del sistema informativo; le modalità di raccolta; la diffusione ed utilizzo delle informazioni; la valutazione della qualità del dato; l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, ecc.?	Si
OGSIN03a		È individuato un referente del sistema informativo responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati?	Si
OGSIN03b	Acc.	Esiste l'atto di nomina o il contratto del Responsabile del servizio informativo?	Si
OGSIN04	Acc.	Esiste un documento di descrizione del sistema informativo, nel quale si attesti la compatibilità dello stesso con il Sistema Informativo Sanitario della Regione Lombardia?	Si
OGSIN05	Acc.	Esiste un documento, con aggiornamento biennale, contenente l'analisi del flusso informativo in relazione alle informazioni interne, in entrata ed in uscita?	Si
OGSIN06	Acc.	Esiste un documento, con aggiornamento almeno annuale, inerente le dotazioni di Hardware e Software?	Si
OGSIN07	Acc.	Esiste un piano degli investimenti, con aggiornamento almeno triennale, inerente l'aggiornamento e la sostituzione della dotazione di Hardware e Software e il relativo aggiornamento del personale?	Si
OGSIN08	Acc.	Esiste un piano di adeguamento alla Legge 675/96, con aggiornamento almeno semestrale?	Si
OGPVF01		La Direzione definisce il fabbisogno di personale (in termini numerici per ciascuna professione o qualifica professionale, per posizione funzionale, per qualifica, in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività)?	Si
OGPVF02		Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente?	Si
OGPVF03		È predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale, con indicazione del responsabile?	Si
OGPVF04		Sono normalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione?	Si
OGPVF05	Acc.	Esiste un protocollo di inserimento adottato per tutti gli operatori inseriti nella struttura nel periodo considerato?	Si
OGPVF06	Acc.	Nel piano di formazione degli operatori, che ha aggiornamento annuale, sono esplicitati, per ogni intervento formativo, la definizione degli obiettivi di apprendimento e il piano di valutazione del loro raggiungimento?	Si
OGPVF07	Acc.	Esiste la dimostrazione che annualmente almeno il 5% degli operatori ha frequentato corsi?	Si
OGTEC01		Esistono specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici, che tengano conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche e della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria?	Si
OGTEC02		Esiste un inventario delle apparecchiature in dotazione?	Si
OGTEC03		Esiste un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche, documentato per ciascuna apparecchiatura?	Si
OGTEC04		Il piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria, è reso noto ai diversi livelli operativi?	Si
OGTEC05		La Direzione provvede affinché in ogni presidio sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche?	Si
OGTEC06	Acc.	Esiste l'atto di nomina o il contratto di uno o più Responsabili delle risorse tecnologiche?	Si
OGTEC07	Acc.	Esiste un documento, in cui vengono comunicati all/i Responsabile/i le attività di cui risponde (vale a dire il controllo, l'installazione, la gestione, la manutenzione ordinaria e straordinaria di impianti e attrezzature), con allegato documento che attesti l'avvenuta comunicazione al responsabile?	Si
OGTEC08	Acc.	Esiste una circolare informativa diretta al personale, con l'indicazione dei responsabili delle risorse tecnologiche e dei compiti loro assegnati?	Si
OGTEC09	Acc.	Dall'inventario delle attrezzature utilizzate/funzionanti, risulta, per ciascuna attrezzatura, l'appartenenza al centro di responsabilità?	Si
OGTEC10	Acc.	Esistono Linee Guida o Protocolli, inerenti l'utilizzo di impianti e attrezzature ritenute pericolose, così come definite nella relazione sulla valutazione dei rischi come da d.lgs.626/94, trasmessi ai responsabili delle Unità Operative utilizzatrici, e a disposizione del personale utilizzatore?	Si
OGTEC11	Acc.	Esistono le schede d'intervento relative agli impianti o alle attrezzature sottoposte a manutenzione, con descrizione e data dell'intervento, sottoscritte dal tecnico che ha eseguito l'intervento?	Si
OGVQA01		Il presidio attiva programmi di valutazione e miglioramento delle attività, selezionati in rapporto alle priorità individuate?	Si

28/02/2018

Pagina 2 di 3



Autocertificazione possesso dei requisiti AMBULATORIO DI PROVA

Requisito	Rif. norm.	Risposta	GG. adeg.
OGVQA02	Esiste una struttura organizzativa (o un responsabile, in relazione alla complessità dell'azienda) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità?	Si	
OGVQA03	Annualmente ogni struttura organizzativa effettua al proprio interno, o partecipa ad almeno un progetto di valutazione e verifica di qualità favorendo il coinvolgimento di tutto il personale?	Si	
OGVQA04	L'attività svolta per il/i progetto/i di valutazione e di verifica di qualità, è utilizzata anche per lo studio dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento agli episodi di ricovero e all'utilizzo di tecnologie complesse (TAC, RMN, Angioplastiche, ecc.)?	Si	
OGVQA05	I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologia, e i centri trasfusionali, prevedono attività di controllo di qualità interne ed esterne? (Attenzione! La domanda è la stessa che viene posta a livello della macroattività specifica 'Attività di Laboratorio' (V. requisito OSLAB13); la risposta data deve essere la stessa.)	Si	
OGVQA06	I laboratori di analisi, i servizi di anatomia-istologia-citologia patologia, e i centri trasfusionali, partecipano a programmi di miglioramento della qualità? (Attenzione! La domanda è la stessa che viene posta a livello della macroattività specifica 'Attività di Laboratorio' (V. requisito OSLAB14); la risposta data deve essere la stessa.)	Si	
OGVQA07	Acc. Esistono almeno due programmi di miglioramento della qualità all'anno, uno dei quali riguarda una delle seguenti aree: - 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.)?	Si	
OGVQA08	Acc. Sono realizzate delle verifiche periodiche (almeno una a semestre) della completezza della documentazione sanitaria, dalle quali scaturisce una relazione opportunamente documentata e motivata?	Si	
OGVQA09	Acc. Esistono almeno tre gruppi di miglioramento della qualità, di cui sia documentata l'attività svolta?	Si	
OGVQA10	Acc. Esiste, almeno nel 20% delle unità operative, un sistema di indagini per la valutazione della soddisfazione degli utenti e degli operatori, basato sulla distribuzione, raccolta ed elaborazione di questionari, reclami ed interviste in misura pari al 10% dei pazienti trattati nella singola U.O. in ogni semestre?	Si	
OGVQA11	Acc. Esiste almeno un momento all'anno di comunicazione, rivolta sia all'esterno che all'interno della struttura, dei risultati raggiunti nel miglioramento della qualità, dimostrato da relazione documentata?	Si	
OGVQA12	Acc. Esiste un elenco riepilogativo annuale, per settore (dipartimento, o area omogenea o unità operativa) delle azioni legali subite?	Si	
OGVQA13	Acc. Esiste un atto di identificazione del responsabile della qualità aziendale?	Si	
OGCOM01	Acc. Esiste un atto di assunzione del piano triennale di comunicazione aziendale?	Si	
OGCOM02	Acc. Esiste un atto di individuazione di un referente per la comunicazione?	Si	
OGCOM03a	Acc. Esiste Fatto di istituzione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, in cui siano esplicitate le norme di funzionamento?	Si	
OGCOM03b	Acc. È istituito un ufficio di pubblica tutela, con l'esplicitazione delle regole di funzionamento?	Si	
OGCOM04	Acc. La Carta dei Servizi, redatta in conformità alle indicazioni regionali, è distribuita alle seguenti strutture: Istituzioni del territorio; Associazioni di Volontariato; Uffici di Pubblica Tutela; Medici di Medicina Generale; Pediatri di libera scelta?	Si	
OGCOM05	Acc. Esistono dei questionari, distribuiti con periodicità annuale, atti a verificare la diffusione dell'informazione?	Si	
OGCOM06	Acc. Esiste Fatto di istituzione di un nucleo permanente di operatori, che si occupi della predisposizione ed aggiornamento della Carta dei Servizi, secondo le indicazioni regionali?	Si	
OGCOM07	Acc. Esiste una cartellonistica ed una segnaletica in grado di orientare l'utente all'interno della struttura e verso l'uscita?	Si	
OGCOM08	Acc. Esiste una guida riferita almeno ad uno dei seguenti eventi: a) ricovero; b) prestazione ambulatoriale, finalizzata alla trasparenza dell'atto sanitario?	Si	
OGCOM09	Acc. Esistono documenti per l'acquisizione del consenso informato?	Si	
OGSIC01	Acc. Esiste Fatto di costituzione del Servizio di Prevenzione e Protezione?	Si	
OGSIC02	Acc. Esiste Fatto di nomina o il contratto del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione?	Si	
OGSIC03	Acc. Esiste una relazione, con aggiornamento annuale, sulla valutazione dei rischi?	Si	
OGSIC04	Acc. Esiste Fatto di nomina o il contratto del medico competente?	Si	
OGSIC05	Acc. Esiste Fatto di nomina di un numero di soggetti adeguato alle caratteristiche della struttura, incaricati della prevenzione incendi, della lotta antincendio, dell'evacuazione e del piano di addestramento all'emergenza?	Si	
OGSIC06	Acc. Esiste Fatto di nomina dei rappresentanti, designati dai lavoratori, per la sicurezza?	Si	

28/02/2018

Pagina 3 di 3



**Autocertificazione possesso dei requisiti
AMBULATORIO DI PROVA**

Requisito	Rif. norm.	Risposta	GG. addeg.
<i>edificio a</i>			
SGTEC01	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica?	Si	
SGTEC02	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antincendio?	Si	
SGTEC03	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione acustica?	Si	
SGTEC04	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza elettrica e continuità elettrica?	Si	
SGTEC05	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza anti-infortunistica?	Si	
SGTEC06	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di igiene dei luoghi di lavoro?	Si	
SGTEC07	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti?	Si	
SGTEC08	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di eliminazione delle barriere architettoniche?	Si	
SGTEC09	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di smaltimento dei rifiuti?	Si	
SGTEC10	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di condizioni microclimatiche?	Si	
SGTEC11	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di impianti di distribuzione dei gas?	Si	
SGTEC12	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di materiali esplosivi?	Si	



Autocertificazione possesso dei requisiti AMBULATORIO DI PROVA

Requisito	Rif. norm.	Risposta	GG. adeg
Poliambulatorio 1 -			
Ambulatorio principale (specialità status omogeneo più elevato) 1 -			
SSASA01		Esiste una sala per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi?	Si
SSASA02		Esistono degli spazi per l'attesa, per l'accettazione, per le attività amministrative?	Si
SSASA03		I servizi igienici per il personale sono distinti da quelli per gli utenti?	Si
SSASA04		Esiste uno spazio, o dei locali per il deposito del materiale pulito?	Si
SSASA05		Esiste uno spazio, o dei locali per il deposito del materiale sporco?	Si
SSASA06		Esiste uno spazio, o degli armadi per il deposito del materiale d'uso, delle attrezzature, delle strumentazioni?	Si
SSASA07		In tutti i locali, sono assicurate, di regola, l'illuminazione e la ventilazione naturali?	Si
SSASA08		Esiste un impianto telefonico per utenti?	Si
SSASA09		Il locale ambulatorio dispone delle attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta?	Si
SSASA10		È presente un carrello per la gestione dell'emergenza?	Si
OSASA01		Durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale, è prevista la presenza di almeno un medico, indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio?	Si
OSASA02		È prevista la presenza di personale in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta?	Si
OSASA03		Tutti i materiali, i farmaci, le confezioni soggetti a scadenza, portano in evidenza la data della scadenza stessa?	Si
OSASA04		Le prestazioni effettuate sono registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente?	Si
OSASA05		Le registrazioni e le copie dei referti vengono conservate secondo le modalità ed i tempi sanciti dalla normativa vigente?	Si
OSASA06	Acc.	Le prestazioni erogate sono quelle contenute nella/e branca/che specialistica/che del nomenclatore tariffario per la/ le quale/i la struttura è accreditata?	Si
OSASA07	Acc.	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?	Si
OSASA08	Acc.	Durante l'orario di accesso dell'utenza, è presente almeno un infermiere professionale?	Si
OSASA09	Acc.	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?	Si
Radiologia/Diagnostica per immagini 1 -			
Attività di Diagnostica per Immagini 1 -			
SSDIM01		I locali e gli spazi sono correlati alla tipologia e al volume delle attività erogate?	Si
SSDIM02		Esiste un'area di attesa dotata di un adeguato numero di posti a sedere rispetto ai picchi di frequenza degli accessi?	Si
SSDIM03		Esistono spazi adeguati per l'accettazione, per lo svolgimento di attività amministrative e per l'archivio?	Si
SSDIM04		Esistono di servizi igienici per gli operatori, distinti da quelli per gli utenti?	Si
SSDIM05		Esiste una sala di radiodiagnostica con annessi spazi/spogliatoi per gli utenti?	Si
SSDIM06		Esiste un locale per l'esecuzione degli esami ecografici, qualora siano previsti?	Si
SSDIM07		Esiste un locale per la conservazione ed il trattamento del materiale sensibile?	Si
SSDIM08		Esiste un locale per la refertazione?	Si
SSDIM09		Esiste un'area tecnica, di stretta pertinenza degli operatori medici e tecnici?	Si
SSDIM10		Esiste un locale/spazio per il deposito del materiale pulito?	Si
SSDIM11		Esiste un locale/spazio per il deposito del materiale sporco?	Si
SSDIM12		Esiste uno spazio/armadi per il deposito del materiale d'uso, le attrezzature, le strumentazioni?	Si

