

# INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI RAPPORTI CON LE STRUTTURE SANITARIE IN MATERIA DI ACCREDITAMENTO

## INDICE

<b>1. INTRODUZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>2. DISCIPLINA GENERALE .....</b>	<b>4</b>
2.1. Autorizzazione alla realizzazione.....	4
2.2. Autorizzazione all'esercizio.....	5
2.3. Accreditemento.....	5
2.3.1. Requisiti del soggetto gestore .....	7
2.3.2. Requisiti di accreditemento.....	8
2.4 Procedura di accreditemento.....	9
2.5. Esternalizzazione di attività sanitarie .....	11
<b>3. DISPOSIZIONI COMUNI IN MATERIA DI NUOVI ACCREDITAMENTI E DI RINNOVI.....</b>	<b>12</b>
3.1. Accreditemento delle strutture sanitarie e degli studi professionali che erogano prestazioni ambulatoriali (assistenza specialistica ed assistenza odontoiatrica).....	13
<b>4. NUOVI ACCREDITAMENTI .....</b>	<b>15</b>
4.1. Domanda di nuovo accreditemento .....	16
4.2. Accreditemento provvisorio.....	16
<b>5. RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO.....</b>	<b>17</b>
<b>6. VARIAZIONI INTERVENUTE DOPO LA CONCESSIONE DELL'ACCREDITAMENTO .....</b>	<b>18</b>
6.1. Variazioni del soggetto titolare della struttura accreditemata e/o della denominazione della struttura .....	19
6.2. Trasferimento e/o modificazioni strutturali della sede erogativa delle prestazioni.....	20
6.3. Variazioni delle attività.....	21
6.3.1. Strutture private eroganti prestazioni ambulatoriali.....	21
6.3.2. Strutture di ricovero e cura.....	22
6.3.3. Strutture residenziali a ciclo continuo e/o diurno .....	22
6.4. Variazioni dei posti letto per strutture di degenza, residenziali a ciclo continuo e/o diurno .....	23
<b>7. VERIFICA DELLA PERMANENZA DEI REQUISITI .....</b>	<b>23</b>
<b>8. CAUSE DI REVOCA DELL'ACCREDITAMENTO.....</b>	<b>24</b>
<b>ALLEGATI .....</b>	<b>25</b>
<b>Allegato A Modello di domanda per il rilascio dell'accréditemento di Struttura Sanitaria .....</b>	<b>26</b>
Allegato A1 Scheda sintetica di presentazione della Struttura.....	30
Allegato A2 Scheda dei requisiti applicabili (per strutture di specialistica ambulatoriale).....	31
Allegato A3 Scheda di descrizione delle attività per le strutture di specialistica ambulatoriale .....	32
Allegato A4 Scheda sintetica di presentazione della funzione di governo aziendale della formazione continua.....	33
Allegato A5 Scheda di descrizione per le strutture del Sistema Sangue Regionale .....	34
<b>Allegato B Modello di domanda per il rilascio dell'accréditemento di Struttura Ambulatoriale Monospecialistica .....</b>	<b>34</b>
Allegato B1 Scheda sintetica di presentazione della Struttura.....	37
<b>Allegato C Modello di domanda per il rilascio dell'accréditemento di Professionisti.....</b>	<b>38</b>
Allegato C1 Scheda sintetica di presentazione dello Studio professionale.....	40
Allegato C2 Scheda curriculare .....	41
<b>Allegato D Modello di domanda per il rinnovo dell'accréditemento.....</b>	<b>42</b>
Allegato D1 Scheda sintetica di presentazione della Struttura per l'acquisizione di informazioni e documentazione per il rinnovo dell'accréditemento .....	44
Allegato D2 Scheda di segnalazione di variazioni .....	46
Allegato D3 Scheda dei requisiti applicabili alle attività variate (per strutture di specialistica ambulatoriale) .....	47
Allegato D4 Scheda di descrizione delle variazioni delle attività per le strutture di specialistica ambulatoriale .....	48
Allegato D5 Modello di dichiarazione sul possesso dei requisiti specifici di accreditemento .....	49
<b>Allegato E Modello di domanda per variazioni dell'accréditemento .....</b>	<b>50</b>
Allegato E1 Scheda sintetica di presentazione della Struttura per l'acquisizione di informazioni e documentazione per variazioni dell'accréditemento.....	52

Allegato E2 Scheda di segnalazione di variazioni .....	53
Allegato E3 Scheda dei requisiti applicabili alle attività variare (per strutture di specialistica ambulatoriale).....	54
Allegato E4 Scheda di descrizione delle variazioni delle attività per le strutture di specialistica ambulatoriale.....	55
<b>Allegato F Modello di autocertificazione del mantenimento del possesso dei requisiti autorizzativi.....</b>	<b>56</b>
<b>Allegato G Modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00.....</b>	<b>57</b>
<b>Allegato H Autocertificazione antimafia – Legale Rappresentante.....</b>	<b>58</b>
<b>Allegato H1 Autocertificazione antimafia – Amministratore/i .....</b>	<b>59</b>
<b>Allegato I Modello di domanda per il rilascio dell’accreditamento della funzione di Provider ECM.....</b>	<b>60</b>
Allegato I1 Documento identificativo della funzione di Provider ECM .....	61
<b>Allegato L Informativa ai sensi dell’art. 13 del DLgs 196/2003 .....</b>	<b>62</b>
<b>Allegato M Elenco delle discipline per l’accreditamento della attività di specialistica ambulatoriale.....</b>	<b>63</b>

## 1. INTRODUZIONE

Questo documento nasce dall'esigenza di adeguare il processo di accreditamento ai nuovi adempimenti introdotti dalla recente normativa in materia di razionalizzazione della spesa sanitaria.

La Regione Emilia-Romagna ha fortemente sviluppato nel tempo il regime dell'accREDITAMENTO quale sistema di garanzie: di coerenza rispetto al fabbisogno della comunità, di adeguati livelli di sicurezza e qualità dei soggetti titolati ad erogare prestazioni sanitarie in nome del SSR.

Tuttavia, di fronte alle crescenti criticità poste al Sistema sanitario dal gioco di forze contrapposte, quali la sempre maggiore pressione della domanda ed il contestuale contenimento/ridimensionamento del fondo sanitario, i presupposti su cui si fonda la relazione tra aziende sanitarie e fornitori accreditati sono difficilmente mantenibili *sic et simpliciter* nel tempo.

In quest'ottica l'accREDITAMENTO si pone come elemento strategico per la realizzazione di una rete di produttori di servizi sanitari agile e flessibile, in grado di rispondere alle sfide poste al nostro Sistema sanitario (sia in termini di fabbisogno, sia in termini di vincoli economico-finanziari), preservandone al contempo la natura e la missione.

Nel documento vengono fornite indicazioni, regole e procedure relative all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie. In particolare sono affrontati i temi relativi a:

- nuovi accreditamenti;
- accreditamenti provvisori;
- esternalizzazione di attività sanitaria;
- rinnovi dell'accREDITAMENTO;
- verifica della permanenza dei requisiti ai sensi del comma 4, art. 10, della LR 34/98 e s.m.i.;
- variazioni intervenute dopo l'accREDITAMENTO.

Per garantire il più elevato grado di tutela dell'interesse pubblico e di certezza dei rapporti giuridici e per semplificare le procedure, è stata modificata e integrata la modulistica riportata in allegato.

La disciplina di seguito descritta è applicabile, tenuto conto delle specificità di ciascun percorso, a tutte le procedure di accREDITAMENTO delle strutture pubbliche e private del Sistema sanitario regionale.

## 2. DISCIPLINA GENERALE

I presupposti di carattere generale indispensabili per eseguire prestazioni sanitarie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) sono:

- l'autorizzazione alla realizzazione;
- l'autorizzazione all'esercizio;
- l'accreditamento;
- il contratto con una azienda sanitaria pubblica.

### 2.1. Autorizzazione alla realizzazione

L'**autorizzazione regionale alla realizzazione**, secondo quanto stabilito dalla Delibera di Giunta regionale n. 555/2000 e s.m.i. e dalla Legge regionale n. 4/2008, è necessaria per le **strutture pubbliche o private che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero e/o prestazioni residenziali a ciclo continuo o diurno** in caso di costruzione di nuove strutture, adattamento di strutture già esistenti e loro diversa utilizzazione, ampliamento che comporti aumento di posti letto, trasformazione, nonché trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate o funzionanti.

Qualora una struttura, pubblica o privata, sia in regime ambulatoriale che di degenza, intenda installare attrezzature per **prestazioni di diagnostica per immagini (TC, RM, PET)**, occorre rispettare la specifica normativa sulle procedure e i percorsi da attivare prima di procedere all'installazione delle stesse e precisamente:

- per tomografia computerizzata (TC) e tomografia a emissione di positroni (PET) (DLgs 230/1995 e s.m.i., DLgs 187/2000 e s.m.i., LR 1/2006): il nullaosta preventivo di categoria B da richiedere al Comune nel cui territorio è ubicato l'impianto. Tale nullaosta verrà rilasciato previa acquisizione di parere da parte del competente Organismo tecnico (vedi Delibera di Giunta regionale n. 2347/2008);
- per le apparecchiature di risonanza magnetica (RM) (DM 29 dicembre 1985, DM 2 agosto 1991, DM 3 agosto 1993, DPR n. 542/1994): le apparecchiature RM "settoriali" - dedicate, cioè, agli arti - utilizzando elettromagneti e/o magneti permanenti o misti, con valori di campo statico di induzione magnetica non superiori a 0,5 Tesla, non sono soggette a autorizzazione all'installazione ed all'uso; le apparecchiature RM con valore di campo statico di induzione magnetica non superiore a 2 Tesla sono soggette ad autorizzazione all'installazione da parte della Regione.

L'autorizzazione alla installazione di tali apparecchiature si intende concessa automaticamente se la Regione non si esprime entro 60 giorni dal ricevimento della proposta di installazione. Entro 60 giorni dall'avvenuta installazione, il legale rappresentante della struttura sanitaria interessata è tenuto a inviare una comunicazione di avvenuta installazione (procedure descritte nella circolare regionale n. 3 del 2004 - Prot. n. ASS/DIR/04/10438 del 17 marzo 2004).

La collocazione di apparecchiature RM con valori di campo statico di induzione magnetica superiore a 2 Tesla è consentita esclusivamente presso grandi complessi di ricerca e studio ad alto livello scientifico (università ed enti di ricerca, policlinici, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), ai fini della validazione clinica di metodologie di RM innovative.

Si ricorda che le apparecchiature RM con valore di campo statico di induzione magnetica superiore a 2 Tesla sono soggette ad autorizzazione all'installazione ed all'uso da parte del Ministero della salute, sentito il Consiglio superiore di sanità, l'Istituto superiore di sanità e l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro.

## **2.2. Autorizzazione all'esercizio**

Per autorizzazione all'esercizio si intende il provvedimento amministrativo che rende lecito l'esercizio dell'attività sanitaria da parte di qualsiasi soggetto pubblico o privato in possesso di requisiti minimi prestabiliti e verificati.

Nelle strutture sanitarie possono essere svolte esclusivamente attività sanitarie.

L'autorizzazione all'esercizio viene rilasciata dal Comune competente per territorio, previo parere tecnico, espresso dal Dipartimento di sanità pubblica dell'Azienda USL territorialmente competente, in ordine al possesso dei requisiti previsti per l'attività che si intende esercitare, individuati dalla DGR 327/2004 e s.m.i.

Per l'espressione del parere, il Dipartimento di sanità pubblica si avvale di un'apposita commissione di esperti, anche esterni, nominata dal Direttore generale dell'Azienda USL.

Il Comune, preso atto del parere del Dipartimento di sanità pubblica, rilascia l'autorizzazione. L'atto autorizzativo indica il soggetto pubblico o privato titolare dell'autorizzazione, la denominazione e l'ubicazione della struttura autorizzata, la tipologia delle attività esercitate e l'attribuzione delle funzioni di direttore sanitario o tecnico ad un soggetto in possesso dei titoli di legge.

La vigilanza sull'esercizio delle attività sanitarie autorizzate, ai sensi degli articoli 18 e 19 della LR 4/2008, viene assicurata dal Dipartimento di sanità pubblica dell'Azienda USL territorialmente competente.

Il Comune e la Regione possono disporre controlli e verifiche sulle strutture e sugli studi autorizzati, anche avvalendosi del competente Dipartimento di sanità pubblica.

## **2.3. Accredimento**

Il processo di accreditamento istituzionale è finalizzato al conferimento dello status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni in nome e per conto del SSN, secondo quanto previsto dall'art. 8-quater del DLgs 502/92 e s.m.i. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta e che

posseggano i requisiti generali e specifici, subordinatamente alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale.

La programmazione regionale deve essere intesa non solo come valutazione quantitativa legata al mero fabbisogno di prestazioni, ma deve basarsi anche su criteri distributivi/localizzativi e organizzativi in maniera tale da:

- garantire una migliore accessibilità alle prestazioni, evitando concentrazioni territoriali, ma allo stesso tempo dando un'applicazione più ampia del concetto di autosufficienza, attraverso un'adeguata valutazione della rete dell'offerta, anche dalle zone limitrofe;
- sfruttare al meglio le opportunità, anche di tipo tecnologico, offerte dagli operatori del settore;
- introdurre meccanismi "governati" di entrata/uscita dal sistema, tali da eliminare le inefficienze generate da rendite di posizione e assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate.

Le aziende sanitarie, in tal modo, attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, sono in grado di selezionare, tra le diverse strutture accreditate, quella che meglio soddisfa le esigenze di flessibilità, organizzazione e contenimento della spesa, in relazione al proprio fabbisogno, al fine della stipula del contratto per la erogazione di prestazioni a carico del SSN.

L'attenta valutazione dei criteri sopra descritti è necessaria nell'ottica della ottimizzazione della spesa e dei conseguenti adempimenti imposti dall'art. 15 del DL 95/2012 convertito nella Legge 135/2012 recante "Disposizioni urgenti per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica".

Si sottolinea che la concessione dell'accreditamento non conferisce automaticamente lo status di erogatore con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale; ciò avviene solo a seguito della stipula di un contratto con una Azienda sanitaria pubblica, ai sensi dell'art. 8-quinquies del DLgs 502/92 e s.m.i. Inoltre, la qualità di soggetto accreditato non costituisce di per sé vincolo per le Aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori dei medesimi contratti.

Attraverso un successivo provvedimento la Regione definirà i criteri in base ai quali le Aziende sceglieranno tra più soggetti parimenti accreditati il soggetto con cui stipulare il contratto. Verranno altresì fornite indicazioni per lo schema tipo di contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies del DLgs 502/92 e s.m.i. Per la definizione di tali contenuti la Regione aprirà un confronto con gli erogatori onde definire linee comuni applicabili a tutti i contratti che saranno sottoscritti in ambito regionale.

Il titolare/legale rappresentante di una struttura accreditata è responsabile della qualità del processo clinico/assistenziale o diagnostico per il quale è stato rilasciato il provvedimento di accreditamento.

La struttura accreditata deve possedere tutti i requisiti strutturali, organizzativi e di competenza clinica necessari per realizzare le attività accreditate secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Le strutture pubbliche e private accreditate possono acquisire servizi complementari al processo diagnostico assistenziale direttamente connessi alla assistenza al paziente (esternalizzazione) esclusivamente da altre strutture già in possesso di accreditamento istituzionale (vedi art. 8-quater, comma 4, lettera i) del DLgs 502/92 e s.m.i.).

Il titolare/legale rappresentante della struttura accreditata (che acquista le prestazioni in esternalizzazione) deve comunque esercitare la propria vigilanza (controllo del fornitore) su tutti i servizi esternalizzati, in virtù della propria responsabilità sulla interezza del processo produttivo.

Nel caso in cui le prestazioni acquisite dall'esterno siano prevalenti rispetto all'attività sviluppata direttamente, si configura la necessità di revocare l'accreditamento, previa diffida, al soggetto accreditato che acquista all'esterno (vedi anche punto 2.5).

Si ritiene necessario sottolineare che l'accreditamento è un atto discrezionale di natura concessoria e si basa su un rapporto caratterizzato da inderogabile elemento fiduciario tra il concedente e il concessionario. Ne consegue che, al di là della valutazione dei requisiti generali e specifici di accreditamento, che vanno riferiti alla struttura, rientra nel potere di vigilanza regionale la valutazione anche di elementi diversi ed ulteriori, relativi alla sfera di affidabilità del soggetto gestore negli adempimenti scaturenti dal rapporto concessorio stesso (vedi punto 2.3.1).

Inoltre si ribadisce che la struttura privata accreditata non deve impiegare personale incompatibile (cioè dipendente da strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e/o professionista convenzionato con SSN, ai sensi dell'art. 1, comma 19 L. 662/1996), anche relativamente a funzioni ed attività diverse da quelle oggetto di accreditamento, e che, comunque, in ipotesi diversa, il titolare/legale rappresentante si deve impegnare a sciogliere tale situazione entro 30 giorni dalla data di emanazione dell'eventuale determinazione regionale di accreditamento, dandone comunicazione alla Direzione generale sanità e politiche sociali.

La Direzione generale formula un atto di programmazione regionale con cadenza biennale, in riferimento ai macro livelli di assistenza territoriale e ospedaliera.

### ***2.3.1. Requisiti del soggetto gestore***

L'istituto dell'accreditamento, nel suo complesso, è un sistema di garanzia del cittadino e delle comunità. L'accreditamento, per l'importanza degli interessi pubblici coinvolti, radicati all'art. 32 della Costituzione, è necessariamente rilasciato (cfr. Cons. Stato, sezione IV, Sent., 28 maggio 2002 n. 2940) subordinatamente alla contestuale presenza di requisiti di onorabilità e moralità del titolare e di idoneità della struttura (Cons. Stato Sez. V, Sent., 17-09-2010, n. 6938).

Pertanto, al fine di garantire il più elevato grado di tutela dell'interesse pubblico e di certezza dei rapporti giuridici e di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti, il titolare/legale rappresentante della struttura sanitaria privata allega alla domanda di accreditamento le dichiarazioni sostitutive di cui agli art. 46 e 47 del DPR 445/00, riguardo i seguenti requisiti (vedi allegati G, H e H1):

- di non aver riportato condanna definitiva (compresa la sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 CPP) per reati gravi in danno dello Stato o della comunità che incidono sulla moralità professionale e di non aver riportato condanne penali per fatti imputabili all'esercizio di unità d'offerta del sistema sanitario;
- di non essere incorso nella applicazione della pena accessoria della interdizione da una professione o da un'arte e interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- di non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di prevenzione;
- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, o di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- di assicurare al personale in servizio la piena contribuzione previdenziale ed assicurativa secondo quanto previsto dalle normative vigenti;
- che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del DLgs 159/2011 (dichiarazione sostitutiva di certificazione antimafia - allegati H e H1).

I servizi regionali competenti effettuano controlli, ai sensi dall'art. 71, comma 1 del DPR 445/2000, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi degli art. 46 e 47 dello stesso DPR.

### **2.3.2. Requisiti di accreditamento**

I requisiti generali per l'Accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti attengono a comportamenti organizzativi "virtuosi". I requisiti specifici, oltre che di tipo strutturale, tecnologico ed organizzativo, prevedono l'adeguatezza delle competenze professionali necessarie e dei servizi che possono essere acquisiti e l'attivazione del monitoraggio di percorsi critici individuati per ciascuna disciplina. Sono distinti per disciplina specialistica o tipologia di struttura o programmi.

L'ASSR elabora i requisiti avvalendosi del contributo dei professionisti del settore pubblico e privato e provvede al loro aggiornamento periodico, sulla base degli indirizzi nazionali, delle evoluzioni tecnologiche del settore/disciplina e degli orientamenti delle società scientifiche.

La Giunta regionale approva con un proprio atto i requisiti di accreditamento che diventano vigenti e pertanto applicabili con la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna (BURERT).

I requisiti sono inoltre consultabili sul sito regionale<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> [http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditamento/accred\\_requisiti.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditamento/accred_requisiti.htm)

Tutte le strutture sanitarie sono tenute ad adottare le misure necessarie per adeguarsi ai contenuti dei requisiti nuovi o revisionati, quanto prima possibile, in relazione alla complessità dei requisiti, e comunque entro sei mesi dalla loro pubblicazione sul BURERT, salvo che gli atti di approvazione dei requisiti stessi stabiliscano tempi diversi di adeguamento da parte delle strutture.

Qualora siano deliberati dalla Giunta regionale nuovi requisiti, o revisionati quelli esistenti, dopo la presentazione della domanda di accreditamento o di rinnovo, l'ASSR potrà proporre, previo accordo con la Struttura richiedente, una valutazione sulla base di tali nuovi requisiti oppure condurre le verifiche con riferimento al piano di adeguamento ai nuovi requisiti predisposto dalla Struttura stessa.

Qualora non esistano requisiti specifici direttamente applicabili alla disciplina o alla tipologia di attività erogata dalla Struttura, sono applicati requisiti secondo criteri di analogia (es. requisiti specifici di medicina interna applicati alle altre strutture di medicina specialistica, quali ad es. gastroenterologia, reumatologia, allergologia, ... per le quali non sono disponibili requisiti specifici).

## **2.4 Procedura di accreditamento**

La domanda, completa di tutta la documentazione richiesta, è rivolta alla Direzione generale sanità e politiche sociali (di seguito DGSPS della Regione) e va presentata secondo le modalità di seguito descritte.

Tutte le strutture pubbliche e private, indipendentemente dalla tipologia, presentano domanda direttamente alla DGSPS.

Il responsabile del procedimento, che coincide con il responsabile del servizio competente per materia (Servizio presidi ospedalieri, Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri, Servizio sanità pubblica, Servizio relazioni con gli enti del SSR, sistemi organizzativi e risorse umane, supporto giuridico), verifica la completezza formale della documentazione e cura l'invio della comunicazione di avvio del procedimento.

La data di protocollazione della domanda da parte della DGSPS vale ai fini della decorrenza del termine di nove mesi, entro cui il provvedimento di accreditamento deve essere adottato, come previsto dall'art.9, quarto comma, della LR 34/98 e s.m.i.

Il responsabile del procedimento ha 45 giorni di tempo, a decorrere dalla data di protocollazione della domanda, per procedere alla verifica di:

- possesso di regolare autorizzazione all'esercizio delle attività, tramite l'Azienda sanitaria competente per territorio;
- presenza della dichiarazione attestante l'assenza di personale incompatibile;

- presenza delle dichiarazioni della sussistenza delle condizioni oggettive e soggettive (requisiti del soggetto gestore) per ottenere l'accreditamento;
- rispondenza o meno della richiesta alla programmazione regionale.

Al termine della suddetta attività, possono verificarsi due possibilità:

- in caso di istruttoria negativa il responsabile del procedimento comunica alla struttura, ai sensi dell'art. 10-bis della L 241/1990 e s.m.i., i motivi ostativi all'accoglimento della domanda stessa. Entro il termine di dieci giorni dal ricevimento della comunicazione, gli istanti hanno il diritto di presentare per iscritto le loro osservazioni, eventualmente corredate da documenti. La comunicazione di cui sopra interrompe i termini per concludere il procedimento, termini che iniziano nuovamente a decorrere dalla data di presentazione delle osservazioni o, in mancanza, dalla scadenza del termine di 10 giorni. Decorso tale termine, se non vi sono motivi per modificare le valutazioni istruttorie già svolte, il responsabile del procedimento redige una proposta motivata di diniego dell'accreditamento per insussistenza delle condizioni preliminari e la invia al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali che adotta l'atto finale di diniego;
- in caso di verifica positiva, il Responsabile del procedimento redige una relazione analitica da trasmettere all'Agenzia sanitaria e sociale regionale (ASSR), unitamente ad una copia completa della domanda e della documentazione ad essa allegata, per il proseguimento dell'istruttoria e, in particolare, per l'accertamento del possesso dei requisiti di accreditamento (generali e specifici).

L'ASSR, per l'espletamento delle fasi procedurali di propria competenza, dispone di 175 giorni decorrenti dalla data di ricevimento del fascicolo.

L'ASSR, sulla base dell'esame della documentazione allegata alla domanda, procede alla verifica direttamente o avvalendosi di soggetti qualificati. In questo ultimo caso nomina il Team di valutazione, costituito da professionisti, appositamente formati, appartenenti a strutture pubbliche e private del SSN e notifica alla struttura la data, il programma della visita e l'identità dei valutatori che costituiranno il Team.

In ogni caso l'ASSR:

- seleziona i requisiti applicabili e invia alla Struttura le check list da compilare per l'autovalutazione.
- richiede una relazione, elaborata dalla Struttura stessa, consistente in una autovalutazione dell'attività svolta (cosiddetta "*relazione ex-post*"), ed eventuale ulteriore documentazione integrativa, se ritenuta necessaria;
- nel caso in cui si sia avvalsa del Team di valutatori, trasmette formalmente alla Struttura il verbale, in cui sono esposti i risultati della valutazione effettuata dal Team a seguito della visita

sul campo. La Struttura può rispondere, entro 15 giorni, con eventuali osservazioni sulle valutazioni ricevute.

Alla conclusione dell'istruttoria, l'ASSR elabora una relazione motivata, contenente le risultanze della verifica complessiva in merito al possesso dei requisiti applicati e alla accreditabilità della struttura richiedente, e la trasmette al Servizio competente della DGSPS.

Il Responsabile del procedimento, sulla base della relazione della ASSR, predispone una proposta motivata di concessione/diniego dell'accreditamento e la trasmette al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali per l'adozione del provvedimento conseguente. Il provvedimento adottato viene inviato, a cura del Servizio competente, ai soggetti interessati ed alla Azienda USL di riferimento territoriale. Il provvedimento di accreditamento è pubblicato sul BURERT.

La procedura sopra illustrata trova applicazione in tutti i procedimenti di nuovo accreditamento, di rinnovo dell'accreditamento e di variazione dello stesso, ove non stabilito diversamente nei paragrafi che seguono.

## **2.5. Esternalizzazione di attività sanitarie**

Le strutture pubbliche e private accreditate possono acquisire da altre strutture, anch'esse accreditate, attività sanitarie complementari al processo diagnostico assistenziale direttamente connesse alla assistenza al paziente (esternalizzare), a condizione che siano verificati i seguenti presupposti:

- le attività di cui sopra **non** siano prevalenti rispetto a quelle effettuate direttamente, con riferimento a un determinato ambito disciplinare (es. un laboratorio analisi può affidare a struttura esterna solo il settore di microbiologia, mentre effettua in proprio gli esami di chimica clinica ed ematologia, oppure una struttura che effettua attività chirurgica può affidare ad altra gli esami di anatomia patologica complementari agli interventi chirurgici effettuati in proprio);
- le attività di cui sopra **non** siano previste dai requisiti specifici di accreditamento della disciplina per cui la struttura è accreditata come necessariamente presenti al suo interno ed eseguite direttamente.

I soggetti accreditati eroganti prestazioni complementari al percorso diagnostico assistenziale a favore di una struttura accreditata non possono a loro volta acquistare all'esterno tutto o parte di tali prestazioni, divenendo, in caso contrario, meri intermediari.

Dal caso sopra trattato di esternalizzazione di attività differiscono le situazioni in cui le Aziende sanitarie pubbliche in quanto titolari delle funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione nei

confronti della popolazione residente nel territorio di competenza, soddisfano i bisogni di salute affidando servizi sanitari a strutture accreditate all'interno di strutture proprie.

Al fine di razionalizzare la spesa sanitaria attraverso l'ottimizzazione delle risorse, le aziende sanitarie pubbliche possono infatti avvalersi di altre organizzazioni accreditate per erogare, anche all'interno delle proprie strutture, prestazioni riferite ad un intero ambito disciplinare (es. radiologia o laboratorio all'interno di una struttura di degenza).

In questi casi:

- la struttura pubblica deve rinunciare all'autorizzazione per gli spazi (chiaramente identificabili e distinguibili) utilizzati dalla organizzazione privata che subentra,
- l'organizzazione privata che subentra dovrà acquisire autorizzazione (per gli stessi spazi) e accreditamento per le attività svolte.

Tale situazione che passa necessariamente attraverso l'accreditamento non è ugualmente configurabile nei confronti delle strutture private che possono ricorrere alla esternalizzazione delle attività secondo quanto riportato sopra.

### **3. DISPOSIZIONI COMUNI IN MATERIA DI NUOVI ACCREDITAMENTI E DI RINNOVI**

Ogni volta che nel seguito della trattazione si farà riferimento a strutture esercenti attività ambulatoriale, per tali saranno intese anche le attività ambulatoriali esercitate da strutture sanitarie ospedaliere, laddove l'attività ambulatoriale sia rivolta anche a pazienti non ricoverati.

In primo luogo si ritiene opportuno specificare che:

- per **ambulatorio mono specialistico** si intende un presidio sanitario aperto al pubblico (con vincolo dei giorni e degli orari di apertura) avente individualità ed organizzazione propria ed autonoma, in cui sono erogate prestazioni rientranti nella medesima disciplina specialistica a favore di tutti i pazienti richiedenti. In tali ambulatori di norma si eseguono solo prestazioni a bassa complessità. Esso può essere autorizzato e accreditato anche a nome di un soggetto che non sia un sanitario, purché nello stesso sia garantita la presenza di un direttore sanitario la cui funzione deve essere espletata da un medico laureato in medicina e chirurgia. In quest'ultimo caso, nell'ambulatorio si determina una separazione tra l'attività professionale ivi espletata, come nelle altre più complesse strutture sanitarie, e la titolarità dell'impresa. Mentre il titolare di quest'ultima è responsabile della predisposizione e del mantenimento del contesto necessario per l'esercizio dell'attività, l'attività professionale e le relative prestazioni, anche se erogate in nome dell'impresa sanitaria, possono far capo solo a personale munito dei titoli professionali previsti.

Il legale rappresentante di tale struttura per presentare domanda di accreditamento deve utilizzare il modello B, allegando la documentazione ivi richiesta;

- per **studio professionale** si intende l'ambiente privato e personale in cui il professionista esercita la propria libera attività professionale, in forma singola o associata.

Ai sensi dell'art. 2232 del Codice Civile "Il prestatore d'opera deve eseguire personalmente l'incarico assunto. Può tuttavia valersi, sotto la propria direzione e responsabilità, di sostituti e ausiliari, se la collaborazione di altri è consentita dal contratto o dagli usi e non è incompatibile con l'oggetto della prestazione".

Tale norma consente al professionista di avvalersi, sotto la propria responsabilità, della collaborazione di colleghi particolarmente esperti in specifici settori senza che ciò configuri la trasformazione di studio in ambulatorio. (Vedi Allegato 2 DGR 2520/04).

Il titolare di tale struttura per presentare domanda di accreditamento deve utilizzare il modello C, allegando la documentazione ivi richiesta.

Le restanti strutture pubbliche o private, che non rientrano nei due casi precedenti, sono quindi considerate genericamente "**strutture sanitarie**" e il legale rappresentante di tale struttura per presentare domanda di accreditamento deve utilizzare il modello A, allegando la documentazione ivi richiesta.

### **3.1. Accreditamento delle strutture sanitarie e degli studi professionali che erogano prestazioni ambulatoriali (assistenza specialistica ed assistenza odontoiatrica)**

La domanda di accreditamento presuppone il possesso dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, con l'eccezione degli studi professionali non soggetti ad autorizzazione all'esercizio (gli studi professionali soggetti ad autorizzazione sono individuati al punto 1.5 della DGR 327/2004 e s.m.i. ).

Le tipologie di attività di assistenza specialistica ed odontoiatrica definite dai requisiti autorizzativi previsti dalla DGR 327/2004 e s.m.i., sono le seguenti:

- ambulatorio medico
- ambulatorio chirurgico
- ambulatorio endoscopico
- ambulatorio/studio odontoiatrico
- centri dialisi
- poliambulatorio
- laboratorio analisi
- punto prelievo
- attività diagnostica per immagini (tradizionale, RM, TC)
- presidio ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione
- centro ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione.

Le discipline specialistiche esercitate riferite alle tipologie sopra riportate formano oggetto di presa d'atto da parte del Comune territorialmente competente fino all'adozione dei provvedimenti attuativi della LR 4/2008, art. 19.

In merito alle discipline specialistiche è opportuno precisare che:

- nel caso di **strutture che erogano assistenza specialistica ambulatoriale** ci si riferisce alle discipline di cui all'elenco allegato alla circolare regionale n. 10/1999 e successivi aggiornamenti, relativa alle specifiche per il sistema informativo e rilevazione dell'attività di specialistica ambulatoriale (flusso ASA)<sup>2</sup>, (vedi allegato M);
- nel caso di **strutture che erogano assistenza ospedaliera** ci si riferisce alle discipline di cui all'art. 1 del DM del 5/12/2006, così come in uso nel Sistema informativo regionale<sup>3</sup>.

Le prestazioni effettuate in attività ambulatoriale sono dettagliate nel Nomenclatore tariffario regionale della specialistica nel quale si mette in evidenza che:

- le prestazioni contrassegnate da lettera "H" possono essere erogate solo da strutture ambulatoriali situate nell'ambito di istituti di ricovero ospedaliero;
- le prestazioni contrassegnate con la lettera "R" possono essere erogate solo presso ambulatori specialistici specificamente riconosciuti dalla Regione;
- le prestazioni contrassegnate con il simbolo "\*" sono erogabili solo conformemente a specifiche indicazioni clinico-diagnostiche.

La DGR 327/04 specifica che: "l'ambulatorio chirurgico è dedicato all'espletamento di attività di cui all'allegato 2 della DGR 559/2000 e suoi eventuali aggiornamenti, da effettuarsi in anestesia locale e/o loco-regionale (blocchi periferici)".

La DGR 559/2000 identifica nell'allegato 1 le procedure chirurgiche effettuabili in day surgery (codifica ICD 9 CM).

Le procedure chirurgiche effettuabili in regime ambulatoriale sono individuate con le deliberazioni regionali di aggiornamento del Nomenclatore tariffario regionale della specialistica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale<sup>4</sup>.

La delibera 327/04 e s.m.i. individua i requisiti specifici applicabili all'ambulatorio chirurgico, indipendentemente dalla disciplina esercitata.

Inoltre nella stessa delibera e nelle successive sono indicate le discipline specialistiche e le attività che presentano requisiti specifici di accreditamento applicabili anche alle attività erogate in regime ambulatoriale.

---

<sup>2</sup> <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm>

<sup>3</sup> [http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/tabelle\\_riferimento.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/tabelle_riferimento.htm)

<sup>4</sup> vedi DGR 262/2003 e DGR 1108/2011 e s.m.i., anche in attuazione dell'art. 6, comma 5, dell'Intesa Stato Regioni concernente il Patto per la salute per gli anni 2010-2012.

Al fine di identificare i requisiti applicabili e conseguentemente per individuare con precisione l'oggetto dell'accREDITAMENTO è quindi necessario che il titolare/legale rappresentate della struttura esercente anche o solo attività ambulatoriale, compili l'apposita scheda (allegato A2) parte integrante della domanda di accREDITAMENTO, indicando tutte le attività erogate cui siano applicabili requisiti specifici di accREDITAMENTO.

La "Scheda dei requisiti applicabili" (Allegati A2, D3, E3) verrà costantemente aggiornata, in relazione alla deliberazione di nuovi requisiti applicabili alla specialistica ambulatoriale, ed il modello sarà disponibile nel sito della ASSR:

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditamento/modulistica.htm>.

Il provvedimento di concessione dell'accREDITAMENTO delle strutture di cui sopra identifica l'oggetto dell'accREDITAMENTO indicando la tipologia di struttura, la/le disciplina/e e le tipologie di prestazioni in relazione ai requisiti specifici valutati. Il riferimento alla tipologia di prestazione è introdotto al solo fine di identificare i requisiti specifici esistenti ed applicati.

Nel periodo di vigenza dell'accREDITAMENTO, la struttura potrà erogare **tutte le prestazioni** riconducibili a tipologia di struttura e/o disciplina e/o le tipologie di prestazioni per la quale è accREDITATA, (prestazioni anche diverse da quelle elencate nella domanda presentata) a condizione che non esistano requisiti specifici ulteriori, rispetto a quelli già verificati.

Per l'erogazione di prestazioni ulteriori che possano comportare la valutazione di requisiti specifici diversi e ulteriori si rinvia a quanto esposto nel punto 6.3 (variazioni).

#### **4. NUOVI ACCREDITAMENTI**

Possono presentare domanda di nuovo accREDITAMENTO:

- strutture autorizzate ma mai accREDITATE (es. strutture di nuova realizzazione);
- strutture che non hanno presentato domanda di rinnovo entro i termini previsti dall'art. 10 LR 34/98 e s.m.i.

Al momento della presentazione della domanda di nuovo accREDITAMENTO, in ragione delle indicazioni derivanti dalla DGR n. 1332/2011 e della Determinazione del Direttore generale sanità e politiche sociali n. 3306/2012, le strutture sanitarie devono presentare domanda di accREDITAMENTO della funzione di governo della formazione continua.

Nel caso in cui la struttura intenda richiedere anche il rilascio dell'accREDITAMENTO per la funzione di Provider ECM, secondo quanto stabilito dalla DGR n. 1333/2011 e dalla Determinazione del Direttore generale sanità e politiche sociali n. 3307/2012, la struttura sanitaria deve presentare domanda di accREDITAMENTO utilizzando i modelli allegati I e II.

#### **4.1. Domanda di nuovo accreditamento**

Il titolare/legale rappresentante di una struttura autorizzata che intenda richiedere l'accreditamento, deve presentare domanda, in bollo (salvo i casi di esenzione previsti dal DPR n. 642/1972), utilizzando i modelli allegati, secondo le tipologie sotto indicate, corredati dalla documentazione richiesta.

##### **STRUTTURA SANITARIA:**

ALLEGATO A Modello di domanda per il rilascio dell'accreditamento di Struttura Sanitaria

Allegato A1 Scheda sintetica di presentazione dell'Struttura

Allegato A2 Scheda dei requisiti applicabili (per le strutture di specialistica ambulatoriale)

Allegato A3 Scheda di descrizione delle attività per le strutture di specialistica ambulatoriale

Allegato A4 Scheda sintetica di presentazione della funzione di governo aziendale della formazione continua

Allegato A5 Scheda di descrizione per le strutture del Sistema Sangue Regionale

##### **STRUTTURA AMBULATORIALE MONOSPECIALISTICA:**

ALLEGATO B Modello di domanda per il rilascio dell'accreditamento di Struttura Ambulatoriale Monospecialistica

Allegato B1 Scheda sintetica di presentazione dell'Struttura

##### **PROFESSIONISTI:**

ALLEGATO C Modello di domanda per il rilascio dell'accreditamento di Professionisti

Allegato C1 Scheda sintetica di presentazione dello Studio professionale

Allegato C2 Scheda curriculare

La modulistica è disponibile nel sito della ASSR:

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditamento/modulistica.htm>

#### **4.2. Accreditamento provvisorio**

L'accreditamento provvisorio di cui al comma 7, art. 8-quater del DLgs 502/92 e s.m.i., viene rilasciato dalla DGSPS nel caso di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati, nei termini stabiliti all'art. 9 LR 34/1998 e s.m.i.

Non si procede ad accreditamento provvisorio bensì direttamente ad accreditamento istituzionale nei casi in cui sia possibile valutare il volume di attività svolta e la qualità dei suoi risultati, perché tale attività è già ampia, rilevata e rendicontata.

La ASSR effettua la visita di verifica entro 18 mesi dalla data di rilascio dell'accreditamento provvisorio.

La norma prevede che l'eventuale verifica negativa comporti la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso, ai sensi dell'art. 8 quater comma 7 del DLgs 502/92 e s.m.i.

Qualora venga riscontrata la non rispondenza ai requisiti di accreditamento per una parte delle attività oggetto di accreditamento provvisorio, si procede al rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale limitatamente alla parte di attività di cui si sia verificato il possesso dei requisiti.

L'accREDITAMENTO istituzionale decorre dalla data del rilascio dell'accREDITAMENTO provvisorio. L'ottenimento dell'accREDITAMENTO è condizione essenziale per l'attivazione del contratto con oneri a carico del SSR.

## **5. RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO**

La normativa vigente dispone che: "L'accREDITAMENTO è valido per quattro anni decorrenti dalla data di concessione e può essere rinnovato, in presenza del mantenimento dei requisiti necessari anche per l'autorizzazione, su richiesta dell'interessato, presentata alla Regione almeno sei mesi prima della scadenza [...]" (art. 10, comma 1, LR 34/98 e s.m.i.).

Considerato che l'accREDITAMENTO ha ad oggetto il bene fondamentale primario della tutela della salute, costituzionalmente riconosciuto e che, pertanto, anche la procedura di rinnovo è caratterizzata da un procedimento complesso, composto da più fasi endoprocedimentali in cui intervengono attori istituzionali diversi, il rinnovo deve seguire un percorso analogo a quello definito per il rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale. Di conseguenza, posto il termine minimo di sei mesi previsto dalla legge regionale, si stabilisce che le domande di rinnovo, redatte secondo l'allegato modello D e accompagnate dalla documentazione prevista negli allegati D1 e D2 (e, se necessari, D3, D4 e D5), devono pervenire nel periodo tra undici e nove mesi prima della data di scadenza dell'accREDITAMENTO.

Dalla data di pubblicazione del presente provvedimento non saranno accettate domande di rinnovo presentate oltre i termini previsti dall'art. 10 della LR 34/98 e s.m.i., pertanto, alla naturale scadenza dell'accREDITAMENTO la struttura perderà lo status di soggetto accREDITATO e dovrà presentare una domanda di nuovo accREDITAMENTO.

Qualora la struttura che inoltra domanda di rinnovo non presenti nessuna variazione (di titolarità, di tipologia di attività/disciplina, di sede) rispetto a quanto descritto nell'atto di accREDITAMENTO, il Servizio competente, previa valutazione della coerenza con la programmazione regionale, propone al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, il rinnovo dell'accREDITAMENTO, senza preventiva visita sul campo da parte dell'ASSR e salvo verifica successiva del mantenimento del possesso dei requisiti.

La struttura, in tal caso, dovrà corredare la domanda di una apposita dichiarazione relativa al possesso dei requisiti di accREDITAMENTO specifici vigenti (vedi allegato D5).

Qualora la struttura, contestualmente al rinnovo, intenda porre in essere variazioni delle attività deve specificarlo nella domanda di rinnovo.

In tal caso, la presentazione delle domande di rinnovo e il procedimento successivo seguono le stesse modalità previste per i nuovi accreditamenti di cui ai precedenti punti 2.3.1, 2.4 e 4, anche per quanto attiene la valutazione della coerenza con la programmazione regionale.

L'ASSR, a seguito del mandato ricevuto dai Servizi della DGSPS, procederà ad una analisi documentale delle autovalutazioni presentate, al fine di valutare se:

- effettuare una visita di verifica prima della scadenza dell'accredimento, oppure
- redigere la relazione motivata basata sulla analisi documentale ed effettuare la visita entro 18 mesi dalla data del provvedimento di rinnovo.

L'ASSR trasmette alla struttura richiedente, in formato elettronico, la check list con i requisiti applicabili. Il titolare/legale rappresentante compila la suddetta check list in forma di autodichiarazione ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, dichiarando sotto la propria responsabilità che la struttura è in possesso dei requisiti ivi indicati (confermandone anche l'applicabilità).

Qualora la Giunta regionale deliberi nuovi requisiti successivamente alla presentazione della domanda di rinnovo, l'ASSR potrà proporre, previo accordo con la struttura, una valutazione sulla base di tali nuovi requisiti (vedi anche punto 2.3.2).

Il rinnovo decorre dalla data di scadenza dell'accredimento precedentemente concesso.

Per l'attività specialistica ambulatoriale in sede di rinnovo si applica quanto previsto nel punto 3.1.

## **6. VARIAZIONI INTERVENUTE DOPO LA CONCESSIONE DELL'ACCREDITAMENTO**

Le strutture accreditate, nel caso in cui apportino qualsiasi variazione dell'attività erogata (ad es. attivazione, modifica, cessazione di attività), sono tenute a darne comunicazione tempestiva in carta libera all'Azienda sanitaria territoriale ed alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, a meno che non sia prevista la presentazione di apposita domanda di variazione, come nei casi esplicitati nei punti successivi.

Le tipologie di variazioni sono:

- ÿ Variazioni del soggetto titolare della struttura accreditata e/o della denominazione della struttura;
- ÿ Trasferimento/modificazioni strutturali della sede erogativa delle prestazioni;
- ÿ Variazioni delle attività:
  - Variazioni delle tipologie di attività e/o delle discipline esercitate tali per cui siano applicabili requisiti specifici di accreditamento non precedentemente valutati;
  - Variazioni del numero di posti letto per strutture di degenza, residenziali a ciclo continuo e/o diurno.

Per la presentazione della domanda occorre utilizzare la seguente modulistica:

Allegato E Modello di domanda per variazioni dell'accredimento;

Allegato E1 Scheda sintetica di presentazione dell'Struttura per l'acquisizione di informazioni e documentazione per variazioni dell'accreditamento;

Allegato E2 Scheda di segnalazione di variazioni;

Allegato E3 Scheda dei requisiti applicabili per le attività variate (per strutture di specialistica ambulatoriale);

Allegato E4 Scheda di descrizione delle variazioni delle attività per le strutture di specialistica ambulatoriale.

### **6.1. Variazioni del soggetto titolare della struttura accreditata e/o della denominazione della struttura**

Per il carattere strettamente fiduciario e la rilevanza pubblicistica degli interessi coinvolti, l'accreditamento non può rientrare nel complesso dei beni aziendali suscettibili di trasferimento tra le parti con automatico subentro del cessionario, stante il principio di immutabilità dei soggetti autorizzati nei rapporti con la Pubblica Amministrazione, conformemente all'art. 2558 c.c., secondo cui il cessionario dell'azienda non può subentrare nei rapporti a carattere fiduciario. Ne consegue che in materia di accreditamento, per le motivazioni sopra illustrate, non può trovare applicazione quanto stabilito dall'art. 1406 del c.c. in materia di cessione del contratto. (Cons. Stato Sez. IV, 28-05-2002, n. 2940).

Qualora vi sia una **variazione del solo soggetto titolare della struttura**, intestatario dell'autorizzazione all'esercizio (ad es. vendita, fusione tra società, subentro da parte di una società in strutture prima facenti capo a persona fisica, modifica della ragione sociale, trasformazione societaria, ecc.) occorre:

- sul versante dell'autorizzazione: che il soggetto subentrante richieda al Comune territorialmente competente il rilascio dell'autorizzazione / presa d'atto all'esercizio a proprio nome;
- sul versante dell'accreditamento: che il nuovo titolare invii alla DGSPS e, per conoscenza all'azienda USL di competenza, la richiesta di variazione del soggetto titolare della struttura accreditata secondo il modello allegato E.

Nel caso in cui la variazione sia riferita al solo soggetto titolare, il Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, previa verifica del possesso dei requisiti in capo al nuovo soggetto gestore, adotta il provvedimento idoneo: concessione/diniego dell'accreditamento e contestuale revoca del precedente accreditamento.

Nel caso in cui siano comunicate o siano rilevate anche altre variazioni (diverse da quelle previste nei punti che seguono) e/o rilevanti cambiamenti organizzativi, il Servizio regionale competente dà mandato all'ASSR di effettuare la valutazione sulla documentazione presentata.

L'ASSR può effettuare una visita di verifica del possesso dei requisiti, a seguito della quale il Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali adotta il provvedimento idoneo in analogia a quanto previsto sopra.

La scadenza dell'accreditamento istituzionale concesso è ricondotta a quella dell'atto adottato a favore del precedente titolare.

- sul versante contrattuale: l'Azienda USL di riferimento, al termine del percorso di accreditamento del nuovo titolare/legale rappresentante, provvede agli opportuni adempimenti conseguenti.

Qualora vi sia una **variazione della sola denominazione della struttura** occorre:

- sul versante dell'autorizzazione: che il titolare/legale rappresentante comunichi tale variazione al Comune territorialmente competente;
- sul versante dell'accreditamento: che il titolare/legale rappresentante comunichi, in carta libera, tale variazione alla DGSPS e, per conoscenza all'Azienda USL di competenza.

Per questa tipologia di variazione la DGSPS, verificata la modifica dell'autorizzazione da parte del Comune, adotta un provvedimento di presa d'atto.

- sul versante contrattuale: l'Azienda USL di riferimento provvede agli opportuni adempimenti conseguenti.

## **6.2. Trasferimento e/o modificazioni strutturali della sede erogativa delle prestazioni**

Qualora una struttura accreditata trasferisca tutta la propria attività in altra sede, **senza introdurre alcuna modificazione nell'assetto preesistente** (in termini di titolare, tipologia di attività, dotazioni strumentali, tipologia di prestazioni rese, personale, ecc.), è necessario:

- sul versante dell'autorizzazione: oltre all'autorizzazione regionale alla realizzazione di cui alla DGR 555/2000, per le strutture che erogano assistenza ospedaliera e per le strutture residenziali a ciclo continuo o diurno, ottenere anche una nuova autorizzazione all'esercizio da parte del Comune territorialmente competente, con parallela revoca della precedente autorizzazione;
- sul versante dell'accreditamento: presentare domanda relativa alle medesime attività già svolte e valutate nella sede precedente (vedi allegato E), indirizzata alla DGSPS, a cura del titolare/legale rappresentante, secondo le modalità già esposte nel punto 2.4.

L'ASSR effettua una visita di verifica dei requisiti sul campo, tenendo conto anche degli eventuali cambiamenti organizzativi comunicati.

Se si tratta di trasferimento di sede senza variazioni dell'assetto organizzativo e delle attività già valutate in precedenza, è rilasciato l'accreditamento istituzionale di durata quadriennale.

L'accreditamento decorre dalla data del nuovo provvedimento. L'accreditamento

precedentemente concesso con riferimento alla vecchia sede erogativa è contestualmente dichiarato decaduto.

Nel caso di trasferimento di una **parte dell'attività in una sede diversa e/o modifiche strutturali nella stessa sede, senza variazioni della tipologia dell'attività erogata**, viene effettuata una visita sul campo. L'atto di integrazione del precedente provvedimento di accreditamento non ne varia la scadenza.

- sul versante contrattuale: che l'Azienda USL di riferimento provveda agli opportuni adempimenti conseguenti, in relazione al provvedimento regionale di accreditamento.

### **6.3. Variazioni delle attività**

Le variazioni delle attività possono riguardare:

- strutture private che erogano prestazioni ambulatoriali
- strutture di ricovero e cura
- strutture residenziali a ciclo continuo o diurno.

#### **6.3.1. Strutture private eroganti prestazioni ambulatoriali**

Per variazione di attività di una struttura ambulatoriale si intende la variazione delle tipologie di attività ovvero delle discipline/prestazioni tale per cui siano applicabili requisiti specifici di accreditamento non precedentemente valutati (vedi allegato E3). In tal caso occorre:

- sul versante dell'autorizzazione: ottenere una nuova autorizzazione all'esercizio da parte del Comune; solo nel caso di variazione di una disciplina nell'ambito della stessa tipologia di attività è sufficiente una presa d'atto;
- sul versante dell'accredimento: presentare domanda indirizzata alla DGSPS, secondo le modalità previste al punto 2.4, a cura del titolare/legale rappresentante della struttura accreditata. Alla domanda, redatta secondo il modello E, deve essere allegata la documentazione prevista (allegati E1, E2, E3, E4).

Al termine dell'istruttoria regionale è concesso o negato l'accredimento:

- provvisorio, quando non è possibile valutare la nuova attività nei volumi e nella qualità dei risultati. In tal caso è prevista una verifica entro 18 mesi dell'ASSR. La scadenza dell'atto è ricondotta alla scadenza dell'accredimento istituzionale precedentemente concesso alla struttura
- istituzionale, qualora le attività oggetto di variazione siano già valutabili nei volumi e nella qualità dei risultati, in quanto erogate in regime privatistico; la scadenza dell'atto anche in questo caso è ricondotta alla scadenza dell'accredimento istituzionale precedentemente concesso alla struttura.

- sul versante contrattuale: che l'Azienda USL di riferimento provveda agli opportuni adempimenti conseguenti, in relazione al provvedimento regionale di accreditamento.

### **6.3.2. Strutture di ricovero e cura**

Nel caso di strutture che erogano assistenza ospedaliera, le discipline specialistiche eventualmente svolte sono quelle di cui all'art. 1 del DM del 5 dicembre 2006, così come in uso nel Sistema informativo regionale<sup>5</sup>.

Se una struttura accreditata intende variare la tipologia di attività o le discipline erogate occorre:

- sul versante dell'autorizzazione: oltre all'autorizzazione regionale alla realizzazione di cui alla DGR 555/2000 e s.m.i., ottenere anche una nuova autorizzazione all'esercizio da parte del Comune; nel caso di variazione di una disciplina è sufficiente una presa d'atto;
- sul versante dell'accreditamento: inoltrare domanda, redatta utilizzando il modello E, alla DGSPS, secondo le modalità previste al punto 2.4, a cura del titolare/legale rappresentante della struttura accreditata. Alla domanda deve essere allegata la prevista documentazione (allegato E1 e E2).

Al termine dell'istruttoria regionale viene concesso o negato un accreditamento provvisorio relativo alle nuove attività, la cui scadenza è ricondotta, previa verifica entro 18 mesi dell'ASSR, alla scadenza dell'accreditamento istituzionale precedentemente concesso alla struttura. Qualora le attività oggetto di variazione siano valutabili nei volumi e nella qualità dei risultati, in quanto già erogate in regime privatistico, si procede all'accreditamento istituzionale.

- sul versante contrattuale: che l'Azienda USL di riferimento provveda agli opportuni adempimenti conseguenti, in relazione al provvedimento regionale di accreditamento.

### **6.3.3. Strutture residenziali a ciclo continuo e/o diurno**

Qualora una struttura residenziale a ciclo continuo e/o diurno, a seguito di riassetto organizzativo interno, modifichi solo la tipologia di attività esercitata, occorre:

- sul versante dell'autorizzazione: oltre all'autorizzazione regionale alla realizzazione di cui alla DGR 555/2000 e s.m.i., chiedere una nuova autorizzazione nei casi in cui la variazione comporti un passaggio dal regime residenziale continuo a quello diurno (o viceversa) o da una tipologia all'altra tra quelle elencate nell'allegato 1 alla DGR 327/04 (requisiti specifici per l'autorizzazione delle residenze sanitarie psichiatriche) e nell'allegato 1 alla DGR 26/05 (requisiti specifici per l'autorizzazione delle strutture di trattamento residenziali a ciclo continuo e/o diurno per persone dipendenti da sostanze da abuso).

---

<sup>5</sup> [http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/tabelle\\_riferimento.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/nosologiche/tabelle_riferimento.htm)

- sul versante dell'accreditamento: presentare domanda a cura del titolare/legale rappresentante della struttura, secondo il modello E. Alla domanda deve essere allegata la prevista documentazione (allegato E1 e E2). Al termine dell'istruttoria regionale è concesso o negato un accreditamento provvisorio, la cui scadenza è ricondotta, previa verifica entro 18 mesi dell'ASSR, alla scadenza dell'accreditamento istituzionale precedentemente concesso alla struttura.
- sul versante contrattuale: che l'Azienda USL di riferimento provveda agli opportuni adempimenti conseguenti, in relazione al provvedimento regionale di accreditamento.

#### **6.4. Variazioni dei posti letto per strutture di degenza, residenziali a ciclo continuo e/o diurno**

Qualora una struttura sanitaria accreditata, di ricovero e cura, residenziale a ciclo continuo e/o diurno, intenda aumentare il numero dei posti letto, ove ciò sia consentito dalla normativa vigente, o intenda variarli nell'ambito di una riconversione che comporti una diversa distribuzione dei posti letto stessi, è necessario:

- sul versante dell'autorizzazione: oltre all'autorizzazione regionale alla realizzazione di cui alla DGR 555/2000, ottenere anche una nuova autorizzazione all'esercizio da parte del Comune;
- sul versante dell'accreditamento: presentare domanda di accreditamento, a cura del titolare/legale rappresentante, secondo le modalità previste nel punto 2.4, utilizzando il modello E ed allegando la documentazione prevista (allegati E1 e E2).

Al termine dell'istruttoria regionale è concesso o negato un accreditamento relativo all'ampliamento del volume delle attività, la cui scadenza rimane quella del precedente atto adottato.

- sul versante contrattuale: che l'Azienda USL di riferimento provveda agli opportuni adempimenti conseguenti, in relazione al provvedimento regionale di accreditamento.

#### **7. VERIFICA DELLA PERMANENZA DEI REQUISITI**

(art. 10, comma 4, LR 34/1998 e s.m.i. )

Nel corso del quadriennio di durata dell'accreditamento, l'ASSR può effettuare visite di verifica alle strutture accreditate, anche a campione, volte a valutare la permanenza dei requisiti di accreditamento.

La DGSPS può dare mandato all'ASSR di effettuare le suddette verifiche anche a seguito di segnalazioni di disservizi, articoli di stampa, anomalie dei controlli sulle banche dati regionali, ecc.

Qualora in sede di verifica venga riscontrata la perdita di requisiti di accreditamento, tale da comportare gravi compromissioni della qualità dell'assistenza, il Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali provvede, previa diffida, ai sensi del comma 5 dell'art. 10, della LR 34/98 e s.m.i., all'adozione dell'atto di revoca dell'accreditamento.

Le visite di sorveglianza hanno lo scopo di valutare

- il possesso dei requisiti previsti per l'erogazione delle attività/funzioni accreditate
- la presenza di situazioni di grave compromissione della qualità dell'assistenza.

A tale scopo nel corso delle visite di sorveglianza l'ASSR verifica il possesso dei requisiti vigenti alla data della visita. Qualora i requisiti vigenti a tale data siano nuovi e diversi rispetto a quelli verificati in occasione della precedente visita di accreditamento, l'ASSR valuta le misure poste in essere dalla Struttura per soddisfare i nuovi standard richiesti nonché il grado di adeguamento raggiunto.

## **8. CAUSE DI REVOCA DELL'ACCREDITAMENTO**

L'accREDITAMENTO è revocato, previa diffida e con motivato provvedimento del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, nei seguenti casi:

- perdita dei requisiti per l'accREDITAMENTO che comporti gravi compromissioni della qualità dell'assistenza;
- accertamento di violazione grave e continuativa degli accordi stipulati con le strutture del SSR;
- mancato rispetto delle disposizioni contenute nella contrattazione collettiva e degli obblighi in materia di sicurezza del lavoro;
- esternalizzazione della parte prevalente dell'attività.

Tali cause di revoca dell'accREDITAMENTO sono specificatamente individuate nel provvedimento di concessione e vengono riportate anche nel contratto stipulato con l'Azienda sanitaria.

L'adozione del provvedimento di revoca dell'accREDITAMENTO è necessariamente preceduta da una diffida del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali a provvedere, entro un congruo termine, ai necessari adeguamenti.

## **ALLEGATI**

**A** Modello di domanda per il rilascio dell'accreditamento di Struttura Sanitaria

**A1** Scheda sintetica di presentazione dell'Struttura

**A2** Scheda dei requisiti applicabili (per strutture di specialistica ambulatoriale)

**A3** Scheda di descrizione delle attività per le strutture di specialistica ambulatoriale

**A4** Scheda sintetica di presentazione della funzione di governo aziendale della formazione continua

**A5** Scheda di descrizione per le strutture del Sistema Sangue Regionale

**B** Modello di domanda per il rilascio dell'accreditamento di Struttura Ambulatoriale Monospecialistica

**B1** Scheda sintetica di presentazione dell'Struttura

**C** Modello di domanda per il rilascio dell'accreditamento di Professionisti

**C1** Scheda sintetica di presentazione dello Studio professionale

**C2** Scheda curriculare

**D** Modello di domanda per il rinnovo dell'accreditamento

**D1** Scheda sintetica di presentazione dell'Struttura per l'acquisizione di informazioni e documentazione per il rinnovo dell'accreditamento

**D2** Scheda di segnalazione di variazioni

**D3** Scheda dei requisiti applicabili alle attività variate (per strutture di specialistica ambulatoriale)

**D4** Scheda di descrizione delle variazioni delle attività per le strutture di specialistica ambulatoriale

**D5** Modello di dichiarazione sul possesso dei requisiti specifici di accreditamento

**E** Modello di domanda per variazioni dell'accreditamento

**E1** Scheda sintetica di presentazione dell'Struttura per l'acquisizione di informazioni e documentazione per variazioni dell'accreditamento

**E2** Scheda di segnalazione di variazioni

**E3** Scheda dei requisiti applicabili alle attività variate (per strutture di specialistica ambulatoriale)

**E4** Scheda di descrizione delle variazioni delle attività per le strutture di specialistica ambulatoriale

**F** Modello di autocertificazione del mantenimento del possesso dei requisiti autorizzativi

**G** Modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00

**H** Modello di dichiarazione sostitutiva di documentazione antimafia – Legale Rappresentante

**H1** Modello di dichiarazione sostitutiva di documentazione antimafia – Amministratore/i

**I** Modello di domanda per il rilascio dell'accreditamento della funzione di Provider ECM

**I1:** Documento identificativo della funzione di provider ECM

**L** Informativa ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/2003

**M** Elenco delle discipline

## Allegato A Modello di domanda per il rilascio dell'accREDITAMENTO di Struttura Sanitaria

Le istanze trasmesse dai privati sono soggette all'imposta di bollo, salvo i casi di esenzione previsti dalla legge (DPR n. 642/1972)

### DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURA SANITARIA

Al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali  
della Regione Emilia-Romagna  
Viale A. Moro 21  
40127 BOLOGNA

Il sottoscritto ..... nato a ....., il .....,  
C.F. ...., in qualità di ..... (titolare/legale rappresentante)  
della ..... (ditta/società/azienda), con sede  
legale in ..... (Pr. ...), Via ..... Nr. ....,  
telefono ..... fax ..... e-mail .....

ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445), sotto la propria responsabilità

dichiara

che la struttura denominata ..... è **autorizzata**, con atto/i del Comune di  
..... n. .... del .....

chiede

il rilascio dell'accREDITAMENTO per: (*specificare il nome della struttura*) .....  
.....  
per le seguenti attività già autorizzate, (*specificare la tipologia delle attività per cui chiede l'accREDITAMENTO, evidenziando la/le tipologia/e interessata/e*):

**a) RICOVERO** (*indicare i cod. HSP 11 delle articolazioni presenti e il corrispondente numero di posti letto*)  
.....  
.....

(*Per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia tra quelle previste all'Allegato 3 della DGR n. 327/2004 e alla DGR n. 2000/2009 e il corrispondente numero di posti letto*)  
.....  
.....

**b) SPECIALISTICA AMBULATORIALE** della seguente tipologia:

- presidio di riabilitazione
- centro di riabilitazione
- laboratorio di analisi
- centro di diagnostica per immagini (tradizionale, RM, TC)
- poliambulatorio
- ambulatorio medico per visite per le seguenti discipline\*:
- punto prelievo
- centro dialisi
- altro (*specificare .....*)

cod	denominazione	cod	denominazione
...	.....	...	.....
...	.....	...	.....

• ambulatorio chirurgico per le seguenti discipline\*:

cod	denominazione	cod	denominazione
...	.....	...	.....
...	.....	...	.....

- ambulatorio endoscopico per le seguenti discipline\*:

cod	denominazione	cod	denominazione
...	.....	...	.....
...	.....	...	.....

\* per l'elenco delle discipline vedi allegato M

- ambulatorio odontoiatrico

**c) SERVIZI TERRITORIALI DELLA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE**

- Centro di Salute Mentale
- SerT
- CNPIA
- Altro (*specificare*) .....

**d) ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO** (*indicare il numero di posti di tutte le strutture comprese*) della seguente tipologia:

- Centro diurno psichiatrico
- Residenze sanitarie psichiatriche (*indicare la tipologia*) \_\_\_\_\_
- Comunità pedagogico/terapeutica per tossicodipendenti
  - residenziale a ciclo continuo
  - residenziale a ciclo diurno
- Struttura residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso
  - affette da patologie psichiatriche
  - per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica
  - con figli minori (o donne in gravidanza)
- Residenze terapeutiche intensive per minori
- Residenze terapeutiche post acuzie per minori
- Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori
- altro (*specificare* .....

**e) SERVIZI TERRITORIALI DEL SISTEMA REGIONALE SANGUE** della seguente tipologia:

- Servizio Trasfusionale
- Unità di Raccolta Sangue

**f) SERVIZI TERRITORIALI DEL SISTEMA REGIONALE TRASPORTO INFERMI** della seguente tipologia:

- soccorso in emergenza/urgenza
  - trasporto non emergenza/urgenza
- effettuato con:
- postazione sita in .....
  - mezzo ..... con targa .....

**g) SERVIZI TERRITORIALI DI SANITA' PUBBLICA**

- Ambulatori
- Altro (*specificare*) .....

**h) SERVIZI TERRITORIALI DI CURE PRIMARIE**

- presidio di riabilitazione
- centro di riabilitazione
- punto prelievo
- centro dialisi
- centro di diagnostica per immagini (tradizionale, RM, TC)
- ambulatori (*specificare la tipologia – medico, chirurgico, endoscopico, odontoiatrico – e le discipline – secondo allegato M*)
- poliambulatorio
- consultorio
- altro (*specificare* .....

Dichiara inoltre che la struttura non impiega personale incompatibile (cioè dipendente da strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e/o professionista convenzionato con SSN, ai sensi dell'art. 1, comma 19 L. 662/1996), anche relativamente a funzioni ed attività diverse da quelle oggetto di accreditamento, o in ipotesi diversa, si impegna a sciogliere tale situazione entro 30 giorni dalla data di emanazione dell'eventuale

determinazione regionale di accreditamento, dandone comunicazione alla Direzione generale sanità e politiche sociali.

### **Contestualmente richiede l'accreditamento per la FUNZIONE DI GOVERNO AZIENDALE DELLA FORMAZIONE CONTINUA**

(Nel caso in cui la struttura intenda richiedere anche il rilascio dell'accreditamento per la funzione di Provider ECM dovrà allegare i moduli L e L1).

Allega la documentazione richiesta

Il legale rappresentante

Data .....

.....

allegati nr. ....

#### **Elenco della documentazione allegata alla domanda**

- .. **Copia della Carta di Identità del legale rappresentante** che sottoscrive la domanda e le dichiarazioni.
- .. **Autodichiarazione del mantenimento del possesso dei requisiti autorizzativi**, se l'autorizzazione è stata rilasciata oltre 2 anni prima (vedi allegato F)
- .. **Dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti** resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00 (vedi allegato G)
- .. **Dichiarazione sostitutiva di documentazione antimafia**, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000 (solo strutture private organizzate con modalità imprenditoriali o società) vedi Allegato H e H1.
- .. **Elenco dei fornitori esterni di prestazioni/servizi rivolti alla persona** di cui si avvale la struttura/organizzazione (o dichiarazione dell'assenza)
- .. **Elenco delle prestazioni rivolte alla persona esternalizzate** con denominazione della Struttura che le effettua (o dichiarazione dell'assenza)
- .. **Scheda sintetica di presentazione dell'Struttura** (selezionare tra gli allegati A1, A2, A3, A4 e A5 quelli necessari per la propria organizzazione)
- .. Breve **descrizione delle collocazioni strutturali e schematica planimetria** della sede/i dell'Struttura e /o delle Articolazioni (Aree / Dipartimenti / U.O. / altre tipologie di Organizzazioni) che la compongono
- .. Schematico **organigramma** da cui si evinca la struttura organizzativa interna e/o i rapporti gerarchici che legano la Struttura alle articolazioni afferenti;
- .. **Funzionigramma** da cui si evincano i rapporti che regolano la Struttura al suo interno rispetto ai principali processi erogativi e/o la legano ad altre organizzazioni afferenti o servizi esterni
- .. **Manuale per l'accreditamento**  
se non posseduto, può essere sostituito dalla documentazione di seguito elencata:
  - o **Atto aziendale** (per le Aziende pubbliche), con particolare riferimento alla struttura oggetto di accreditamento, o **documento istitutivo** (per le Aziende private) da cui si evincano il mandato specifico della Struttura, obiettivi generali e per la qualità (se aggiornato rispetto a precedente atto di accreditamento)
  - o **Documento** da cui si evincano gli **obiettivi a breve** (anno in corso) della Struttura esaminata e la pianificazione del loro raggiungimento
  - o **Piano di inserimento, affiancamento e formazione del personale** (anno in corso) della Struttura/Organizzazione oggetto di verifica
  - o **Carta dei Servizi** e/o sue sezioni inerente la Struttura/Organizzazione oggetto di verifica

- **Documento** da cui si evincano i principali **indicatori** utilizzati per la verifica interna dei risultati e dati relativi alla ultima valutazione effettuata
- **Elenco** delle **procedure generali** disponibili e delle procedure applicabili nelle articolazioni organizzative oggetto di verifica di accreditamento
- **Elenco** delle **attrezzature** più significative in dotazione e/o in fase di acquisto

## **NOTA BENE**

**La presente istanza deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ricevimento, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 DPR n. 445/2000).**

**Copia della documentazione sopra elencata verrà richiesta in formato elettronico, a cura dell'ASSR, per essere messa a disposizione del team che effettuerà la visita di verifica.**

Il Team incaricato della verifica può richiedere e acquisire prima o durante la visita di verifica ulteriore documentazione.

È fatto obbligo alla struttura di fornire tutta la documentazione richiesta. Tale documentazione deve rispondere in maniera veritiera al requisito cui si riferisce e, in caso di non corrispondenza, su tale requisito sarà espresso un giudizio negativo.

Inoltre l'ulteriore documentazione necessaria a dare evidenza ai requisiti applicabili e non allegata alla domanda dovrà essere conservata presso la Struttura richiedente l'accreditamento e dovrà essere disponibile durante la visita di verifica.

## Allegato A1 Scheda sintetica di presentazione dell'Struttura

(Per tutti)

### Dati identificativi della Struttura:

Denominazione	
Titolare	
Responsabile Clinico	
Ubicazione sede - riferimenti (indirizzo - telefono - e-mail)	

Articolazioni Aree / Dipartimenti / U.O. / altre tipologie di organizzazioni	sedi (indirizzi)	Codici

### Ulteriori Informazioni:

Descrizione delle funzioni / specializzazioni / situazioni peculiari possedute
Elenco dei riconoscimenti ricevuti (accreditamenti particolari, certificazioni, ...)
Descrizione delle risorse umane possedute (specificare qualifica professionale, categorie, secondo i consueti riferimenti contrattuali, numero, tipo di rapporto/contratto)
Descrizione della dotazione tecnologica posseduta

Data .....

Firma .....

## Allegato A2 Scheda dei requisiti applicabili (per strutture di specialistica ambulatoriale)

Denominazione struttura .....

<i>Disciplina</i>	<i>Requisiti Accreditamento</i>	<i>Presenti nella struttura</i>
Ambulatorio medico, indipendentemente dalla disciplina	Ambulatorio medico	
Chirurgia generale e discipline chirurgiche, compresa dermatologia	Ambulatorio chirurgico	
Neurologia	Laboratorio potenziali evocati	
Neurologia	Laboratorio di neuropsicologia	
Neurologia	Laboratorio di elettroencefalografia/Poligrafia	
Neurologia	Laboratorio di elettromiografia (EMG)	
Neurologia	Laboratorio di esplorazione funzionale del sistema nervoso vegetativo	
Neurologia	Ambulatorio di neurologia	
Neurologia	Laboratorio di medicina del sonno	
Neurologia	Laboratorio di neurosonologia	
Cardiologia	Attività di Tilt test	
Cardiologia	Attività di ecocardiografia	
Cardiologia	Attività di elettrocardiografia da sforzo	
Cardiologia	Attività di elettrocardiografia dinamica	
Cardiologia	Ambulatorio di cardiologia	
Radiologia	Attività diagnostica: Radiologia Convenzionale	
Radiologia	Attività diagnostica: Ecografia	
Radiologia	Attività diagnostica ambulatoriale RM	
Radiologia	Attività diagnostica ambulatoriale TAC	
Radiologia	Attività di Radiologia Interventistica	
Patologia Clinica (Laboratorio Analisi)	Patologia Clinica (Laboratorio Analisi)	
Punto prelievi		
Ortopedia e Traumatologia	Ambulatorio Ortopedico e Traumatologico	
Ortopedia e Traumatologia	Sala Gessi	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio ostetrico-ginecologico	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio di ecografia ostetrico-ginecologica	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio di fisiopatologia prenatale	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio di colposcopia	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio di isteroscopia diagnostica	
Medicina Fisica e Riabilitazione	Attività ambulatoriale fisiatrica	
Medicina Fisica e Riabilitazione	Presidi ambulatoriali di Med Fisica e Riabilitaz	
Medicina Fisica e Riabilitazione	Centri Ambulatoriali di Riabilitazione	
Genetica Medica	Laboratori di Genetica Medica	
Malattie infettive	Ambulatorio di malattie infettive	
Pneumologia	Ambulatorio di pneumologia	
Pneumologia	Laboratorio di Fisio-Patologia Respiratoria	
Endoscopia Digestiva	Struttura di endoscopia diagnostica	
Endoscopia Digestiva	Struttura di endoscopia diagnostico-operativo avanzata	
Geriatrica Ospedaliera per Acuti	Ambulatorio Geriatrico	

Data .....

Firma .....

## Allegato A3 Scheda di descrizione delle attività per le strutture di specialistica ambulatoriale

(Questa scheda verrà utilizzata per selezionare i requisiti specifici applicabili)

Denominazione struttura .....

### Visite

(indicare le discipline *vedi allegato M*) \_\_\_\_\_

Nel caso vengano effettuate anche prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche collegate alla disciplina specificare nei punti successivi

### Prestazioni di terapia

- altre prestazioni terapeutiche mediche (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)
- altre prestazioni terapeutiche chirurgiche (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)
- odontoiatria (settore<sup>1</sup> .....
- radioterapia
- laserterapia (*ove previsto, specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)
- dialisi specificare se:
  - Centro Dialisi Assistenza Limitata,
  - Centro Dialisi ad Assistenza Continuativa

### Prestazioni di diagnostica strumentale non radiologica

- prestazioni di diagnostica (es. ECG, EEG, ...) (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)

### Prestazioni di diagnostica per immagini

- Radiologia convenzionale
  - Monosettoriale
  - Polisettoriale
- Tomografia Assiale Computerizzata
- Risonanza Magnetica specificare se:
  - settoriale
  - total body
- Radiologia interventistica vascolare
- Ecografia (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)
- altre prestazioni di diagnostica per immagini (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)

### Prestazioni di analisi

- punto prelievi
- laboratorio analisi, settori di:
  - chimica clinica
  - ematologia
  - immunoematologia
  - altro settore (*specificare*<sup>2</sup> .....
- laboratorio microbiologia
- laboratorio genetica medica (*specificare* .....

### Prestazioni di diagnostica anatomo-patologica

- anatomia-istologia patologica

### Prestazioni di riabilitazione

- riabilitazione (*specificare utilizzando l'elenco delle prestazioni secondo le denominazioni del nomenclatore tariffario*)

Data .....

Firma .....

(1) specificare nel caso in cui siano presenti settori particolari (es. settore di ortodonzia)

(2) specificare nel caso in cui siano presenti settori particolari (es. laboratorio settore di allergologia)

**Allegato A4 Scheda sintetica di presentazione della funzione di governo aziendale della formazione continua**

(Per tutti)

**Dati identificativi della funzione di Governo aziendale della Formazione continua:**

Denominazione (dell'Ufficio/Servizio che svolge funzione di governo della formazione)	
Responsabile della funzione di governo della formazione	
Ubicazione sede - riferimenti (indirizzo - telefono - e-mail)	

Articolazioni (quali ad es.: formazione sul lavoro, formazione al lavoro, corsi di laurea, altre tipologie di organizzazioni)	sedi (indirizzi)

**Ulteriori informazioni** (relative alla funzione di governo della formazione):

Principali servizi erogati e loro descrizione
Descrizione delle funzioni / specializzazioni / situazioni peculiari possedute
Elenco dei riconoscimenti ricevuti (accreditamenti particolari, certificazioni,...)
Descrizione delle risorse umane possedute (specificare qualifica professionale, categorie, secondo i consueti riferimenti contrattuali, numero, tipo di rapporto/contratto)
Schematico organigramma da cui si evinca la struttura organizzativa interna e i rapporti gerarchici
Funzionigramma da cui si evincano i rapporti che regolano la Struttura al suo interno rispetto ai principali processi erogativi e/o la legano ad altre Organizzazioni afferenti o servizi esterni

Data .....

Firma .....

## Allegato A5 Scheda di descrizione per le strutture del Sistema Sangue Regionale

<b>Servizio Trasfusionale</b>	
Responsabile	
Ubicazione sede (indirizzo – telefono – e-mail)	

### Elenco delle Articolazioni Organizzative

Inserire i dati sotto richiesti per ciascuna articolazione organizzativa

<b>Articolazione Organizzativa ...</b>	
Ubicazione sede (indirizzo – telefono – e-mail)	
Attività svolta (selezione del donatore, raccolta, lavorazione, distribuzione, assegnazione, ...)	
Descrizione delle risorse umane possedute (specificare qualifica professionale, categorie, secondo i consueti riferimenti contrattuali, numero, tipo di rapporto/contratto)	

<b>Unità di Raccolta</b>	
Responsabile	
Ubicazione sede (indirizzo – telefono – e-mail)	
Servizio Trasfusionale di Riferimento	

### Elenco dei Punti di Raccolta

Inserire i dati sotto richiesti per ciascuna articolazione organizzativa

<b>Punto di Raccolta ...</b>	
Ubicazione sede (indirizzo – telefono – e-mail)	
Attività svolta	
Autorizzazione posseduta (Atto del Comune di ... n° .... del ..., titolare ...)	
Descrizione delle risorse umane possedute (specificare qualifica professionale, categorie, secondo i consueti riferimenti contrattuali, numero, tipo di rapporto/contratto)	

Data .....

Firma .....

**Allegato B Modello di domanda per il rilascio dell'accreditamento di Struttura Ambulatoriale Monospecialistica**

Le istanze trasmesse dai privati sono soggette all'imposta di bollo, salvo i casi di esenzione previsti dalla legge (DPR 26 ottobre 1972, n. 642)

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURA AMBULATORIALE MONOSPECIALISTICA**

Al Direttore Generale Sanità  
e Politiche Sociali  
della Regione Emilia-Romagna  
Viale A. Moro 21  
40127 BOLOGNA

Il sottoscritto ..... nato a .....  
....., il ....., C.F....., in qualità di  
..... (titolare/ legale rappresentante) della .....  
(ditta/società/azienda), con sede legale in ..... (Pr...), Via  
..... Nr. ....,  
telefono ..... fax ..... e-mail .....

chiede

il rilascio dell'accreditamento per la seguente struttura ambulatoriale<sup>6</sup>:

.....  
dichiarando ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445), sotto la propria responsabilità

che si tratta di struttura autorizzata, con atto/i del Comune di ..... n. .... del .....,

all'esercizio delle attività di .....

Dichiara inoltre che la struttura non impiega personale incompatibile (cioè dipendente da strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e/o professionista convenzionato con SSN, ai sensi dell'art. 1, comma 19 L. 662/1996), anche relativamente a funzioni ed attività diverse da quelle oggetto di accreditamento, o in ipotesi diversa, si impegna a sciogliere tale situazione entro 30 giorni dalla data di emanazione dell'eventuale determinazione regionale di accreditamento, dandone comunicazione alla Direzione generale sanità e politiche sociali.

**Contestualmente richiede l'accreditamento per la FUNZIONE DI GOVERNO AZIENDALE DELLA FORMAZIONE CONTINUA**

Allega la documentazione richiesta

Il legale rappresentante

.....

Data .....

allegati nr. ....

**Elenco della documentazione allegata alla domanda**

.. **Copia della Carta di Identità del legale rappresentante** che sottoscrive la domanda e le dichiarazioni

<sup>6</sup> Per l'ambulatorio odontoiatrico specificare i settori posseduti o se si intenda accreditare solo un settore particolare (es. ortodonzia, ...)

- .. **Autodichiarazione del mantenimento del possesso dei requisiti autorizzativi**, se l'autorizzazione è stata rilasciata oltre 2 anni prima (vedi allegato F)
- .. **Dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti** resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00 (vedi allegato G)
- .. **Dichiarazione sostitutiva di documentazione antimafia**, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000 (solo strutture private organizzate con modalità imprenditoriali o società) vedi Allegato H e H1.
- .. **Elenco dei fornitori esterni di prestazioni/servizi rivolti alla persona** di cui si avvale la struttura / organizzazione (o dichiarazione dell'assenza)
- .. **Elenco delle prestazioni rivolte alla persona esternalizzate** con denominazione della Struttura che le effettua (o dichiarazione dell'assenza)
- .. **Scheda sintetica di presentazione della Struttura** (vedi allegato B1)
- .. Breve **descrizione delle collocazioni strutturali** e **Schematica planimetria** della sede
- .. Autovalutazione dei **Requisiti generali** per **struttura monospecialistica** compilata e sottoscritta
- .. Documento esplicitante il **catalogo delle prestazioni** e gli **standard di prodotto**
- .. Documento da cui si evincano le modalità di gestione dei **rapporti di interfaccia** con tutti i professionisti/organizzazioni che collaborano per l'erogazione delle prestazioni
- .. Sintesi degli Strumenti utilizzati per l'**informazione** e l'**ascolto degli utenti**
- .. Documento da cui si evincano i principali **indicatori** utilizzati per la **verifica interna dei risultati**
- .. Elenco delle **procedure generali** disponibili
- .. Elenco delle eventuali **attrezzature** in dotazione
- .. Documento da cui si evincano le modalità per lo sviluppo delle **azioni correttive, preventive e di miglioramento**

#### NOTA BENE

**La presente istanza deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ricevimento, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 DPR n. 445/2000).**

**Copia della documentazione sopra elencata verrà richiesta in formato elettronico, a cura dell'ASSR, per essere messa a disposizione del team che effettuerà la visita di verifica.**

I Valutatori incaricati della verifica possono richiedere e acquisire ulteriore documentazione.

È fatto obbligo alla struttura di fornire tutta la documentazione richiesta. Tale documentazione deve rispondere in maniera veritiera al requisito cui si riferisce e, in caso di non corrispondenza, su tale requisito sarà espresso un giudizio negativo.

Inoltre l'ulteriore documentazione necessaria a dare evidenza ai requisiti applicabili e non allegate alla domanda dovrà essere conservata presso la Struttura richiedente l'accreditamento e dovrà essere disponibile durante la visita di verifica.

**Allegato B1 Scheda sintetica di presentazione della Struttura**

**Dati identificativi della Struttura:**

Denominazione	
Titolare	
Responsabile Clinico	
Ubicazione sede - riferimenti (indirizzo – telefono – e-mail)	

**Ulteriori Informazioni:**

Elenco delle prestazioni erogate facendo riferimento al nomenclatore tariffario
Descrizione delle funzioni / specializzazioni / situazioni peculiari possedute
Elenco dei riconoscimenti ricevuti (accreditamenti particolari, certificazioni, ...)
Descrizione delle risorse umane possedute (specificare qualifica professionale, categorie, secondo i consueti riferimenti contrattuali, numero, tipo di rapporto/contratto)
Identificazione delle responsabilità per la formazione continua

Data .....

Firma .....

## Allegato C Modello di domanda per il rilascio dell'accREDITAMENTO di Professionisti

Le istanze trasmesse dai privati sono soggette all'imposta di bollo, salvo i casi di esenzione previsti dalla legge (DPR 26 ottobre 1972, n. 642)

### DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO DI PROFESSIONISTI

Al Direttore Generale alla Sanità  
e Politiche Sociali  
della Regione Emilia-Romagna  
Viale A. Moro 21  
40127 BOLOGNA

Il sottoscritto ..... nato a ....., il  
....., C.F. ...., telefono .....

Fax ..... e-mail ..... in qualità di libero professionista nella  
disciplina di .....

chiede

il rilascio dell'accREDITAMENTO per il proprio studio professionale, per l'esercizio dell'attività di  
.....

dichiarando ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali  
previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente  
decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445), sotto la  
propria responsabilità che si tratta di:

- .. **studio autorizzato**, con atto/i del Comune di ..... n. .... del .....
- .. **studio** che non necessita di autorizzazione ai sensi della normativa vigente

Dichiara inoltre che la struttura non impiega personale incompatibile (cioè dipendente da strutture pubbliche  
del Servizio sanitario nazionale e/o professionista convenzionato con SSN, ai sensi dell'art. 1, comma 19 L.  
662/1996), anche relativamente a funzioni ed attività diverse da quelle oggetto di accREDITAMENTO, o in ipotesi  
diversa, si impegna a sciogliere tale situazione entro 30 giorni dalla data di emanazione dell'eventuale  
determinazione regionale di accREDITAMENTO, dandone comunicazione alla Direzione generale sanità e  
politiche sociali.

#### **Contestualmente richiede l'accREDITAMENTO per la FUNZIONE DI GOVERNO AZIENDALE DELLA FORMAZIONE CONTINUA**

Allega la documentazione richiesta

Firma

Data .....

allegati nr. ..

#### **Elenco della documentazione allegata alla domanda**

- .. **Copia della Carta di identità del Professionista** che sottoscrive la domanda e le dichiarazioni

- .. Se si tratta di studio autorizzato: **autodichiarazione del mantenimento del possesso dei requisiti autorizzativi**, se l'autorizzazione è stata rilasciata oltre 2 anni prima, (vedi allegato F)
- .. **Dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti** resa ai sensi degli art. 46 e 47 DPR 445/00 (vedi allegato G)
- .. **Elenco dei fornitori esterni di prestazioni/servizi rivolti alla persona** di cui si avvale la struttura / organizzazione (o dichiarazione dell'assenza)
- .. **Elenco delle prestazioni rivolte alla persona esternalizzate** con denominazione della Struttura che le effettua (o dichiarazione dell'assenza)
- .. **Scheda sintetica di presentazione dello Studio professionale** (vedi allegato C1)
- .. Breve **descrizione delle collocazioni strutturali e schematica planimetria** della sede
- .. **Autovalutazione dei Requisiti generali per studio professionale compilata e sottoscritta**
- .. Documento esplicitante il **catalogo delle prestazioni** e gli **standard di prodotto**
- .. Documento da cui si evincano i **rapporti di interfaccia** con tutti i professionisti/organizzazioni utilizzati per l'erogazione delle prestazioni
- .. Sintesi degli Strumenti utilizzati per l'**informazione** e l'**ascolto degli utenti**
- .. Documento da cui si evincano i **principali indicatori** utilizzati per la **verifica interna dei risultati**
- .. Elenco delle **procedure generali** disponibili
- .. Elenco delle eventuali **attrezzature** in dotazione
- .. Documento da cui si evincano le modalità per lo sviluppo delle **azioni correttive, preventive e di miglioramento**
- .. **Scheda curriculare del professionista** (vedi allegato C2)

#### NOTA BENE

**La presente istanza deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ricevimento, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 DPR n. 445/2000).**

**Copia della documentazione sopra elencata verrà richiesta in formato elettronico, a cura dell'ASSR, per essere messa a disposizione del team che effettuerà la visita di verifica.**

I Valutatori incaricati della verifica possono richiedere e acquisire ulteriore documentazione.

È fatto obbligo alla struttura di fornire tutta la documentazione richiesta. Tale documentazione deve rispondere in maniera veritiera al requisito cui si riferisce e, in caso di non corrispondenza, su tale requisito sarà espresso un giudizio negativo.

Il Team può acquisire documentazione e informazione anche da altre fonti (dati amministrativi, reclami di cittadini o strutture, ...).

Inoltre l'ulteriore documentazione necessaria a dare evidenza ai requisiti applicabili e non allegate alla domanda dovrà essere conservata presso la Struttura richiedente l'accreditamento e dovrà essere disponibile durante la visita di verifica.

**Allegato C1 Scheda sintetica di presentazione dello Studio professionale**

**Dati identificativi dello Studio Professionale:**

Responsabile	
Tipologia dello studio: Medico o Chirurgico	
Ubicazione sede - riferimenti (indirizzo - telefono - e-mail)	

**Ulteriori Informazioni:**

Elenco delle prestazioni erogate facendo riferimento al nomenclatore tariffario
Descrizione delle funzioni / specializzazioni / situazioni peculiari possedute
Elenco dei riconoscimenti ricevuti (accreditamenti particolari, certificazioni, ...)

Data .....

Firma .....

## Allegato C2 Scheda curriculare

### SCHEMA CURRICULARE RELATIVA ALL'ESPERIENZA E ALLA FORMAZIONE

Cognome Nome	
denominazione dello studio professionale	
Indirizzo: via, viale, ...	
Città	
Cap	
Tel.	
Cell.	
Fax	
e-mail	

**- Partecipazione a corsi/seminari nell'ambito della professione**

si • no •

se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di formazione, seminario, stage intensivo, ...), la durata, l'anno, i crediti conseguiti.

TITOLO	ENTE EROGATORE	TIPOLOGIA	DURATA	VALUTAZIONE	ANNO	CREDITI ECM

**- Partecipazione a corsi/seminari su aspetti istituzionali e organizzativi del SSN**

si • no •

se si, indicare

TITOLO	ENTE EROGATORE	TIPOLOGIA	DURATA	VALUTAZIONE	ANNO	CREDITI ECM

**- Partecipazione a corsi/seminari sugli aspetti relazionali del rapporto medico-paziente**

si • no •

se si, indicare

TITOLO	ENTE EROGATORE	TIPOLOGIA	DURATA	VALUTAZIONE	ANNO	CREDITI ECM

**- Collaborazione alla progettazione/realizzazione di percorsi assistenziali integrati, di miglioramento della qualità (appropriatezza, efficacia, continuità, tempestività) in ambito pubblico/privato**

si • no •

se si, descrivere

.....

**- Attività professionale pregressa**

si • no •

indicare presso quale struttura, in quale funzione e in quale periodo

STRUTTURA	FUNZIONE	PERIODO

**- Attività presso una o più Organizzazioni Sanitarie (escluso il proprio studio)**

si • no •

se si, riportare denominazione delle Organizzazioni e descrivere attività effettuate

.....  
 .....

Data .....

Firma .....

## Allegato D Modello di domanda per il rinnovo dell'accREDITamento

NB: Da presentare tra 11 e 9 mesi prima della data di scadenza dell'accREDITamento.

Le istanze trasmesse dai privati sono soggette all'imposta di bollo, salvo i casi di esenzione previsti dalla legge (DPR 26 ottobre 1972, n. 642)

### DOMANDA PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURA SANITARIA

Al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali  
della Regione Emilia-Romagna  
Viale A. Moro 21  
40127 BOLOGNA

Il sottoscritto ..... nato a .....,  
il ....., C.F....., in qualità di..... (titolare/legale rappresentante)  
della ..... (ditta/società/azienda), con  
sede legale in ..... (Pr....), Via ..... Nr. ....,  
telefono ..... fax ..... e-mail .....

**chiede**

il rinnovo dell'accREDITamento per (*specificare il nome della struttura*): .....  
.....  
rilasciato in data ..... con provvedimento n. ....

Dichiara inoltre che la struttura non impiega personale incompatibile (cioè dipendente da strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e/o professionista convenzionato con SSN, ai sensi dell'art. 1, comma 19 L. 662/1996), anche relativamente a funzioni ed attività diverse da quelle oggetto di accREDITamento.

#### **Contestualmente richiede il rinnovo dell'accREDITamento per la FUNZIONE DI GOVERNO AZIENDALE DELLA FORMAZIONE CONTINUA**

(*con esclusione delle strutture in possesso dell'accREDITamento transitorio per la funzione di governo della formazione, ai sensi della  
Determinazione del Direttore generale sanità e politiche sociali n. 3306/2012*)

(*Nel caso in cui la struttura intenda richiedere anche il rinnovo dell'accREDITamento per la funzione di Provider ECM dovrà allegare  
i moduli L e LI*).

Allega la documentazione richiesta

Il legale rappresentante

Data .....

.....

allegati nr. ....

#### **Elenco della documentazione allegata alla domanda**

- .. **Copia della Carta di Identità del legale rappresentante** che sottoscrive la domanda e le dichiarazioni
- .. **Autodichiarazione del mantenimento del possesso dei requisiti autorizzativi**, se l'autorizzazione è stata rilasciata oltre 2 anni prima (vedi allegato F)

- .. **Dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00** (vedi allegato G)
- .. **Dichiarazione sostitutiva di documentazione antimafia, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000** (solo strutture private organizzate con modalità imprenditoriali o società) vedi Allegato H e H1.
- .. **Elenco dei fornitori esterni di prestazioni/servizi rivolti alla persona** di cui si avvale la struttura / organizzazione (o dichiarazione dell'assenza)
- .. **Elenco delle prestazioni rivolte alla persona esternalizzate** con denominazione della Struttura che le effettua (o dichiarazione dell'assenza)
- .. **Scheda sintetica di presentazione della Struttura** (vedi allegati D1 e D2)
- .. Breve descrizione delle collocazioni strutturali e **Schematica planimetria** della sede/i della Struttura e /o delle Articolazioni (Aree / Dipartimenti / U.O. / altre tipologie di Organizzazioni) che la compongono o afferenti (da presentare **se modificata/e rispetto all'atto di accreditamento precedente**)
- .. **Autovalutazione sul possesso dei requisiti di accreditamento** [check list requisiti generali della Struttura (43 RG) e requisiti generali di ogni articolazione complessa presente (20 RG)] firmata dal legale rappresentante
- .. **Relazione ex post** (ai sensi dell'art. 8 quater DLgs 229/99)
- .. **Manuale per l'accredimento**  
se non posseduto, può essere sostituito dalla documentazione di seguito elencata:
  - o **Atto aziendale** (per le Aziende pubbliche), con particolare riferimento alla struttura oggetto di accreditamento, **o documento istitutivo** (per le Aziende private) da cui si evincano il mandato specifico della Struttura, obiettivi generali e per la qualità (se aggiornato rispetto a precedente atto di accreditamento)
  - o **Documento** da cui si evincano gli **obiettivi a breve** (anno in corso) della Struttura esaminata e la pianificazione del loro raggiungimento
  - o **Piano di inserimento, affiancamento e formazione del personale** (anno in corso) della Struttura/Organizzazione oggetto di verifica
  - o **Carta dei Servizi** e/o sue sezioni inerente la Struttura/Organizzazione oggetto di verifica
  - o **Documento** da cui si evincano i principali indicatori utilizzati per la verifica interna dei risultati e dati relativi alla ultima valutazione effettuata
  - o **Elenco delle procedure generali** disponibili e delle procedure applicabili nelle articolazioni organizzative oggetto di verifica di accreditamento
  - o **Elenco delle attrezzature** più significative in dotazione e/o in fase di acquisto

#### NOTA BENE

**La presente istanza deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ricevimento, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 DPR n. 445/2000).**

**Copia della documentazione sopra elencata verrà richiesta in formato elettronico, a cura dell'ASSR, per essere messa a disposizione del team che effettuerà la visita di verifica.**

Il Team incaricato della verifica può richiedere e acquisire prima o durante la visita di verifica ulteriore documentazione.

È fatto obbligo alla struttura di fornire tutta la documentazione richiesta. Tale documentazione deve rispondere in maniera veritiera al requisito cui si riferisce e, in caso di non corrispondenza, su tale requisito sarà espresso un giudizio negativo.

Inoltre l'ulteriore documentazione necessaria a dare evidenza ai requisiti applicabili e non allegata alla domanda dovrà essere conservata presso la Struttura richiedente l'accredimento e dovrà essere disponibile durante la visita di verifica.

**Allegato D1 Scheda sintetica di presentazione della Struttura per l'acquisizione di informazioni e documentazione per il rinnovo dell'accreditamento**

**Dati identificativi della Struttura:**

Denominazione	
Titolare	
Responsabile Clinico	
Ubicazione sede - riferimenti (indirizzo - telefono - e-mail)	

Articolazioni Aree / Dipartimenti / U.O. / altre tipologie di organizzazioni)	sedi (indirizzi)	Codici

Si tratta di <b>struttura autorizzata</b> all'esercizio delle attività di:	È stata <b>accreditata</b> per:	<b>Richiede il rinnovo</b> per:																								
<b>RICOVERO</b> (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto di tutte le strutture comprese) .....	<b>RICOVERO</b> (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto di tutte le strutture comprese; per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia tra quelle previste all'Allegato 3 della DGR n. 327/2004 e alla DGR n. 2000/2009 e il corrispondente numero di posti letto) .....	<b>RICOVERO</b> (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto di tutte le strutture comprese; per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia tra quelle previste all'Allegato 3 della DGR n. 327/2004 e alla DGR n. 2000/2009 e il corrispondente numero di posti letto) .....																								
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE</b> della seguente tipologia <ul style="list-style-type: none"> <li>• presidio di riabilitazione</li> <li>• centro di riabilitazione</li> <li>• centro di diagnostica per immagini</li> <li>• laboratorio di analisi</li> <li>• centro dialisi</li> <li>• altro (specificare .....</li> <li>• poliambulatorio</li> <li>• ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline (vedi allegato M):</li> </ul> <table border="0"> <tr> <td>cod</td> <td>denominazione</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> </table>	cod	denominazione	...	.....	...	.....	...	.....	<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE</b> della seguente tipologia <ul style="list-style-type: none"> <li>• presidio di riabilitazione</li> <li>• centro di riabilitazione</li> <li>• centro di diagnostica per immagini</li> <li>• laboratorio di analisi</li> <li>• centro dialisi</li> <li>• altro (specificare .....</li> <li>• poliambulatorio</li> <li>• ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline (vedi allegato M):</li> </ul> <table border="0"> <tr> <td>cod</td> <td>denominazione</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> </table>	cod	denominazione	...	.....	...	.....	...	.....	<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE</b> della seguente tipologia <ul style="list-style-type: none"> <li>• presidio di riabilitazione</li> <li>• centro di riabilitazione</li> <li>• centro di diagnostica per immagini</li> <li>• laboratorio di analisi</li> <li>• centro dialisi</li> <li>• altro (specificare .....</li> <li>• poliambulatorio</li> <li>• ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline (vedi allegato M):</li> </ul> <table border="0"> <tr> <td>cod</td> <td>denominazione</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> </table>	cod	denominazione	...	.....	...	.....	...	.....
cod	denominazione																									
...	.....																									
...	.....																									
...	.....																									
cod	denominazione																									
...	.....																									
...	.....																									
...	.....																									
cod	denominazione																									
...	.....																									
...	.....																									
...	.....																									
<b>Servizi territoriali della SALUTE MENTALE e DIPENDENZE PATOLOGICHE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro di Salute mentale</li> <li>• SerT</li> <li>• Altro (specificare )</li> </ul>	<b>Servizi territoriali della SALUTE MENTALE e DIPENDENZE PATOLOGICHE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro di Salute mentale</li> <li>• SerT</li> <li>• CNPIA</li> <li>• Altro (specificare)</li> </ul>	<b>Servizi territoriali della SALUTE MENTALE e DIPENDENZE PATOLOGICHE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro di Salute mentale</li> <li>• SerT</li> <li>• CNPIA</li> <li>• Altro (specificare)</li> </ul>																								
<b>ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO</b> (indicare il numero di posti di tutte le strutture comprese): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro diurno psichiatrico</li> <li>• Residenze sanitarie psichiatriche</li> <li>• Comunità pedagogico/terapeutica per tossicodipendenti <ul style="list-style-type: none"> <li>• residenziale</li> <li>• semiresidenziale</li> </ul> </li> <li>• Struttura residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso <ul style="list-style-type: none"> <li>• affette da patologie psichiatriche</li> <li>• per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica</li> <li>• con figli minori (o donne in gravidanza)</li> </ul> </li> <li>• altro (specificare .....</li> </ul>	<b>ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO</b> (indicare il numero di posti di tutte le strutture comprese): <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro diurno psichiatrico</li> <li>• residenze sanitarie psichiatriche <ul style="list-style-type: none"> <li>• a trattamento intensivo</li> <li>• a trattamento protratto</li> <li>• a trattamento socio-riabilitativo</li> </ul> </li> <li>• Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> </ul> </li> <li>• Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> <li>• affette da patologie psichiatriche</li> <li>• con figli minori (o donne in gravidanza)</li> <li>• per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica</li> </ul> </li> <li>• Residenze terapeutiche intensive per minori</li> <li>• Residenze terapeutiche post acuzie per minori</li> <li>• Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori</li> <li>• altro (specificare .....</li> </ul>	<b>ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO</b> (indicare il numero di posti di tutte le strutture comprese) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro diurno psichiatrico</li> <li>• residenze sanitarie psichiatriche <ul style="list-style-type: none"> <li>• a trattamento intensivo</li> <li>• a trattamento protratto</li> <li>• a trattamento socio-riabilitativo</li> </ul> </li> <li>• Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> </ul> </li> <li>• Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> <li>• affette da patologie psichiatriche</li> <li>• con figli minori (o donne in gravidanza)</li> <li>• per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica</li> </ul> </li> <li>• Residenze terapeutiche intensive per minori</li> <li>• Residenze terapeutiche post acuzie per minori</li> <li>• Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori</li> <li>• altro (specificare .....</li> </ul>																								

## Allegato D1 – continua

### Ulteriori informazioni:

Descrizione delle funzioni / specializzazioni / situazioni peculiari possedute
Elenco dei riconoscimenti ricevuti (accreditamenti particolari, certificazioni, ...)

<b>La struttura rispetto al precedente provvedimento di accreditamento ha modificato:</b>	se si descrivere brevemente e allegare la relativa documentazione
la propria mission	
gli obiettivi e le strategie che intende attuare	
gli assetti organizzativi: <ul style="list-style-type: none"><li>- ristrutturazioni che hanno portato alla nascita o cessazione di articolazioni operative o al loro spostamento in strutture fisiche o organizzative diverse da quelle già accreditate - allegare organigramma</li><li>- modificazioni delle relazioni interne e dei ruoli gerarchici (es. tra dipartimento e UO complesse e semplici) – allegare funzionigramma</li><li>- introduzione e/o eliminazione di prestazioni o modalità organizzative nella erogazione dei servizi</li><li>- cambiamento del numero e/o distribuzione dei posti letto</li><li>- altro (specificare)</li></ul>	
le risorse umane possedute (specificare numero, tipo di rapporto/contratto, qualifica professionale, categorie, secondo i consueti riferimenti contrattuali)	
le collocazioni strutturali	
Descrizione della dotazione tecnologica posseduta	

Data .....

Firma .....

## Allegato D2 Scheda di segnalazione di variazioni

(Compilare al bisogno)

Contestualmente alla domanda di rinnovo dell'accreditamento la Struttura dichiara le seguenti variazioni:

<b>CESSAZIONE</b> Ha cessato / intende cessare l'erogazione delle seguenti attività per cui ha ricevuto l'accreditamento:	<b>AMPLIAMENTO</b> Ha ampliato / intende ampliare le attività, nell'ambito di discipline già accreditate, con le seguenti modifiche:	<b>NUOVA ATTIVITÀ</b> Ha inserito / intende inserire le seguenti nuove attività in accreditamento:																		
nell'ambito del RICOVERO (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto variati per le strutture comprese) <table border="1" data-bbox="145 461 576 517"> <thead> <tr> <th>cod HSP 11</th> <th>disciplina</th> <th>n°posti letto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> Per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia tra quelle previste all'Allegato 3 della DGR n. 327/2004 e alla DGR n. 2000/2009 e il corrispondente numero di posti letto	cod HSP 11	disciplina	n°posti letto	...	.....	.....	nell'ambito del RICOVERO (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto variati per le strutture comprese) <table border="1" data-bbox="584 461 1015 517"> <thead> <tr> <th>cod HSP 11</th> <th>disciplina</th> <th>n°posti letto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> Per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia tra quelle previste all'Allegato 3 della DGR n. 327/2004 e alla DGR n. 2000/2009 e il corrispondente numero di posti letto	cod HSP 11	disciplina	n°posti letto	...	.....	.....	nell'ambito del RICOVERO (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto variati per le strutture comprese) <table border="1" data-bbox="1023 461 1455 517"> <thead> <tr> <th>cod HSP 11</th> <th>disciplina</th> <th>n°posti letto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> Per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia tra quelle previste all'Allegato 3 della DGR n. 327/2004 e alla DGR n. 2000/2009 e il corrispondente numero di posti letto	cod HSP 11	disciplina	n°posti letto	...	.....	.....
cod HSP 11	disciplina	n°posti letto																		
...	.....	.....																		
cod HSP 11	disciplina	n°posti letto																		
...	.....	.....																		
cod HSP 11	disciplina	n°posti letto																		
...	.....	.....																		
nell'ambito della SPECIALISTICA AMBULATORIALE indicare le variazioni relative alle seguenti tipologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro di riabilitazione</li> <li>• presidio di riabilitazione</li> <li>• centro di diagnostica per immagini</li> <li>• laboratorio di analisi</li> <li>• centro dialisi</li> <li>• altro (specificare .....</li> <li>• poliambulatorio con • ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline:</li> </ul> <table border="1" data-bbox="145 909 576 1003"> <thead> <tr> <th>cod</th> <th>denominazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	cod	denominazione	...	.....	...	.....	nell'ambito della SPECIALISTICA AMBULATORIALE indicare le variazioni relative alle seguenti tipologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro di riabilitazione</li> <li>• presidio di riabilitazione</li> <li>• centro di diagnostica per immagini</li> <li>• laboratorio di analisi</li> <li>• centro dialisi</li> <li>• altro (specificare .....</li> <li>• poliambulatorio con • ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline:</li> </ul> <table border="1" data-bbox="584 909 1015 1003"> <thead> <tr> <th>cod</th> <th>denominazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	cod	denominazione	...	.....	...	.....	nell'ambito della SPECIALISTICA AMBULATORIALE indicare le variazioni relative alle seguenti tipologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro di riabilitazione</li> <li>• presidio di riabilitazione</li> <li>• centro di diagnostica per immagini</li> <li>• laboratorio di analisi</li> <li>• centro dialisi</li> <li>• altro (specificare .....</li> <li>• poliambulatorio con • ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline:</li> </ul> <table border="1" data-bbox="1023 909 1455 1003"> <thead> <tr> <th>cod</th> <th>denominazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	cod	denominazione	...	.....	...	.....
cod	denominazione																			
...	.....																			
...	.....																			
cod	denominazione																			
...	.....																			
...	.....																			
cod	denominazione																			
...	.....																			
...	.....																			
Servizi territoriali della salute mentale e dipendenze patologiche <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro di Salute mentale</li> <li>• SerT</li> <li>• CNPIA</li> <li>• Altro (specificare )</li> </ul>	Servizi territoriali della salute mentale e dipendenze patologiche <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro di Salute mentale</li> <li>• SerT</li> <li>• CNPIA</li> <li>• Altro (specificare)</li> </ul>	Servizi territoriali della salute mentale e dipendenze patologiche <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro di Salute mentale</li> <li>• SerT</li> <li>• CNPIA</li> <li>• Altro (specificare)</li> </ul>																		
nell'ambito della ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO indicare le variazioni nella tipologia e/o nel n° di posti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro diurno psichiatrico</li> <li>• residenze sanitarie psichiatriche                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a trattamento intensivo</li> <li>• a trattamento protratto</li> <li>• a trattamento socio-riabilitativo</li> </ul> </li> <li>• Strutture di trattamento ambulatoriale per persone dipendenti da sostanze d'abuso</li> <li>• Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> </ul> </li> <li>• Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> <li>• affette da patologie psichiatriche</li> <li>• con figli minori (o donne in gravidanza)</li> <li>• per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica</li> </ul> </li> <li>• Residenze terapeutiche intensive per minori</li> <li>• Residenze terapeutiche post acuzie per minori</li> <li>• Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori</li> <li>• altro (specificare .....</li> </ul>	nell'ambito della ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO indicare le variazioni nella tipologia e/o nel n° di posti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro diurno psichiatrico</li> <li>• residenze sanitarie psichiatriche                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a trattamento intensivo</li> <li>• a trattamento protratto</li> <li>• a trattamento socio-riabilitativo</li> </ul> </li> <li>• Strutture di trattamento ambulatoriale per persone dipendenti da sostanze d'abuso</li> <li>• Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> </ul> </li> <li>• Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> <li>• affette da patologie psichiatriche</li> <li>• con figli minori (o donne in gravidanza)</li> <li>• per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica</li> </ul> </li> <li>• Residenze terapeutiche intensive per minori</li> <li>• Residenze terapeutiche post acuzie per minori</li> <li>• Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori</li> <li>• altro (specificare .....</li> </ul>	nell'ambito della ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO indicare le variazioni nella tipologia e/o nel n° di posti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro diurno psichiatrico</li> <li>• residenze sanitarie psichiatriche                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a trattamento intensivo</li> <li>• a trattamento protratto</li> <li>• a trattamento socio-riabilitativo</li> </ul> </li> <li>• Strutture di trattamento ambulatoriale per persone dipendenti da sostanze d'abuso</li> <li>• Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> </ul> </li> <li>• Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> <li>• affette da patologie psichiatriche</li> <li>• con figli minori (o donne in gravidanza)</li> <li>• per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica</li> </ul> </li> <li>• Residenze terapeutiche intensive per minori</li> <li>• Residenze terapeutiche post acuzie per minori</li> <li>• Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori</li> <li>• altro (specificare .....</li> </ul>																		

Dichiara inoltre che:

- nella documentazione allegata alla domanda di rinnovo sono inserite tutte le informazioni concernenti le variazioni descritte nella presente scheda
- per le variazioni che lo richiedono, ha ricevuto la preventiva autorizzazione, ove previsto (indicare gli estremi dell'autorizzazione ottenuta).

Data .....

Firma .....

### Allegato D3 Scheda dei requisiti applicabili alle attività variare (per strutture di specialistica ambulatoriale)

Denominazione struttura .....

<i>Disciplina</i>	<i>Requisiti Accredimento</i>	<i>Presenti nella struttura</i>
Ambulatorio medico, indipendentemente dalla disciplina	Ambulatorio medico	
Chirurgia generale e discipline chirurgiche, compresa dermatologia	Ambulatorio chirurgico	
Neurologia	Laboratorio potenziali evocati	
Neurologia	Laboratorio di neuropsicologia	
Neurologia	Laboratorio di elettroencefalografia/Poligrafia	
Neurologia	Laboratorio di elettromiografia (EMG)	
Neurologia	Laboratorio di esplorazione funzionale del sistema nervoso vegetativo	
Neurologia	Ambulatorio di neurologia	
Neurologia	Laboratorio di medicina del sonno	
Neurologia	Laboratorio di neurosonologia	
Cardiologia	Attività di Tilt test	
Cardiologia	Attività di ecocardiografia	
Cardiologia	Attività di elettrocardiografia da sforzo	
Cardiologia	Attività di elettrocardiografia dinamica	
Cardiologia	Ambulatorio di cardiologia	
Radiologia	Attività diagnostica: Radiologia Convenzionale	
Radiologia	Attività diagnostica: Ecografia	
Radiologia	Attività diagnostica ambulatoriale RM	
Radiologia	Attività diagnostica ambulatoriale TAC	
Radiologia	Attività di Radiologia Interventistica	
Patologia Clinica (Laboratorio Analisi)	Patologia Clinica (Laboratorio Analisi)	
Punto prelievi		
Ortopedia e Traumatologia	Ambulatorio Ortopedico e Traumatologico	
Ortopedia e Traumatologia	Sala Gessi	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio ostetrico-ginecologico	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio di ecografia ostetrico-ginecologica	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio di fisiopatologia prenatale	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio di colposcopia	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio di isteroscopia diagnostica	
Medicina Fisica e Riabilitazione	Attività ambulatoriale fisiatrica	
Medicina Fisica e Riabilitazione	Presidi ambulatoriali di Med Fisica e Riabilitaz	
Medicina Fisica e Riabilitazione	Centri Ambulatoriali di Riabilitazione	
Genetica Medica	Laboratori di Genetica Medica	
Malattie infettive	Ambulatorio di malattie infettive	
Pneumologia	Ambulatorio di pneumologia	
Pneumologia	Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria	
Endoscopia Digestiva	Struttura di endoscopia diagnostica	
Endoscopia Digestiva	Struttura di endoscopia diagnostico-operativo avanzata	
Geriatrics Ospedaliera per Acuti	Ambulatorio Geriatrico	

Data .....

Firma .....

## Allegato D4 Scheda di descrizione delle variazioni delle attività per le strutture di specialistica ambulatoriale

(Questa scheda verrà utilizzata per selezionare i requisiti specifici applicabili)

Denominazione struttura .....

### Visite

(indicare le discipline, *vedi allegato M*) \_\_\_\_\_

Nel caso vengano effettuate anche prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche collegate alla disciplina specificare nei punti successivi

### Prestazioni di terapia

- altre prestazioni terapeutiche mediche (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)
- altre prestazioni terapeutiche chirurgiche (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)
- odontoiatria (settore<sup>1</sup> .....
- radioterapia
- laserterapia (*ove previsto, specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)
- dialisi specificare se:
  - Centro Dialisi Assistenza Limitata,
  - Centro Dialisi ad Assistenza Continuativa

### Prestazioni di diagnostica strumentale non radiologica

- prestazioni di diagnostica (es. ECG, EEG, ...) (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)

### Prestazioni di diagnostica per immagini

- Radiologia convenzionale
  - Monosettoriale
  - Polisettoriale
- Tomografia Assiale Computerizzata
- Risonanza Magnetica specificare se:
  - Settoriale
  - Total body
- Radiologia interventistica vascolare
- Ecografia (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)
- altre prestazioni di diagnostica per immagini (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)

### Prestazioni di analisi

- punto prelievi
- laboratorio esami, settori di:
  - chimica clinica
  - ematologia
  - immunoematologia
  - altro settore (*specificare*<sup>2</sup> .....
- laboratorio microbiologia
- laboratorio di genetica medica (*specificare* .....

### Prestazioni di diagnostica anatomo-patologica

- anatomia-istologia patologica

### Prestazioni di riabilitazione

- riabilitazione (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)

Data .....

Firma .....

(1) specificare nel caso in cui siano presenti settori particolari (es. settore di ortodonzia)

(2) specificare nel caso in cui siano presenti settori particolari (es. laboratorio settore di allergologia)

## Allegato D5 Modello di dichiarazione sul possesso dei requisiti specifici di accreditamento

Al Direttore generale Sanità e Politiche Sociali  
della Regione Emilia-Romagna  
Viale Aldo Moro, 21  
40127 BOLOGNA BO

Il sottoscritto ..... nato a..... il  
..... C.F. .... in qualità di .....  
(legale rappresentante/titolare) della/o .....  
(ditta/società/Azienda sanitaria/studio professionale), titolare di accreditamento istituzionale per  
.....  
rilasciato in data ..... con provvedimento regionale n. ....

**consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi  
e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445)  
sotto la propria responsabilità**

**dichiara,**

**ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, sotto la sua personale responsabilità, che la struttura**

- “ **ha mantenuto il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi valutati nella precedente visita di verifica**
- “ **si è adeguata e possiede gli eventuali ulteriori requisiti specifici vigenti applicabili.**

Data .....

Il Legale rappresentante/Il titolare

.....

## Allegato E Modello di domanda per variazioni dell'accREDITAMENTO

Le istanze trasmesse dai privati sono soggette all'imposta di bollo, salvo i casi di esenzione previsti dalla legge (DPR 26 ottobre 1972, n. 642)

Da trasmettere per conoscenza alla Azienda USL territorialmente competente (solo la domanda, senza allegati)

### DOMANDA PER VARIAZIONI DELL'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURA SANITARIA

Al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali  
della Regione Emilia-Romagna  
Viale A. Moro 21  
40127 BOLOGNA

Il sottoscritto ..... nato a .....,  
il ....., C.F....., in qualità di ..... (titolare/legale rappresentante)  
della ..... (ditta/società/azienda), con  
sede legale in ..... (Pr....), Via ....., Nr. ....,  
telefono ..... fax ..... e-mail .....

accreditata con provvedimento n. .... rilasciato in data .....

chiede l'accREDITAMENTO per le seguenti variazioni nella struttura accREDITATA:

- Variazioni del soggetto titolare della struttura accREDITATA
- Variazioni del soggetto titolare della struttura accREDITATA e della denominazione della struttura
- Trasferimento della sede erogativa delle prestazioni  
da via ..... nr. ...., città .....
- a via ..... nr. ...., città .....
- Modificazioni strutturali della sede erogativa delle prestazioni
- Variazioni delle attività
  - .. Variazioni delle tipologie di attività e delle discipline esercitate
  - .. Variazioni del volume delle attività (posti letto) per strutture di degenza, residenziali a ciclo continuo e/o diurno

Dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445), sotto la propria responsabilità che le variazioni sopraindicate sono oggetto di autorizzazione/presa d'atto del Comune di ..... n. .... del .....

Dichiara inoltre che la struttura non impiega personale incompatibile (cioè dipendente da strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e/o professionista convenzionato con SSN, ai sensi dell'art. 1, comma 19 L. 662/1996), anche relativamente a funzioni ed attività diverse da quelle oggetto di accREDITAMENTO.

Allega la documentazione richiesta

Il legale rappresentante

Data .....

.....

allegati nr. ....

#### Elenco della documentazione allegata alla domanda

- .. **Copia della Carta di Identità del legale rappresentante** che sottoscrive la domanda e le dichiarazioni

- .. **Autodichiarazione del mantenimento del possesso dei requisiti autorizzativi**, per la parte non interessata da variazione, se l'autorizzazione è stata rilasciata oltre 2 anni prima, vedi allegato F
- .. **Dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti** resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/00 (vedi allegato G)
- .. **Dichiarazione sostitutiva di documentazione antimafia**, ai sensi dell'art. 47 DPR 445/2000 (solo strutture private organizzate con modalità imprenditoriali o società) vedi Allegato H e H1.
- .. **Elenco dei fornitori esterni di prestazioni/servizi rivolti alla persona** di cui si avvale la struttura/organizzazione (o dichiarazione dell'assenza)
- .. **Elenco delle prestazioni esternalizzate rivolte alla persona** con denominazione della Struttura che le effettua (o dichiarazione dell'assenza)
- .. **Scheda sintetica di presentazione della Struttura** (vedi allegati E1 e E2)
- .. breve descrizione delle collocazioni strutturali e **Schematica planimetria** della sede/i della Struttura e /o delle Articolazioni (Aree / Dipartimenti / U.O. / altre tipologie di Organizzazioni) che la compongono o afferenti **se modificata/e rispetto all'atto di accreditamento precedente**
- .. **Autovalutazione sul possesso dei requisiti di accreditamento** [check list requisiti generali della Struttura (43 RG) e requisiti generali di ogni articolazione complessa presente (20 RG)] firmata dal legale rappresentante
- .. **Manuale per l'accreditamento**  
se non posseduto, può essere sostituito dalla documentazione di seguito elencata:
  - o **Atto aziendale** (per le Aziende pubbliche), con particolare riferimento alla struttura oggetto di accreditamento, o **documento istitutivo** (per le Aziende private) da cui si evincano il mandato specifico della Struttura, obiettivi generali e per la qualità (se aggiornato rispetto a precedente atto di accreditamento)
  - o **Documento** da cui si evincano gli **obiettivi a breve** (anno in corso) della Struttura esaminata e la pianificazione del loro raggiungimento
  - o **Piano di inserimento, affiancamento e formazione del personale** (anno in corso) della Struttura/Organizzazione oggetto di verifica
  - o **Carta dei Servizi** e/o sue sezioni inerente la Struttura/Organizzazione oggetto di verifica
  - o **Documento** da cui si evincano i principali **indicatori** utilizzati per la verifica interna dei risultati e dati relativi alla ultima valutazione effettuata
  - o **Elenco delle procedure generali** disponibili e delle procedure applicabili nelle articolazioni organizzative oggetto di verifica di accreditamento
  - o **Elenco delle attrezzature** più significative in dotazione e/o in fase di acquisto

## NOTA BENE

**La presente istanza deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ricevimento, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 DPR n. 445/2000).**

**Copia della documentazione sopra elencata verrà richiesta in formato elettronico, a cura dell'ASSR, per essere messa a disposizione del team che effettuerà la visita di verifica.**

Il Team incaricato della verifica può richiedere e acquisire prima o durante la visita di verifica ulteriore documentazione.

È fatto obbligo alla struttura di fornire tutta la documentazione richiesta. Tale documentazione deve rispondere in maniera veritiera al requisito cui si riferisce e, in caso di non corrispondenza, su tale requisito sarà espresso un giudizio negativo.

Inoltre l'ulteriore documentazione necessaria a dare evidenza ai requisiti applicabili e non allegata alla domanda dovrà essere conservata presso la Struttura richiedente l'accreditamento e dovrà essere disponibile durante la visita di verifica.

## Allegato E1 Scheda sintetica di presentazione della Struttura per l'acquisizione di informazioni e documentazione per variazioni dell'accreditamento

### Dati identificativi della Struttura:

Denominazione	
Titolare	
Responsabile Clinico	
Ubicazione sede - riferimenti (indirizzo - telefono - e-mail)	

Articolazioni Aree / Dipartimenti / U.O. / sedi (indirizzi) altre tipologie di organizzazioni)	Codici

Si tratta di <b>struttura autorizzata</b> all'esercizio delle attività di:	È stata <b>accreditata</b> per:
<b>RICOVERO</b> (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto di tutte le strutture comprese) .....	<b>RICOVERO</b> (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto di tutte le strutture comprese; per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia tra quelle previste all'Allegato 3 della DGR n. 327/2004 e alla DGR n. 2000/2009 e il corrispondente numero di posti letto) .....
<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE</b> della seguente tipologia <ul style="list-style-type: none"> <li>• presidio di riabilitazione</li> <li>• centro di riabilitazione</li> <li>• centro di diagnostica per immagini</li> <li>• laboratorio di analisi</li> <li>• centro dialisi</li> <li>• altro (specificare .....)</li> <li>• poliambulatorio</li> <li>• ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline (vedi allegato M):</li> </ul> cod                      denominazione ...                      ..... ...                      .....	<b>SPECIALISTICA AMBULATORIALE</b> della seguente tipologia <ul style="list-style-type: none"> <li>• presidio di riabilitazione</li> <li>• centro di riabilitazione</li> <li>• centro di diagnostica per immagini</li> <li>• laboratorio di analisi</li> <li>• centro dialisi</li> <li>• altro (specificare .....)</li> <li>• poliambulatorio</li> <li>• ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline (vedi allegato M):</li> </ul> cod                      denominazione ...                      ..... ...                      .....
Servizi territoriali della salute mentale e dipendenze patologiche <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro di Salute mentale</li> <li>• SerT</li> <li>• Altro (specificare )</li> </ul>	Servizi territoriali della salute mentale e dipendenze patologiche <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro di Salute mentale</li> <li>• SerT</li> <li>• CNPIA</li> <li>• Altro (specificare)</li> </ul>
<b>ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO</b> (indicare il numero di posti di tutte le strutture comprese) della seguente tipologia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro diurno psichiatrico</li> <li>• Residenze sanitarie psichiatriche</li> <li>• Comunità pedagogico/terapeutica per tossicodipendenti               <ul style="list-style-type: none"> <li>• residenziale</li> <li>• semiresidenziale</li> </ul> </li> <li>• Struttura residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso               <ul style="list-style-type: none"> <li>• affette da patologie psichiatriche</li> <li>• per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica</li> <li>• con figli minori (o donne in gravidanza)</li> </ul> </li> <li>• altro (specificare .....)</li> </ul>	<b>ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO</b> (indicare il numero di posti di tutte le strutture comprese) della seguente tipologia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro diurno psichiatrico</li> <li>• residenze sanitarie psichiatriche               <ul style="list-style-type: none"> <li>• a trattamento intensivo</li> <li>• a trattamento protratto</li> <li>• a trattamento socio-riabilitativo</li> </ul> </li> <li>• Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso               <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> </ul> </li> <li>• Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso               <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> <li>• affette da patologie psichiatriche</li> <li>• con figli minori (o donne in gravidanza)</li> <li>• per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica</li> </ul> </li> <li>• Residenze terapeutiche intensive per minori</li> <li>• Residenze terapeutiche post acuzie per minori</li> <li>• Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori</li> <li>• altro (specificare .....)</li> </ul>

### Ulteriori informazioni:

Descrizione delle funzioni / specializzazioni / situazioni peculiari possedute
Elenco dei riconoscimenti ricevuti (accreditamenti particolari, certificazioni, ...)
Descrizione delle risorse umane possedute (specificare numero, tipo di rapporto/contratto, qualifica professionale, categorie, secondo i consueti riferimenti contrattuali)
Descrizione della dotazione tecnologica posseduta

Data .....

Firma .....

## Allegato E2 Scheda di segnalazione di variazioni

La Struttura dichiara le seguenti variazioni:

<b>CESSAZIONE</b> Ha cessato / intende cessare l'erogazione delle seguenti attività per cui ha ricevuto l'accreditamento:	<b>AMPLIAMENTO</b> Ha ampliato / intende ampliare le attività, nell'ambito di discipline già accreditate, con le seguenti modifiche:	<b>NUOVA ATTIVITÀ</b> Ha inserito / intende inserire le seguenti nuove attività in accreditamento:																								
nell'ambito del RICOVERO (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto variati per le strutture comprese; per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia tra quelle previste all'Allegato 3 della DGR n. 327/2004 e alla DGR n. 2000/2009 e il corrispondente numero di posti letto) <table border="1" data-bbox="145 555 576 607"> <thead> <tr> <th>cod HSP 11</th> <th>disciplina</th> <th>n° posti letto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	cod HSP 11	disciplina	n° posti letto	...	.....	.....	nell'ambito del RICOVERO (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto variati per le strutture comprese; per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia tra quelle previste all'Allegato 3 della DGR n. 327/2004 e alla DGR n. 2000/2009 e il corrispondente numero di posti letto) <table border="1" data-bbox="584 555 1007 607"> <thead> <tr> <th>cod HSP 11</th> <th>disciplina</th> <th>n° posti letto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	cod HSP 11	disciplina	n° posti letto	...	.....	.....	nell'ambito del RICOVERO (indicare i cod. HSP 11 e il numero di posti letto variati per le strutture comprese; per le strutture psichiatriche con autorizzazione al funzionamento ospedaliero indicare la tipologia tra quelle previste all'Allegato 3 della DGR n. 327/2004 e alla DGR n. 2000/2009 e il corrispondente numero di posti letto) <table border="1" data-bbox="1015 555 1445 607"> <thead> <tr> <th>cod HSP 11</th> <th>disciplina</th> <th>n° posti letto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	cod HSP 11	disciplina	n° posti letto	...	.....	.....						
cod HSP 11	disciplina	n° posti letto																								
...	.....	.....																								
cod HSP 11	disciplina	n° posti letto																								
...	.....	.....																								
cod HSP 11	disciplina	n° posti letto																								
...	.....	.....																								
nell'ambito della SPECIALISTICA AMBULATORIALE indicare le variazioni relative alle seguenti tipologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro di riabilitazione</li> <li>• presidio di riabilitazione</li> <li>• centro di diagnostica per immagini</li> <li>• laboratorio di analisi</li> <li>• centro dialisi</li> <li>• altro (specificare .....</li> <li>• poliambulatorio con • ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline (vedi allegato M):</li> </ul> <table border="1" data-bbox="145 920 576 1037"> <thead> <tr> <th>cod</th> <th>denominazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	cod	denominazione	...	.....	...	.....	...	.....	nell'ambito della SPECIALISTICA AMBULATORIALE indicare le variazioni relative alle seguenti tipologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro di riabilitazione</li> <li>• presidio di riabilitazione</li> <li>• centro di diagnostica per immagini</li> <li>• laboratorio di analisi</li> <li>• centro dialisi</li> <li>• altro (specificare .....</li> <li>• poliambulatorio con • ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline (vedi allegato M):</li> </ul> <table border="1" data-bbox="584 920 1007 1037"> <thead> <tr> <th>cod</th> <th>denominazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	cod	denominazione	...	.....	...	.....	...	.....	nell'ambito della SPECIALISTICA AMBULATORIALE indicare le variazioni relative alle seguenti tipologie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro di riabilitazione</li> <li>• presidio di riabilitazione</li> <li>• centro di diagnostica per immagini</li> <li>• laboratorio di analisi</li> <li>• centro dialisi</li> <li>• altro (specificare .....</li> <li>• poliambulatorio con • ambulatori per visite e altre prestazioni per le seguenti discipline (vedi allegato M):</li> </ul> <table border="1" data-bbox="1015 920 1445 1037"> <thead> <tr> <th>cod</th> <th>denominazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	cod	denominazione	...	.....	...	.....	...	.....
cod	denominazione																									
...	.....																									
...	.....																									
...	.....																									
cod	denominazione																									
...	.....																									
...	.....																									
...	.....																									
cod	denominazione																									
...	.....																									
...	.....																									
...	.....																									
Servizi territoriali della salute mentale e dipendenze patologiche <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro di Salute mentale</li> <li>• SerT</li> <li>• CNPIA</li> <li>• Altro (specificare )</li> </ul>	Servizi territoriali della salute mentale e dipendenze patologiche <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro di Salute mentale</li> <li>• SerT</li> <li>• CNPIA</li> <li>• Altro (specificare )</li> </ul>	Servizi territoriali della salute mentale e dipendenze patologiche <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro di Salute mentale</li> <li>• SerT</li> <li>• CNPIA</li> <li>• Altro (specificare )</li> </ul>																								
nell'ambito della ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO indicare le variazioni nella tipologia e/o nel n° di posti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro diurno psichiatrico</li> <li>• residenze sanitarie psichiatriche                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a trattamento intensivo</li> <li>• a trattamento protratto</li> <li>• a trattamento socio-riabilitativo</li> </ul> </li> <li>• Strutture di trattamento ambulatoriale per persone dipendenti da sostanze d'abuso</li> <li>• Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> </ul> </li> <li>• Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> <li>• affette da patologie psichiatriche</li> <li>• con figli minori (o donne in gravidanza)</li> <li>• per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica</li> </ul> </li> <li>• Residenze terapeutiche intensive per minori</li> <li>• Residenze terapeutiche post acuzie per minori</li> <li>• Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori</li> <li>• altro (specificare .....</li> </ul>	nell'ambito della ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO indicare le variazioni nella tipologia e/o nel n° di posti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro diurno psichiatrico</li> <li>• residenze sanitarie psichiatriche                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a trattamento intensivo</li> <li>• a trattamento protratto</li> <li>• a trattamento socio-riabilitativo</li> </ul> </li> <li>• Strutture di trattamento ambulatoriale per persone dipendenti da sostanze d'abuso</li> <li>• Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> </ul> </li> <li>• Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> <li>• affette da patologie psichiatriche</li> <li>• con figli minori (o donne in gravidanza)</li> <li>• per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica</li> </ul> </li> <li>• Residenze terapeutiche intensive per minori</li> <li>• Residenze terapeutiche post acuzie per minori</li> <li>• Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori</li> <li>• altro (specificare .....</li> </ul>	nell'ambito della ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO indicare le variazioni nella tipologia e/o nel n° di posti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• centro diurno psichiatrico</li> <li>• residenze sanitarie psichiatriche                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a trattamento intensivo</li> <li>• a trattamento protratto</li> <li>• a trattamento socio-riabilitativo</li> </ul> </li> <li>• Strutture di trattamento ambulatoriale per persone dipendenti da sostanze d'abuso</li> <li>• Strutture semiresidenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> </ul> </li> <li>• Strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• a tipologia pedagogico-riabilitativa</li> <li>• a tipologia terapeutico-riabilitativa</li> <li>• affette da patologie psichiatriche</li> <li>• con figli minori (o donne in gravidanza)</li> <li>• per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica</li> </ul> </li> <li>• Residenze terapeutiche intensive per minori</li> <li>• Residenze terapeutiche post acuzie per minori</li> <li>• Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative per minori</li> <li>• altro (specificare .....</li> </ul>																								

Dichiara inoltre che nella documentazione allegata alla domanda sono inserite tutte le informazioni concernenti le variazioni descritte nella presente scheda.

Data .....

Firma .....

## Allegato E3 Scheda dei requisiti applicabili alle attività variare (per strutture di specialistica ambulatoriale)

Denominazione struttura .....

<i>Disciplina</i>	<i>Requisiti Accredimento</i>	<i>Presenti nella struttura</i>
Ambulatorio medico, indipendentemente dalla disciplina	Ambulatorio medico	
Chirurgia generale e discipline chirurgiche, compresa dermatologia	Ambulatorio chirurgico	
Neurologia	Laboratorio potenziali evocati	
Neurologia	Laboratorio di neuropsicologia	
Neurologia	Laboratorio di elettroencefalografia/Poligrafia	
Neurologia	Laboratorio di elettromiografia (EMG)	
Neurologia	Laboratorio di esplorazione funzionale del sistema nervoso vegetativo	
Neurologia	Ambulatorio di neurologia	
Neurologia	Laboratorio di medicina del sonno	
Neurologia	Laboratorio di neurosonologia	
Cardiologia	Attività di Tilt test	
Cardiologia	Attività di ecocardiografia	
Cardiologia	Attività di elettrocardiografia da sforzo	
Cardiologia	Attività di elettrocardiografia dinamica	
Cardiologia	Ambulatorio di cardiologia	
Radiologia	Attività diagnostica: Radiologia Convenzionale	
Radiologia	Attività diagnostica: Ecografia	
Radiologia	Attività diagnostica ambulatoriale RM	
Radiologia	Attività diagnostica ambulatoriale TAC	
Radiologia	Attività di Radiologia Interventistica	
Patologia Clinica (Laboratorio Analisi)	Patologia Clinica (Laboratorio Analisi)	
Punto prelievi		
Ortopedia e Traumatologia	Ambulatorio Ortopedico e Traumatologico	
Ortopedia e Traumatologia	Sala Gessi	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio ostetrico-ginecologico	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio di ecografia ostetrico-ginecologica	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio di fisiopatologia prenatale	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio di colposcopia	
Ostetricia e Ginecologia	Ambulatorio di isteroscopia diagnostica	
Medicina Fisica e Riabilitazione	Attività ambulatoriale fisiatrica	
Medicina Fisica e Riabilitazione	Presidi ambulatoriali di Med Fisica e Riabilitaz	
Medicina Fisica e Riabilitazione	Centri Ambulatoriali di Riabilitazione	
Genetica Medica	Laboratori di Genetica Medica	
Malattie infettive	Ambulatorio di malattie infettive	
Pneumologia	Ambulatorio di pneumologia	
Pneumologia	Laboratorio di Fisi-Patologia Respiratoria	
Endoscopia Digestiva	Struttura di endoscopia diagnostica	
Endoscopia Digestiva	Struttura di endoscopia diagnostico-operativo avanzata	
Geriatrica Ospedaliera per Acuti	Ambulatorio Geriatrico	

Data .....

Firma .....

## Allegato E4 Scheda di descrizione delle variazioni delle attività per le strutture di specialistica ambulatoriale

(Questa scheda verrà utilizzata per selezionare i requisiti specifici applicabili)

Denominazione struttura .....

### Visite

(indicare le discipline *vedi allegato M*) \_\_\_\_\_

Nel caso vengano effettuate anche prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche collegate alla disciplina specificare nei punti successivi

### Prestazioni di terapia

- altre prestazioni terapeutiche mediche (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)
- altre prestazioni terapeutiche chirurgiche (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)
- odontoiatria (settore<sup>1</sup> .....
- radioterapia
- laserterapia (*ove previsto, specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)
- dialisi specificare se:
  - Centro Dialisi Assistenza Limitata,
  - Centro Dialisi ad Assistenza Continuativa

### Prestazioni di diagnostica strumentale non radiologica

- prestazioni di diagnostica (es. ECG, EEG, ...) (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)

### Prestazioni di diagnostica per immagini

- Radiologia convenzionale
  - Monosettoriale
  - Polisettoriale
- Tomografia Assiale Computerizzata
- Risonanza Magnetica specificare se:
  - Settoriale
  - Total body
- Radiologia interventistica vascolare
- Ecografia (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)
- altre prestazioni di diagnostica per immagini (*specificare utilizzando le denominazioni del nomenclatore tariffario*)

### Prestazioni di analisi

- punto prelievi
- laboratorio esami, settori di:
  - chimica clinica
  - ematologia
  - immunoematologia
  - altro settore (*specificare*<sup>2</sup> .....
- laboratorio microbiologia
- genetica medica

### Prestazioni di diagnostica anatomo-patologica

- anatomia-istologia patologica

### Prestazioni di riabilitazione

- riabilitazione (*specificare utilizzando l'elenco delle prestazioni secondo le denominazioni del nomenclatore tariffario*)

Data .....

Firma .....

(1) specificare nel caso si intenda accreditare solo un settore particolare (es. settore di ortodonzia)

(2) specificare nel caso si intenda accreditare solo un settore particolare (es. laboratorio settore di allergologia)

**Allegato F Modello di autocertificazione del mantenimento del possesso dei requisiti autorizzativi**

Al Direttore generale Sanità e Politiche Sociali  
della Regione Emilia-Romagna  
Viale Aldo Moro, 21  
40127 BOLOGNA BO

Il sottoscritto ..... nato a..... il  
..... C.F. .... in qualità di .....  
(legale rappresentante/titolare) della/o .....  
(ditta/società/Azienda sanitaria/studio professionale), autorizzata/o all'esercizio di attività sanitaria nella struttura/nel  
proprio studio professionale, denominata/o ....., ubicata/o in  
..... (indirizzo), con atto n. ....  
rilasciato dal Comune di .....  
titolare di accreditamento istituzionale per ..... rilasciato  
in data ..... con provvedimento regionale n. ....

**consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445) sotto la propria responsabilità**

**dichiara,**

**ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, sotto la sua personale responsabilità, che nulla è modificato rispetto ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi valutati in sede di rilascio dell'autorizzazione all'esercizio sopra citata ed è mantenuto il possesso degli stessi requisiti.**

Data .....

Il Legale rappresentante/Il titolare

.....

**Allegato G Modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi degli artt. 46 e 47  
DPR 445/00**

Il sottoscritto ..... nato a  
....., il ....., C.F....., in qualità  
di ..... (titolare / legale rappresentante) della  
..... (ditta/società/azienda), con sede legale  
in ..... (Pr...), Via ..... Nr .....,  
telefono ..... fax ..... e-mail .....

**consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445) sotto la propria responsabilità**

**dichiara:**

- di non aver riportato condanna definitiva (compresa la sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 CPP) per reati gravi in danno dello Stato o della comunità che incidono sulla moralità professionale e di non aver riportato condanne penali per fatti imputabili all'esercizio di unità d'offerta del sistema sanitario;
- di non essere incorso nella applicazione della pena accessoria della interdizione da una professione o da un'arte e interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- di non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di prevenzione;
- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, o di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
- di assicurare al personale in servizio la piena contribuzione previdenziale ed assicurativa secondo quanto previsto dalle normative vigenti;

Il titolare / legale rappresentante

.....

Data .....

## Allegato H Autocertificazione antimafia – Legale Rappresentante

(solo strutture private organizzate con modalità imprenditoriali o società)

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONE

(art. 47 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il /la Sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... Prov.....  
il ..... residente a .....  
via/piazza ..... n. .... Prov. ....  
Cod. Fisc. ....  
in qualità di legale rappresentante .....  
con sede legale in .....  
via ..... cap ..... prov. ....  
e unità locali in .....  
via ..... cap ..... prov. ....  
via ..... cap ..... prov. ....  
via ..... cap ..... prov. ....

**consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445) sotto la propria responsabilità**

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del DLgs 159/2011.

Data

firma leggibile del dichiarante \*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*

L'autocertificazione antimafia deve essere resa dal legale rappresentante e da ogni amministratore della società.

Il servizio regionale competente effettuerà controlli sulla veridicità delle dichiarazioni, anche a campione, ai sensi dall'art. 71, comma 1 del DPR 445/2000)

**Allegato H1 Autocertificazione antimafia – Amministratore/i**  
(solo strutture private organizzate con modalità imprenditoriali o società)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONE  
(art. 47 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il /la Sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... Prov. ....  
il ..... residente a .....  
via/piazza ..... n. .... Prov. ....  
Cod. Fisc. ....  
in qualità amministratore della società .....  
con sede legale in .....  
via ..... cap ..... prov. ....  
e unità locali in  
via ..... cap ..... prov. ....  
via ..... cap ..... prov. ....  
via ..... cap ..... prov. ....

**consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n° 445) sotto la propria responsabilità**

DICHIARA

che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione previste dall'art. 67 del DLgs 159/2011.

Allega copia fotostatica, non autenticata, del proprio documento di identità.

Luogo e data

firma leggibile del dichiarante \*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*

L'autocertificazione antimafia deve essere resa dal legale rappresentante e da ogni amministratore della società.  
Il servizio regionale competente effettuerà controlli sulla veridicità delle dichiarazioni, anche a campione, ai sensi dall'art. 71, comma 1 del DPR 445/2000)

## Allegato I Modello di domanda per il rilascio dell'accredimento della funzione di Provider ECM

Le istanze trasmesse dai privati sono soggette all'imposta di bollo, salvo i casi di esenzione previsti dalla legge (DPR 26 ottobre 1972, n. 642)

Al Direttore Generale Sanità  
e Politiche Sociali  
della Regione Emilia-Romagna  
Viale A. Moro 21  
40127 BOLOGNA

Il sottoscritto ..... nato a ....., il ....., C.F.  
....., in qualità di ..... (titolare/legale rappresentante,) di  
..... (ragione sociale), con sede legale in .....  
(Pr...), Via ..... Nr. ....,  
telefono ..... fax ..... e-mail.....  
e nelle sedi gestionali site in ..... (Pr...), Via  
..... Nr. ...., telefono ..... fax ..... e-mail  
.....

chiede

il rilascio / rinnovo (selezionare la voce interessata)  
dell'accredimento per la funzione di Provider ECM.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n° 445) sotto la propria responsabilità:

dichiara

ai sensi dell' art. 47 del DPR 445/2000,

- .. di svolgere attività di provider della formazione mediante forme di partenariato con altre organizzazioni in possesso di requisiti necessari al richiedente per essere conforme a quanto richiesto dall'accredimento;
- .. il proprio impegno statutario nel campo della formazione continua in sanità (*solo per i privati*)
- .. che l'attività formativa ECM residenziale è svolta esclusivamente all'interno del territorio della Regione Emilia-Romagna
- .. che l'attività formativa ECM FAD è rivolta esclusivamente ad operatori del territorio regionale
- .. l'assenza di conflitti di interessi nei finanziamenti delle iniziative formative organizzate (assenza di contributi da parte di soggetti con interessi lucrativi o non lucrativi nel campo sanitario, finalizzati alla realizzazione di singoli eventi)
- .. l'assenza di interessi commerciali nell'ambito della Sanità da parte di quanti direttamente interessati all'attività ECM del provider (coniuge, affini e parenti fino al 2° grado)

Allega la documentazione richiesta

Il legale rappresentante

Data .....

.....

La presente istanza deve essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto al ricevimento, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 DPR n. 445/2000).

## Allegato I1 Documento identificativo della funzione di Provider ECM

### Dati identificativi della funzione di Provider ECM:

Denominazione della struttura che svolge la funzione di Provider ECM	
Responsabile della funzione di Provider ECM	
Ubicazione sede - riferimenti (indirizzo - telefono - e-mail)	

Articolazioni (formazione sul lavoro/formazione al lavoro/corsi di laurea/altre tipologie di organizzazioni i)	sedi (indirizzi)

### Ulteriori Informazioni relativa alla funzione di Provider ECM:

Principali servizi erogati e loro descrizione
Descrizione delle funzioni / specializzazioni / situazioni peculiari possedute
Elenco dei riconoscimenti ricevuti (accreditamenti particolari, certificazioni, ...)
Descrizione delle risorse umane possedute (specificare qualifica professionale, categorie, secondo i consueti riferimenti contrattuali, numero, tipo di rapporto/contratto)
Schematico organigramma da cui si evinca la struttura organizzativa interna e i rapporti gerarchici
Funzionigramma da cui si evincano i rapporti che regolano la Struttura al suo interno rispetto ai principali processi erogativi e/o la legano ad altre Organizzazioni afferenti o servizi esterni

Data .....

Firma .....

## **Allegato L Informativa ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/2003**

Tutti i dati personali di cui l'Amministrazione venga in possesso, in occasione di questa procedura, saranno trattati nel rispetto del DLgs 30.6.2003, n. 196.

Il trattamento dei dati personali sarà svolto a scopo istituzionale, nel rispetto della normativa di cui sopra, attraverso strumenti manuali ed informatici, per finalità strettamente connesse al procedimento in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Titolare del trattamento è la Regione Emilia-Romagna.

Responsabile del trattamento è il Responsabile del procedimento come individuato nella comunicazione di avvio del procedimento.

**Allegato M Elenco delle discipline per l'accreditamento della attività di specialistica ambulatoriale**

<b>Codice</b>	<b>Disciplina</b> <i>(denominazione da utilizzare nella domanda di accreditamento)</i>	<b>Denominazioni equivalenti</b>
001	ALLERGOLOGIA	
003	ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	Anatomia ed istologia patologica e tecniche di laboratorio Anatomia ed istologia patologica e analisi cliniche Anatomia patologica e tecniche di laboratorio
005	ANGIOLOGIA	Angiologia e chirurgia vascolare Vasculopatie
006	CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	
007	CARDIOCHIRURGIA	Cardiochirurgia infantile Chirurgia del cuore e dei vasi grossi Chirurgia cardiovascolare Chirurgia cardiaca
008	CARDIOLOGIA	Cardioangiopatie Cardiologia e malattie dei vasi Cardio-reumatologia Malattie cardiovascolari Malattie cardiovascolari e reumatiche Malattie dell'apparato cardiovascolare
009	CHIRURGIA GENERALE	Chirurgia Chirurgia addominale Chirurgia dell'apparato digerente Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva Chirurgia gastroenterologica
010	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	Chirurgia orale
011	CHIRURGIA PEDIATRICA	
012	CHIRURGIA PLASTICA	Chirurgia plastica ricostruttiva
013	CHIRURGIA TORACICA	Chirurgia polmonare Chirurgia toraco polmonare
014	CHIRURGIA VASCOLARE	
018	EMATOLOGIA	Ematologia clinica e di laboratorio Immunoematologia Malattie del sangue Malattie del sangue e del ricambio Malattie del sangue e degli organi emopoietici Patologia del sangue e degli organi emopoietici
019	MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	Diabetologia Diabetologia e malattie della nutrizione Endocrinologia Endocrinologia e malattie del ricambio Endocrinologia e malattie metaboliche Endocrinologia e medicina costituzionale Endocrinologia e patologia costituzionale Fisiologia e scienza dell'alimentazione Malattie del ricambio Malattie endocrine e metaboliche Medicina costituzionale ed endocrinologica Scienza dell'alimentazione Scienza dell'alimentazione dietetica Scienza delle costituzioni ed endocrinologia
020	IMMUNOLOGIA	Immunologia clinica
021	GERIATRIA	Geriatria e gerontologia Gerontologia
024	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	
026	MEDICINA GENERALE	Medicina interna Malattie dell'apparato digerente e del sangue Malattie del rene, del sangue e del ricambio Malattie del tubo digerente, del sangue e del ricambio
029	NEFROLOGIA	Nefrologia medica Nefrologia chirurgica
030	NEUROCHIRURGIA	
032	NEUROLOGIA	Malattie nervose Malattie nervose e mentali Neurofisiopatologia
034	OCULISTICA	Chirurgia oculare Oftalmologia e clinica oculistica

Codice	Disciplina (denominazione da utilizzare nella domanda di accreditamento)	Denominazioni equivalenti
035	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	Odontoiatria Odontoiatria e protesi dentale o dentaria Odontostomatologia Odontostomatologia e protesi dentale Ortodonzia
036	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Chirurgia della mano
037	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Ginecologia Fisiopatologia ostetrica e ginecologica Patologia ostetrica e ginecologica Ostetricia
038	OTORINOLARINGOIATRIA	Audiologia Otorinolaringoiatria e patologia cervico facciale
043	UROLOGIA	Malattie delle vie urinarie Malattie genito-urinarie
052	DERMATOLOGIA	Dermatologia e sifilografia Dermatologia e venereologia Dermatologia pediatrica Dermatosifilopatia e clinica dermosifilopatica Dermatosifilopatia e venereologia Dermosifilopatia Malattie cutanee e veneree Malattie veneree della pelle Dermatologia allergologica e professionale
054	EMODIALISI	
056	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	Chinesiterapia fisioterapica, riabilitazione e ginnastica medica in terapia Chinesiterapia fisioterapica, riabilitazione e ginnastica in ortopedia Fisiochinesiterapia Fisiochinesiterapia e rieducazione neuromotoria Fisiochinesiterapia e rieducazione psicomotoria Fisiochinesiterapia ortopedica Fisioterapia e riabilitazione Medicina fisica e riabilitazione
057	FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	Andrologia Endocrinologia ostetrica e ginecologica Fisiopatologia della riproduzione e sterilità
058	GASTROENTEROLOGIA	Malattie del fegato e del ricambio Malattie dell'apparato digerente Malattie dell'apparato digerente, del ricambio e della nutrizione Malattie dell'apparato digerente e del ricambio
061	MEDICINA NUCLEARE	Medicina nucleare ed oncologica
064	ONCOLOGIA	Oncologia clinica Oncologia generale Oncologia medica
065	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	
066	ONCOEMATOLOGIA	
068	PNEUMOLOGIA	Fisiopatologia e fisiochinesiterapia respiratoria Malattie dell'apparato respiratorio Malattie dell'apparato respiratorio e fisiologia Fisiologia Fisiologia e malattie polmonari
069	RADIOLOGIA	Neuroradiologia Radiologia diagnostica Radiologia medica
070	RADIOTERAPIA	Radiobiologia
071	REUMATOLOGIA	
075	NEURO-RIABILITAZIONE	
077	NEFROLOGIA PEDIATRICA	
078	UROLOGIA PEDIATRICA	
082	ANESTESIA	
100	LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE	
105	GENETICA MEDICA	