



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI

Area Pianificazione e controllo strategico. Verifiche e accreditamenti

Area Pianificazione e controllo strategico. Verifiche e accreditamenti - Ufficio Requisiti Autorizzativi e di accreditamento

Area Cure Primarie

Area Programmazione e Monitoraggio dei Sistemi Sanitari

A tutti gli operatori economici interessati

Oggetto: precisazioni in ordine al contenuto del DCA 283/2017 in materia di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 LEA

Premesso che:

- con DCA 283/2017, recante: Adozione dei "Requisiti di accreditamento per le attività di cure domiciliari ex art. 22 DPCM 12 gennaio 2017", proposta di determinazione delle tariffe, determinazione del percorso di accreditamento e linee guida per la selezione del contraente, individuazione del fabbisogno di assistenza e disposizioni conseguenti, sono state dettate disposizioni volte alla disciplina del percorso di accreditamento per l'assistenza domiciliare;
- limitatamente alle tariffe il provvedimento ha avuto luogo di avvio di procedimento ai sensi dell'art. 7 L. 241/1990, sicché le associazioni di categoria avrebbero potuto presentare osservazioni entro 10 giorni dalla data di pubblicazione del provvedimento (dal 25 agosto 2017);
- sono pervenute le seguenti osservazioni:

Confcooperative Federazione sanità con prot. n. 408758 del 7.8.2017;

Linde Medicale s.r.l. prot. n. 409401 del 7.8.2017

Anaste con protocollo n. 409483 del 7.8.2017;

Sisifo consorzio di cooperative sociali prot. n. 416279 del 10.8.2017;

Cooperativa sociale C.S.S. onlus prot.n. 427032 del 23.8.2017;

Federchimica prot. n. 439993 del 4.9.2017;

- Che le note di cui sopra contengono osservazioni inerenti anche tematiche diverse da quelle tariffarie.

Tutto ciò premesso, allo scopo di fornire le più ampie delucidazioni, si propongono di seguito i quesiti posti, fornendo per ciascuno i relativi chiarimenti.

RISPOSTE AI QUESITI

QUESITO 1

Si chiedono chiarimenti in merito alle fasce di qualificazione, ai criteri per la scelta ed ai livelli di interventi (allegato 2c):

RISPOSTA

Si precisa che ai criteri indicati nell'allegato 2C in argomento verranno attribuiti pesi ponderali che qualificheranno i soggetti accreditati in fasce di intervento correlate alla capacità professionale ed

esperienza rilevate in sede di qualificazione. Ovviamente chi sarà qualificato per la terza fascia (alta complessità ADI) sarà qualificato anche per le prime due.

In merito ai criteri relativi alle tecnologie e alla certificazione ISO per la telemedicina si chiarisce che gli stessi non sono affatto "escludenti" e, quindi, penalizzanti qualora il soggetto accreditato ne sia privo, ma gli stessi concorrono insieme agli altri criteri organizzativi e gestionali ad assegnare un livello prestazionale a seconda del punteggio raggiunto in fase di qualificazione.

Di conseguenza, il possesso di tali requisiti potrebbe contribuire a completare in modo ottimale l'attribuzione della fascia prestazionale e/o a costituire un punteggio minimo di base da sommare al punteggio attribuito per il possesso di requisiti con un peso ponderale maggiore.

L'attribuzione dei pesi/punteggi terrà conto, infatti, di un equilibrio tra criteri organizzativi, gestionali e tecnologici in un'ottica teleologicamente orientata a garantire elevati livelli di qualità oggettivamente posseduti dal soggetto accreditato in funzione del livello di intensità assistenziale del PAI (e per i quali il punteggio attribuito ai criteri tecnologici riveste, peraltro, un peso specifico minimo).

In altri termini, la mancanza di requisiti di qualificazione di basso peso ponderale (come i parametri tecnologici di che trattasi) non inficerà la qualificazione nella fascia più alta di soggetti accreditati che dimostrino di avere requisiti con alto peso ponderale.

QUESITO 2

Si chiedono chiarimenti in merito al criterio di rotazione previsto dalle Linee Guida per la selezione del contraente, ultimo capoverso.

RISPOSTA

In merito a tale aspetto, si chiarisce che non è prevista alcuna sostituzione d'ufficio bensì esclusivamente la possibilità per l'assistito di cambiare soggetto erogatore laddove ne ravvisi la necessità, ovvero al venire meno dei requisiti di accreditamento o di qualificazione nel rispetto sempre e comunque del principio di rotazione tra i soggetti accreditati e qualificati in quella specifica fascia prestazionale.

QUESITO 3

Classificazione pazienti prevista nell'allegato B) e classificazione pazienti prevista nella stima dei fabbisogni (allegato D). Richiedendo: *"se i livelli indicati nell'allegato D corrispondano ai tre livelli indicati nei nuovi LEA ed ai corrispondenti CIA"; [...] di "precisare quale sia la ripartizione dei posti paziente previsti rispetto ai vari sottolivelli previsti nell'allegato B...per individuare la necessità di pianta organica di cui si debbono dotare i soggetti accreditati..."*

RISPOSTA

Per quanto attiene il primo quesito, i livelli indicati nell'allegato D (I, II e III livello) corrispondono ai tre livelli di cui al DPCM 12 gennaio 2017, art. 22 "Cure domiciliari" con Coefficienti di intensità assistenziale rispettivamente pari a 0,14 - 0,30 per il I livello, 0,31 - 0,50 per il II livello, > 0,50 per il III livello.

Per quanto riguarda il secondo quesito, relativo alla ripartizione dei posti paziente previsti rispetto ai vari sottolivelli di cui all'allegato B, che dipende dall'esito della singola valutazione multidimensionale e dal relativo Piano di Assistenza Individuale, e la relazione tra questi sottolivelli e l'assorbimento di risorse, si rappresenta che la dotazione organica indicata nell'allegato A al punto 1.12 – *Requisiti organizzativi*, è parametrata per 1.000 posti ADI standard, e a questa, per quanto attiene le risorse umane, si deve fare riferimento.

QUESITO 4

Stima posti paziente individuata nella tabella presente all'ultima pagina dell'allegato D ed evidenziato che *"la stima dei posti presente nell'allegato D risulta da verificare in quanto appare inferiore anche già rispetto al livello di assistenza attualmente assicurato alla popolazione delle ASL"*.

RISPOSTA

Il "Posto ADI" utilizzato per la stima del fabbisogno equivale ad un posto di assistenza con presa in carico di durata pari a 365 giorni/anno. E' del tutto evidente che 1 posto ADI corrisponderebbe a 1 paziente preso in carico esclusivamente se la durata della presa in carico fosse pari a 365 giorni. Se, ad esempio, i 100 Posti ADI determinati per un dato livello assistenziale sono utilizzati per assistere pazienti con un periodo di presa in carico medio di 60 giorni (per mera comodità di calcolo), in quegli stessi posti potranno essere trattati circa 600 pazienti [precisamente 608 pazienti= 100 posti ADI*365 giorni/60 giorni]. Se per gli stessi 100 posti ADI la durata di presa in carico media fosse di 120 giorni (per mera comodità di calcolo), potrebbero essere trattati circa 300 pazienti, e così via. La stima dei posti ADI ha, quindi, tenuto conto delle durate medie di presa in carico effettivamente realizzate a livello regionale per livello assistenziale. Inoltre, il DCA U00283/2017 prevede espressamente, all'allegato D, che *"Le Aziende sanitarie locali dovranno verificare il quadro del fabbisogno, confermandolo o comunicando eventuali variazioni motivate entro e non oltre 60 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento"*, proprio al fine di correggere eventuali sovra o sottostime nelle singole e specifiche realtà aziendali.

QUESITO 5

Punto 1.8 dell'allegato A al DCA riferito alla sede

RISPOSTA

Il requisito prevede sia la stanza per il direttore medico che una ulteriore per colloquio con i pazienti e/o riunioni d'equipe. Quindi sono richieste due stanze perché necessaria è l'interlocuzione con i familiari dell'utente.

Lo scopo è quello della personalizzazione delle cure e della effettiva presa in carico ed umanizzazione del servizio, la necessità di educazione del caregiver e di promozione della salute, il coinvolgimento dei pazienti, nel percorso di cura. Deve essere assicurato, quindi, un luogo di interfaccia costante e sicuro per gli utenti. La relazione col pubblico è necessaria e doverosa.

QUESITO 6

Si chiede se il requisito da soddisfare sia quella dell'equipe minima o quello indicato in "Figure professionali (parametri per 1000 posti ADI standard)"

RISPOSTA

Il requisito minimo va soddisfatto in sede autorizzativa. Per i proponenti che ritengono, successivamente all'accreditamento, di contrattualizzare con più Aziende è stato individuato il parametro per i 1000 posti adi standard.

In sede di accreditamento, pertanto, il requisito organizzativo verrà parametrato in rapporto ai 1000 posti standard e cristallizzato in ragione del personale effettivamente in carico alla data della verifica in modo da identificare la potenzialità erogatrice del soggetto.

QUESITO 7

Con riferimento al Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT) si chiede di avere informazioni in merito all'effettiva funzionalità dello stesso in quanto dalle informazioni disponibili sul sito della Regione Lazio, il SIAT risulta in fase di realizzazione.

RISPOSTA

Si conferma che il sistema informativo dovrà cooperare ed interfacciarsi con il SIAT (Sistema informativo Assistenza Territoriale)

Per quanto riguarda la funzionalità di SIAT, si conferma che il modulo di assistenza domiciliare (ADI) ivi compresa la funzione di Programmazione ed Erogazione Prestazione, è in esercizio. Inoltre, sono stati rilasciati in esercizio tutti i Web Services per gli Erogatori di Servizi di Assistenza Domiciliare. La descrizione dei Web services utili all'integrazione dei sistemi esterni con il sistema SIAT, per quanto attiene il modulo ADI, sono pubblicati all'indirizzo <https://www.salutelazio.it/siat>. Per qualsiasi altra informazione riferirsi all'indirizzo e-mail assistenza.siat@laziocrea.it

QUESITO 8

Il punto 1.12 prevede la "reperibilità infermieristica del servizio ADI livello III h24 e del medico h24" si chiede di chiarire se la reperibilità sia da intendersi solo telefonica o venga richiesto anche l'accesso del professionista al domicilio del paziente e, in questo caso, con quale tempistica.

RISPOSTA

Si conferma che la reperibilità è sia telefonica che fisica. La tempistica per quella fisica (pazienti di III livello) è relazionata alle effettive esigenze assistenziali.

QUESITO 9

Nell'allegato C al punto 1) si dispone che "tutte le domande saranno oggetto di istruttoria preliminare entro i 30 giorni seguenti e, ove ammissibili, daranno luogo alla richiesta di verifica a cura dell'Azienda territorialmente competente, secondo i Requisiti previsti nell'Allegato A, da completare entro i successivi 60 giorni" mentre al punto 2 "verifica e controllo della presenza di tutti i requisiti e standard previsti nei confronti dei soggetti privati presenti che abbiano sottoscritto la dichiarazione di accettazione del percorso di accreditamento entro 60 giorni dalla pubblicazione del decreto" senza far riferimento ai tempi previsti per l'istruttoria preliminare entro i 30 giorni. Vogliate chiarire.

RISPOSTA

Per chi avesse prodotto istanza di accreditamento le verifiche saranno svolte subito dopo la ricognizione delle domande di accreditamento effettuate alla stregua di quanto previsto dal DCA n.283/2017.

QUESITO 10

Si chiedono precisazioni sul calcolo della capacità di erogazione ai fini tariffari e si richiede esperienza triennale per evitare comportamenti opportunistici. Si chiedono chiarimenti sulla competenza del ritiro e consegna referti.

RISPOSTA

La competenza del personale è requisito richiesto all'intero del punto 1.14 dei requisiti di accreditamento.

Il numero di anni di esperienza (biennale) è utile all'attribuzione del punteggio ai fini della contrattualizzazione, fatta eccezione per il medico coordinatore (quinquennale) e per l'infermiere coordinatore (triennale).

La competenza al ritiro e alla consegna dei referti è del soggetto accreditato e contrattualizzato.

QUESITO 11

Tariffa individuata superiore a quella della RSA R1

RISPOSTA

La tariffa è stata stabilita in relazione alla particolare e ben definita identificazione del paziente e a tutte le tipologie di requisiti qualitativi ulteriori previsti dalla normativa. I requisiti organizzativi prevedono la presenza continuativa 1 a 1 di personale sanitario o sociosanitario, per 4 o 5 ore, per 7 giorni la settimana. Nelle RSA, invece, vengono previsti requisiti organizzativi che soddisfano la copertura H24 non per il singolo utente, bensì per un modulo composto da 10 utenti (RSA intensivo) o 20 (RSA estensivo).

Nella Premessa dell'allegato B, il punto 4) *Assistenza ai pazienti complessi* esplicita che "Gli interventi di sollievo dovranno avere obiettivi specifici ed essere specificatamente sottoposti a rivalutazione periodica da parte UVM Distrettuale". Sarà cura della UVM, pertanto, garantire che le attività di sollievo vengano erogate coerentemente alla reale necessità degli utenti.

QUESITO 12

Distinzione competenza tra ASL, centro ospedaliero di riferimento, fornitore attrezzature ed erogatore servizi assistenziali

RISPOSTA

La Asl è il soggetto che ha la responsabilità e la gestione complessiva del servizio di assistenza domiciliare; si avvale di operatori autorizzati e accreditati con i quali stipula un contratto.

Il centro ospedaliero di riferimento potrebbe essere la struttura che ha curato la dimissione o la struttura che accoglie l'utente in caso di necessità (vanno valutati caso per caso senza predeterminazione).

L'erogatore è il soggetto che deve essere in possesso di tutti i requisiti di autorizzazione e accreditamento, con particolare riferimento alle attrezzature enucleate nel DCA 8/2011 e nel DCA 283/2017.

Non vi sono altri fornitori attrezzature, salvo casi di procedura di gara indetta dalla ASL che nulla hanno in comune con l'erogazione di assistenza domiciliare. Dovranno essere tenute in debita considerazione dalla ASL ipotesi di conflitto di interessi.

QUESITO 13 Inquadramento livelli tariffari T3-T5-T6

RISPOSTA

Il soggetto pubblico è l'unico gestore della *governance* dell'assistenza domiciliare integrata. Nel PAI, definito dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) della Azienda Sanitaria Locale, verrà indicato per iscritto e senza alcuna possibilità di fraintendimento, il numero obbligatorio di accessi previsti.

QUESITO 14

Capovolgimento della normativa nella selezione dei contraenti precedentemente autorizzati, non essendo possibile una verifica dei requisiti all'atto della contrattualizzazione.

RISPOSTA

Tutti i requisiti vanno assicurati in occasione della verifica dei requisiti autorizzativi e di quelli ulteriori di accreditamento, anche quelli inerenti la sede operativa a livello regionale.

Si fa eccezione per la sede operativa da collocare anche presso l'Azienda di riferimento con la quale contrattualizzare il soggetto erogatore. Il contratto, pertanto sarà sottoposto alla condizione risolutiva del mancato possesso della sede operativa in conformità ai requisiti di accreditamento, secondo quanto previsto al punto 1.8 del DCA 283/2017.

In ogni caso la tempistica di presentazione della domanda non può essere un criterio utile ad identificare la qualità dei servizi assistenziali che si mira deve garantire con il DCA 283/2017.

QUESITO 15 Si chiedono chiarimenti in merito alla documentata esperienza biennale nell'adi riferita a n.3 medici per paziente di iii livello complesso

RISPOSTA

Il requisito in argomento non è da parametrare al numero di pazienti previsti bensì alla necessità di documentare un'esperienza già maturata dal soggetto accreditato.

QUESITO 16

allegato a) punto 1.8 "requisiti ulteriori di qualità strutturali"; viene prescritto che: "la sede operativa (se sita nel territorio di competenza di altra ASL) deve essere presente anche nel territorio della ASL nella quale si esercita attività domiciliare..." ed inoltre "il requisito della sede operativa a livello locale di singola ASL deve essere assicurato al momento della contrattualizzazione". Si chiede conferma che il possesso di sede operativa in un territorio regionale diverso dal Lazio, autorizzata, accreditata e contrattualizzata, possa essere considerata utile e sufficiente ai fini della richiesta di accreditamento potendo assicurare ulteriore sede operativa nel territorio della ASL al momento della contrattualizzazione.

RISPOSTA

Si rappresenta che ai sensi della L.R. 4/2003 può presentare istanza di accreditamento il soggetto già autorizzato. Tenuto conto della disciplina concorrente in materia sanitaria ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, le Regioni disciplinano distintamente le single attività sanitarie, motivo per il quale saranno ritenute ammissibili solo le domande presentate dai soggetti espressamente autorizzati nel territorio regionale.

QUESITO 17

Allegato C "percorso di accreditamento istituzionale" punto 1) avvio del percorso stabilisce al punto 1 che : "le strutture autorizzate all'esercizio di ADI che abbiano già presentata domanda di accreditamento sono tenute ad aggiornare l'interesse all'accREDITamento alla luce dei nuovi requisiti eventualmente integrando tutta la documentazione ai fini istruttori..." stabilisce inoltre che "le strutture che intendono formulare nuova istanza allegando dichiarazione alla lettera b) del precedente punto. Ed inoltre la L.R. 3 marzo 2003 n.4 norme in materia di autorizzazione richiamata dal DCA 283 del 25 luglio 2017 all'art. 5 lettera a) Stabilisce che la regione entro 60 giorni rilascia parere di autorizzazione Il DCA 283/17 – allegato C punto 1 lettera a e b) avvio del percorso che stabilisce il termine di 30 giorni (anche per le strutture sembrerebbe non autorizzate) per procedere con la richiesta di accREDITamento. Si chiede dunque conferma, in virtù delle normative sopra esposte ed in virtù dei diversi tempi sopra indicati che possa essere fatta richiesta di accREDITamento anche da soggetti non in possesso di autorizzazione.

RISPOSTA

Non si conferma: il soggetto che richiede l'accreditamento deve essere in possesso di idonea e valida autorizzazione all'esercizio di Attività di assistenza domiciliare integrata rilasciata dalla Regione Lazio.

QUESITO 18

Allegato 2C: linee guida per la selezione del contraente. Si chiede conferma che i parametri organizzativi indicati dal punto a) fino al punto o) non siano parametri che debbano essere posseduti tutti contemporaneamente dal contraente al fine della scelta dello stesso. In caso contrario, si chiede di specificare con quale modalità verranno selezionati i soggetti esecutori e con quale criterio si procederà alla loro scelta.

RISPOSTA

I requisiti richiesti non devono essere posseduti tutti obbligatoriamente. Agli stessi verrà attribuito un peso ponderale per cui, sommando i punteggi ottenuti sulla base dei requisiti posseduti, il soggetto verrà "qualificato" in una fascia prestazionale che individuerà il livello o i livelli di interventi per i quali potrà essere successivamente contrattualizzato da parte delle AA.SS.LL.

QUESITO 19

Quali documenti devono essere allegati all'istanza?

I requisiti di cui all'Allegato A (ALLEGATI) devono essere prodotti in sede di istanza o possono essere autocertificati.

I requisiti ulteriori previsti nell'allegato 2 al fine della classificazione devono essere prodotti in sede di istanza (ALLEGATI)? possono essere prodotti successivamente (entro 120 giorni dalla pubblicazione del decreto di accreditamento) o possono essere autocertificati?

RISPOSTA

All'istanza non va allegato alcun documento e i requisiti di cui all'allegato A devono essere autocertificati. I requisiti ulteriori previsti nell'allegato 2C dovranno essere resi disponibili e prodotti successivamente in fase di verifica.

QUESITO 20

Si chiede di precisare se vi sono limitazioni nella forma giuridica soggettiva da assumere per l'inoltro della richiesta di accreditamento. In particolare si chiede di confermare che la domanda di accreditamento possa essere presentata da una RTI costituita o costituenda.

RISPOSTA

La domanda può essere presentata sia da una RTI costituita purché sia essa autorizzata come soggetto giuridico all'esercizio di attività sanitaria adi.

QUESITO 21

Tutti gli impegni (locali, personale, medici coordinatori, etc.) devono essere assunti solo dopo aver contrattualizzato con la singola ASL?

RISPOSTA

Come già specificato a pag. 5 capoverso 4 decreto ad acta, tutti i requisiti devono essere posseduti al momento dell'accreditamento, fatta eccezione per la sede presso la singola ASL che dovrà essere soddisfatta al momento della contrattualizzazione con la singola ASL.

QUESITO 22

Per un soggetto che esercita ADI in altre regioni si chiede di specificare come e dove verranno effettuate le verifiche del possesso di tutti i requisiti.

RISPOSTA

I requisiti di accreditamento verranno verificati dalla ASL presso la quale insiste la sede operativa autorizzata. Il presupposto ai fini dell'accREDITAMENTO è il titolo autorizzativo rilasciato dalla Regione Lazio alla stregua di requisiti prefissati.

QUESITO 23

Si rileva una contraddizione tra il requisito organizzativo 1.12 (pag. 4 allegato A) "medico coordinatore con esperienza ADI 5 anni documentata" ed il parametro organizzativo di cui alla lettera "d" dell'allegato 2C "documentata esperienza biennale nell'ADI riferita a numero 3 medici per pazienti di terzo livello complesso. Il medesimo requisito (documentata esperienza del medico...) viene utilizzato sia nella fase di accREDITAMENTO che di qualificazione. Si chiede di chiarire.

RISPOSTA

Si precisa che i due requisiti/parametri rivestono natura diversa e sono richiesti, il primo, come parametro organizzativo essenziale in fase di accREDITAMENTO e per il coordinamento, mentre il secondo, ovvero l'esperienza documentata di cui alla lettera "d" dell'allegato 2c, configura un aspetto più tecnico e riguarda la fase di qualificazione di soggetti in grado di erogare prestazioni di alta complessità. Si rinvia ai quesiti 10 e 15.

QUESITO 24

Si chiede di chiarire cosa si intenda per *"sala, per la dotazione dei presidi, attrezzature e dispositivi per valutazione menomazione o disabilità di pertinenza riabilitativa in caso collocata all'interno di strutture dedicate al regime ambulatoriale, semiresidenziale e/o residenziale"*, riportato in all'allegato A Pag. 2 Sezione 1.8 punto 3.

RISPOSTA

Si intende il locale di deposito di attrezzature e materiali destinati ai pazienti.

QUESITO 25

Nell'allegato C Pagina 2 si fa riferimento ad un fac simile "Allegato 1". E' da intendersi l'Allegato 1C? In caso contrario, dove è possibile recuperare tale allegato?

RISPOSTA

Si conferma che l'allegato cui si fa riferimento è da intendersi l'allegato 1c.

QUESITO 26

Nell'allegato C Pagina 2 si riporta *"Le strutture che intendano formulare nuova istanza devono inviarla, completa dei relativi allegati, all'Ufficio Requisiti Autorizzativi e di accREDITAMENTO dell'Area Pianificazione e Controllo Strategico, Verifiche e accREDITAMENTI della Direzione salute e Politiche sociali, esclusivamente a mezzo PEC (autorizzazione-accREDITAMENTO@regione.lazio.legalmail.it) entro 30 (trenta) giorni dalla data di pubblicazione del provvedimento di cui è parte integrante il presente allegato, presentando oltre alla domanda, la dichiarazione di cui alla precedente lettera b) (cfr. Allegato 1). Si chiede di chiarire,*

per le aziende che intendano presentare una nuova istanza, se è disponibile un fac simile di domanda, atteso che l'Allegato 1C sembra dover essere utilizzato esclusivamente da aziende già accreditate, e cosa si intenda per "completa dei relativi allegati" e, di conseguenza, quali allegati vadano predisposti.

RISPOSTA

Non vi è alcun fac simile di domanda, motivo per il quale occorre presentare l'allegato 1C debitamente compilato per quanto di interesse. Non vi sono allegati da predisporre per cui l'espressione "completa dei relativi allegati" è da riferire all'autocertificazione.

QUESITO 27

In caso di richiesta di accreditamento presso differenti ASL della Regione, va compilata una domanda per ogni Asl?

RISPOSTA

E' sufficiente una sola domanda indirizzata alla Regione

QUESITO 28

Il fac simile di domanda riporta come destinatari la ASL e la Regione Lazio. L'invio della domanda (vedi Allegato C pag. 2) va fatta solo esclusivamente a mezzo pec all'indirizzo autorizzazione-accREDITAMENTO@regione.lazio.legalmail.it. Si chiede conferma che non vada inviata anche a mezzo pec alla singola ASL. In caso contrario si chiede di avere gli indirizzi pec a cui inoltrare in copia l'istanza.

RISPOSTA

Si conferma.

QUESITO 29

Nel caso in cui presenti la domanda di accreditamento una ATI (costituita o costituenda), si chiede di chiarire se i requisiti debbano essere posseduti singolarmente da ogni società o cumulativamente dalla ATI.

RISPOSTA

I requisiti di accreditamento devono essere garantiti cumulativamente dal RTI già costituito e autorizzato.

QUESITO 30

In caso si sia carenti di un requisito di accreditamento è possibile avvalersi? Va poi allegata all'istanza il contratto di avvalimento?

RISPOSTA

Trattandosi di materia sanitaria, regolata quanto all'accREDITAMENTO dal D. Lgs. 502/1992 e dalla L.R. 4/2003, l'avvalimento non si applica.

QUESITO 31

Nel caso si richieda l'accREDITAMENTO per più ASL, il direttore sanitario, il medico coordinatore e l'infermiere coordinatore possono essere unici o per ogni ASL devono essere presenti queste figure?

RISPOSTA

Il Direttore sanitario può essere unico, mentre le altre figure vanno parametrize ai 1000 posti standard.

QUESITO 32 Stanza per colloquio

RISPOSTA

Il requisito prevede sia la stanza per il direttore medico ed una ulteriore per colloquio con i pazienti e/o riunioni d'equipe. Quindi sono richieste due stanze perché necessaria è l'interlocuzione con i familiari dell'utente.

Lo scopo è quello della personalizzazione delle cure e della effettiva presa in carico ed umanizzazione del servizio.

Area Pianificazione e Controllo Strategico, Verifiche e Accreditamenti
Il Dirigente ad interim Dott. Donato Cavallo

Ufficio Requisiti Autorizzativi e di Accreditamento
Il Dirigente - dr.ssa Pamela Maddaloni

Area Cure Primarie
Il Dirigente - dr. Valentino Mantini

Area Programmazione e Monitoraggio dei Consumi Sanitari
Il Dirigente - avv. Donato Cavallo

IL DIRETTORE
(Dr. Vincenzo Panella)

