

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico  
*Area Interdipartimentale 5 - Accreditamento Istituzionale*  
*Servizio 1 – Igiene Pubblica*

Prot. n. 98642

Palermo, li 30/12/2014

Alle Aziende Sanitarie Provinciali  
della Regione Siciliana

Ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione  
delle Aziende Sanitarie Provinciali  
della Regione Siciliana

LORO SEDI

e, p.c. All'Assessore alla Salute  
SEDE

**Circolare n. 17/2014**

**Definizione di procedure uniformi per lo svolgimento delle verifiche per l'accreditamento**

Con il Decreto assessoriale 17 giugno 2002, n. 890 e s.m.i. sono stati definiti i requisiti minimi per l'autorizzazione delle strutture che erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali, prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti, prestazioni a ciclo continuativo e/o diurno in fase post-acuta, studi ed ambulatori odontoiatrici, day surgery, nonché i requisiti ulteriori per l'accreditamento. Con successivi provvedimenti sono stati individuati i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento di altre strutture sanitarie e socio sanitarie. Con il Decreto assessoriale 17 aprile 2003, n. 463 sono stati disciplinati i processi per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale delle attività sanitarie e socio sanitarie.

Poiché nell'applicazione della citata normativa nel corso degli anni sono state adottate, talvolta, da parte dei soggetti preposti alla attuazione, procedure e prassi difformi nelle diverse Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) della Regione siciliana con il presente provvedimento vengono

definite le procedure univoche da seguire per tutte le UU.OO. delle ASP impegnate nelle verifiche per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie.

### **1. Riferimenti normativi ed ambiti di competenza**

L'art. 2 del D.A. 463/2003 e la normativa speciale di seguito adottata individuano i soggetti deputati al rilascio delle autorizzazioni sanitarie come di seguito indicato:

- a) il direttore generale delle ASP rilascia le autorizzazioni sanitarie per:
  - a. ambulatori e poliambulatori specialistici (D.A. 463/2003);
  - b. consultori familiari (D.A. 463/2003);
  - c. CTA (D.A. 463/2003);
  - d. SERT (D.A. 463/2003);
  - e. strutture socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (D.A. 463/2003);
  - f. presidi di chirurgia ambulatoriale autonomi e di chirurgia estetica (D.A. 463/2003);
  - g. centri di dialisi privati (D.A. 463/2003);
  - h. Strutture per l'assistenza a persone dipendenti da sostanze d'abuso (DA Famiglia Salute 7/7/2010, n. 1776 e s.m.i.)
  - i. Strutture per l'assistenza domiciliare a persone in fase terminale (DA 8/8/2011, n. 1508 e s.m.i.)
- b) il sindaco rilascia le autorizzazioni sanitarie per gli studi dei liberi professionisti (D.A. 463/2003);
- c) l'Assessorato regionale della sanità rilascia le autorizzazioni sanitarie per:
  - a. strutture ospedaliere pubbliche e private (ivi comprese le Aziende Policlinico, gli IRCCS e le Fondazioni - D.A. 463/2003);
  - b. strutture territoriali pubbliche (D.A. 463/2003);
  - c. day hospital e day surgery autonomi (D.A. 463/2003);
  - d. Strutture che erogano prestazioni di Procreazione medicalmente assistita (PMA – DA 8/7/2013, n. 1319)
  - e. Comunità alloggio per malati di AIDS (DA 22/2/2012)

L'art. 3 e l'art. 4 del DA 463/2003 individuano nell'Assessorato della Salute il soggetto titolare della concessione dell'accreditamento istituzionale e nel Dipartimento di Prevenzione delle singole ASP la struttura alla quale è affidato il compito di accertare il possesso ed il mantenimento

dei requisiti previsti per la concessione dell'autorizzazione sanitaria e dell'accreditamento in cooperazione con il Dipartimento Cure primarie dell'ASP, nei casi richiesti. In particolare i predetti articoli stabiliscono che:

- a) il Servizio Igiene Ambienti di Vita (SIAV) provveda all'accertamento del possesso e del mantenimento dei requisiti per l'autorizzazione sanitaria;
- b) la U.O. Accreditamento Istituzionale provveda all'accertamento del possesso e del mantenimento dei requisiti per l'accreditamento.

Il Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (S.Pre.SAL.), in qualità di organo preposto alla vigilanza in materia di igiene e sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del D.lgs. 81/08, segnalerà eventuali criticità riscontrate presso strutture sanitarie e/o sociosanitarie al SIAV ed alla UO Accreditamento Istituzionale se quanto riscontrato ha rilevanza ai fini del mantenimento dell'autorizzazione sanitaria e/o dell'accreditamento.

Il Dipartimento Cure primarie effettua la verifica di congruità per le strutture di cui all'art. 19, comma 3, della legge n. 67/88.

Le verifiche per l'autorizzazione e per l'accreditamento saranno effettuate con riferimento ai requisiti di cui al DA 890/2002 e ai successivi provvedimenti con i quali sono stati definiti i requisiti riguardanti specifici settori di assistenza sanitaria e socio sanitaria.

## **2. Svolgimento delle verifiche per l'accreditamento**

Le verifiche sul possesso dei requisiti per l'accreditamento saranno svolte dalle UUOO Accreditamento Istituzionale delle ASP su richiesta dell'Area Interdipartimentale 5 del DASOE a seguito di istanza della struttura purché conforme alla normativa vigente.

Le verifiche sul mantenimento dei requisiti per l'accreditamento saranno svolte dalle UUOO Accreditamento Istituzionale delle ASP, su richiesta dell'Area Interdipartimentale 5 del DASOE, per il rinnovo dell'accreditamento con la periodicità definita dalla normativa vigente o in seguito al verificarsi di eventi che possono causare il venire meno del livello qualitativo delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate.

Le istanze saranno presentate dalle strutture interessate utilizzando il modello 1.1 corredato della scheda struttura (Mod. 1.1 bis). La presentazione dell'istanza per il rinnovo dell'accreditamento consente alla struttura di mantenere lo stato di soggetto accreditato sino al completamento della procedura di verifica.

L'UO Accreditamento Istituzionale effettuerà il sopralluogo di verifica, sia in caso di rinnovo che in caso di nuovo accreditamento, entro il termine massimo di 60 giorni dalla richiesta dell'Area interdipartimentale 5 DASOE e trasmetterà la relazione conclusiva entro 20 giorni dall'effettuazione del sopralluogo.

Al fine di uniformare sul territorio della Regione le procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie e rendere più celere ed efficiente la verifica il procedimento di competenza delle Unità Operativa Semplice Accreditamento Istituzionale (UOSAI) delle ASP della Regione si svolgerà con le modalità di seguito descritte.

### **Fase 1**

- Acquisizione (se non già in possesso della UO) della documentazione utile presso le unità operative e/o servizi dell'ASP e delle informazioni propedeutiche all'esecuzione della verifica secondo i modelli allegati:
  - Mod. 2.1
  - Mod. 2.2
- Individuazione del responsabile del procedimento e comunicazione all'interessato dell'avvio della procedura di verifica (Mod 3.1) e trasmissione della check list relativa alla documentazione da visionare al momento dell'apertura della visita (Mod. 3.1 bis).

### **Fase 2**

- Sopralluogo di verifica presso la struttura in presenza del rappresentante legale o suo delegato;
- Nel caso in cui venissero riscontrate situazioni di non conformità/carenze, oltre alla compilazione della documentazione di rito, è prevista la possibilità di poter effettuare rilievi fotografici;
- Alla fine della verifica il rappresentante legale sottoscriverà la scheda d'accesso (Mod. 4.1) in cui sono riportati dati e notizie relative al procedimento amministrativo in corso, che sarà rilasciata in copia. In caso di eventuali dichiarazioni le stesse potranno essere formalizzate anche su carta intestata della struttura e verranno allegate alla documentazione inerente il procedimento amministrativo.

### **Fase 3**

- Valutazione della documentazione acquisita durante il sopralluogo
- Valutazione dei requisiti organizzativi, impiantistici, tecnologici e strutturali, nonché di quelli tecnico-scientifici per i laboratori di analisi
- Nei casi in cui venga riscontrata la conformità ai requisiti di cui al D.A. 890/2002 e ss.mm.ii. e alla normativa specifica di settore, la verifica si ritiene conclusa e la UOSAI comunicherà l'esito della verifica al DASOE per i provvedimenti di competenza utilizzando il Mod. 5.1

- Nel caso in cui dovessero riscontrarsi non conformità (NC), la UOSAI inviterà formalmente il rappresentante legale della struttura ad eliminare le disfunzioni riscontrate entro un congruo termine di norma non superiore a 30 giorni, informando contestualmente l'Area interdipartimentale 5 DASOE.
- Trascorso il termine assegnato per la rimozione della NC, l'UOSAI valuterà la documentazione inoltrata e procederà ad un nuovo accesso ispettivo presso la struttura interessata qualora si rendesse necessario ai fini della conclusione della verifica.
- In caso di persistenza di non conformità che comportano il venir meno dei requisiti di cui al D.A. 890/2002 e ss.mm.ii. e/o alla normativa specifica si settore l'U.O. Accredитamento trasmetterà l'esito della verifica all'Area Interdipartimentale 5 del DASOE utilizzando il Mod. 5.2 per l'avvio del procedimento di sospensione ed eventuale revoca dell'accreditamento ai sensi del comma 2 dell'art. 5 del DA 463/2003 ovvero, nel caso si tratti di nuovo accredитamento, per il rigetto dell'istanza, nonché al SIAV del Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.P. per le valutazioni di competenza ai fini di un eventuale avvio del procedimento di sospensione ed eventuale successiva revoca dell'autorizzazione, qualora le non conformità comportino il venir meno dei requisiti minimi per l'esercizio dell'attività.
- Sulla base della proposta avanzata dalla UOSAI il DASOE avvierà il procedimento di sospensione o revoca dell'accreditamento ovvero, in caso si tratti di nuovo accredитamento, rigetterà l'istanza dandone comunicazione alla struttura interessata, alla UOSAI, alla Direzione generale della ASP territorialmente competente ed al Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato regionale salute.

E' obbligo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali adottare i provvedimenti necessari a garantire l'efficace svolgimento delle attività dei SIAV e delle UU.OO. Accredитamento Istituzionale assicurando la disponibilità delle figure professionali di cui all'art. 4, comma 3, del D.A. 463/2003.

La presente circolare sarà pubblicata sul sito web del Dipartimento.

30 DIC. 2014

Il Dirigente Generale  
Avv. Ignazio Tozzo

Il Dirigente dell'Area I. 5  
Dott. Antonio Colucci

Il Dirigente del Servizio 1  
Dott. Mario Palermo





All' Assessorato Regionale della Salute  
 Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico  
 Area Interdipartimentale 5 "Accreditamento Istituzionale"  
 Via M. Vaccaro 5  
 90145 Palermo

e p.c. Al Direttore Generale  
 Azienda Sanitaria Provinciale di .....

Al Dipartimento di Prevenzione  
 U.O. Accreditamento Istituzionale  
 Azienda Sanitaria Provinciale di .....  
 Via .....  
 .....

Il sottoscritto/a ..... codice fiscale ..... nella qualità di Legale  
 Rappresentate della struttura denominata .....  
 sita in via....., Città .....  
 Cod. Fisc./P.IVA ..... con sede legale in (città) .....  
 Via ..... Cap ..... Tel. .... Fax.....  
 e-mail ordinaria.....  
 PEC .....

ai sensi del D.A. 890/2002 e s. m. i.,

chiede

la verifica del possesso dei requisiti per la struttura di cui alla scheda allegata che costituisce parte integrante della  
 presente domanda (Mod. 2).

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s. m. i. sotto la propria responsabilità e consapevole  
 della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come  
 disposto dal'art. 76 D.P.R. 445/2000 e s. m. i.

Dichiara

che la struttura sopra indicata è in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici ed organizzativi di cui al  
 D.A. 890/2002 e s. m. i. ed alla normativa specifica di settore, ed è adeguata alla normativa vigente .

Si allega fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità

Firma del Legale Rappresentate

**Istanza di verifica per l'Accreditamento Istituzionale**  
**Scheda della struttura**

Azienda Sanitaria Provinciale ..... (indicare l'Azienda competente per territorio)	
Denominazione struttura	
Sede/i operativa/e	
Autorizzazione n. .... rilasciata da .....	Il .....

Istanza per nuovo accreditamento	<input type="checkbox"/>
Istanza per rinnovo dell'accREDITamento con decreto n. .... del .....	<input type="checkbox"/>
GURS n. .... del .....	

TIPOLOGIA ATTIVITÀ		
<b>- Prestazioni specialistiche ambulatoriali extraospedaliere collocate in presidi che non erogano prestazioni di ricovero (punto 2.1 DA 890/2002 e s.m.i.)</b> [allocate al di fuori di strutture di ricovero]		<input type="checkbox"/>
<b>- Prestazioni specialistiche ambulatoriali extraospedaliere collocate in presidi che erogano prestazioni di ricovero (punto 2.1 DA 890/2002 e s.m.i.)</b> [allocate all'internodi strutture di ricovero]		<input type="checkbox"/>
medicina di laboratorio	2.1-a);	<input type="checkbox"/>
radiologia diagnostica	2.1-b);	<input type="checkbox"/>
medicina nucleare	2.1-c);	<input type="checkbox"/>
cardiologia	2.1-d);	<input type="checkbox"/>
endoscopia	2.1-e);	<input type="checkbox"/>
radioterapia	2.1-f);	<input type="checkbox"/>
chirurgia ambulatoriale	2.1-g);	<input type="checkbox"/>
chirurgia plastica ed estetica	2.1-h);	<input type="checkbox"/>
dialisi	2.1-i).	<input type="checkbox"/>
<b>- Prestazioni di base ambulatoriali (punto 2.2 DA 890/2002 e s.m.i.)</b>		
presidio ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale [ex FKT]	2.2-a);	<input type="checkbox"/>
centro ambulatoriale di riabilitazione; [ex art. 26 L. 833/78: solo prestazioni ambulatoriali, domiciliari ed extramurali. Sono <u>escluse</u> prestazioni di internato, centro diurno, centro per gravi, centro occupazionale riabilitativo, centro per pluriminorati non vedenti - eventualmente da inserirsi al punto 4a]	2.2-b);	<input type="checkbox"/>
centro di salute mentale;	2.2-c);	<input type="checkbox"/>
consultorio familiare;	2.2-d);	<input type="checkbox"/>
centro ambulatoriale per il trattamento dei tossicodipendenti.	2.2-e);	<input type="checkbox"/>
<b>- Prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti (punto 3 DA 890/2002 e s.m.i.)</b>		
pronto soccorso ospedaliero	3-a);	<input type="checkbox"/>
rianimazione e terapia intensiva	3-b);	<input type="checkbox"/>

area di degenza	3-c);	<input type="checkbox"/>
day hospital	3-d);	<input type="checkbox"/>
day surgery	3-e);	<input type="checkbox"/>
punto nascita - blocco parto	3-f);	<input type="checkbox"/>
reparto operatorio	3-g);	<input type="checkbox"/>
frigoemoteca	3-h);	<input type="checkbox"/>
anatomia patologica	3-i);	<input type="checkbox"/>
gestione farmaci e materiale sanitario	3-l);	<input type="checkbox"/>
attività di sterilizzazione	3-m);	<input type="checkbox"/>
attività di disinfezione e disinfestazione	3-n);	<input type="checkbox"/>
cucina e dispensa	3-o);	<input type="checkbox"/>
lavanderia e guardaroba	3-p);	<input type="checkbox"/>
servizio mortuario	3-q);	<input type="checkbox"/>

<b>Prestazioni a ciclo continuativo e/o diurno in fase post-acuta (punto 4 DA 890/2002 e s.m.i.)</b>		
presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali; [ex art. 26 L. 833/78: solo internato, centro diurno, centro per gravi, centro occupazionale riabilitativo, centro per pluriminorati non vedenti; Sono escluse prestazioni ambulatoriali, domiciliari ed extramurali - eventualmente da inserirsi al punto 2.2b]	4-a);	<input type="checkbox"/>
presidi di tutela della salute mentale: centro diurno psichiatrico e day hospital psichiatrico	4-b);	<input type="checkbox"/>
presidi di tutela della salute mentale: struttura residenziale psichiatrica (ex CTA)	4-c);	<input type="checkbox"/>
strutture di riabilitazione e strutture educativo-assistenziali per i tossicodipendenti	4-d).	<input type="checkbox"/>
residenze sanitarie assistite (R.S.A.) per i soggetti anziani non autosufficienti e disabili	4-e);	<input type="checkbox"/>
<b>- Studio odontoiatrico (parte 5 DA 890/2002 e s.m.i.)</b>		<input type="checkbox"/>
<b>- Ambulatorio odontoiatrico (parte 6 DA 890/2002 e s.m.i.)</b>		<input type="checkbox"/>
<b>- Day surgery struttura privata (parte 7 DA 890/2002 e s.m.i.)</b>		<input type="checkbox"/>
<b>- PMA</b>		<input type="checkbox"/>
<b>- Altro</b> (denominazione e norma di riferimento)		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Contrattualizzazione ex art. 8-quinquies D.Lgs.502/92 e s. i. e m.		SI	NO
Per N° prestazioni:			
Per N° posti letto:			

Il Rappresentante Legale

.....

CARTA INTESTATA DELLA UO ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Al Direttore SIAV  
Azienda Sanitaria Provinciale  
di \_\_\_\_\_

Al fine di consentire alla scrivente UO di procedere alle verifiche di competenza si chiede di trasmettere copia del provvedimento di Autorizzazione sanitaria in atto vigente relativa alla struttura di seguito indicata.

Denominazione della struttura/specialista .....

Sede legale .....

Sede/i operativa/e.....

.....

Si ringrazia per la collaborazione

Firma

CARTA INTESTATA DELLA UO ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Al Direttore Dipartimento Cure Primarie  
Azienda Sanitaria Provinciale di

---

Al fine di consentire alla scrivente UO di procedere alle verifiche di competenza si chiede di voler informare se la struttura di seguito indicata è stata sottoposta alla verifica di congruità di cui all'art. 19, comma 3, della legge n. 67/88 e con quale esito.

Denominazione della struttura/specialista .....

Sede legale .....

Sede/i operativa/e.....

.....

Si ringrazia per la collaborazione

Firma

CARTA INTESTATA DELLA UO ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

PROT. ....

DATA .....

Al Legale Rappresentante

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Oggetto: Accredimento istituzionale - verifica possesso/permanenza requisiti. Comunicazione di avvio del procedimento

In esito all'istanza presentata il ..... ed alla richiesta formulata dall'Area Interdipartimentale 5 DASOE acquisita al nostro prot. al n. .... del ..... si comunica che il giorno ..... sarà effettuata la visita ispettiva finalizzata alla verifica del possesso dei requisiti per l'accredimento ai sensi dell'art. 4 del D.A. 463/2003, presso il/i presidio/i sotto elencato/i:

Denominazione: .....  
 Sede: Via ..... n. .... Città .....

Denominazione: .....  
 Sede: Via ..... n. .... Città .....

Pertanto, si invita la S.V. a mettere a disposizione del personale che effettuerà la verifica copia della documentazione di cui all'elenco allegato (Mod. 3.1 bis) nonché originale della ricevuta del versamento previsto dal tariffario regionale di cui al D.A. 04/06/2004, (c/c n. .... intestato a ASP ..... - causale: ..... di € .....

Questa U.O. si riserva la facoltà di visionare e/o richiedere ogni altro documento utile all'espletamento dei propri compiti istituzionali.

In occasione delle verifiche è necessaria la presenza di:

- 1- Legale rappresentante o suo delegato;
- 2- Responsabile dell'attività sanitaria;

A conclusione della verifica sarà rilasciata copia della scheda di accesso. Il rapporto di verifica sarà successivamente predisposto ed inoltrato al Dipartimento Attività Sanitarie - Area Interdipartimentale 5 - dell'Assessorato Regionale Salute (D.A. 890/2002 e s.m.i.).

La presente costituisce, ai sensi della LR 10/91 e s.m.i., comunicazione di avvio del procedimento relativo alla pratica di cui all'oggetto.

Responsabile del procedimento è .....

Il rappresentante legale della struttura potrà prendere visione degli atti relativi al presente procedimento presso .....  
 Nei seguenti giorni ..... dalle ore ..... alle ore.....

Il Responsabile della U.O.  
 .....

LOGO ASP	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE U.O.S. Accreditamento Istituzionale (.....inserire indirizzo e mail U.O.....)	riferimento pratica (prot. / anno / fascicolo)  ...../...../.....
----------	---	--

TIPO DI VERIFICA	Possesso requisiti <input type="checkbox"/> Permanenza requisiti <input type="checkbox"/>
Dati relativi all'Azienda sottoposta a verifica	Denominazione ed indirizzo Azienda (ragione sociale, sede legale) .....
	Sede Presidio (sede operativa) .....
	Attività da verificare ..... tipologia individuata secondo la nomenclatura vigente.....
Giorno della verifica .....	

**Check list documentazione da verificare in corso d'ispezione**

<b>REQUISITI GENERALI</b>			
Planimetria scala 1:100 (corredata di relazione tecnica) riportante superfici e destinazione d'uso dei singoli ambienti, datata e vistata dall'ente cui compete la potestà autorizzativa;	SI	NO	NP
Documento programmatico che definisce <i>Politica, obiettivi ed attività</i> (esplicitare gli obiettivi che si intende raggiungere definendo la tipologia ed i volumi delle prestazioni e di servizi che si intende erogare nonché l'organizzazione interna determinando l'organigramma ed i livelli di responsabilità.)	SI	NO	NP
Documento programmatico che definisce la <i>Struttura organizzativa</i> (l'organizzazione e le modalità con le quali si intendono garantire l'assistenza e le prestazioni correlate all'autorizzazione (orari di apertura, modalità di accesso, etc.).	SI	NO	NP
Documento programmatico che definisce la modalità di <i>Gestione delle risorse umane</i> (generalità, le qualifiche ed il ruolo professionale degli operatori della struttura, tenendo presenti i volumi e le tipologie di attività individuate.)	SI	NO	NP
Documento programmatico che definisce la modalità di <i>Gestione delle risorse tecnologiche</i> (inventario delle apparecchiature in dotazione ed un registro di manutenzione ordinaria e straordinaria delle stesse, anche ai fini dei controlli di sicurezza e di qualità)	SI	NO	NP
Documento programmatico che definisce <i>Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee-guida e regolamenti interni</i> (individuazione di condizioni organizzative che facilitino il miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e dei programmi di valutazione e miglioramento delle attività; previsione di un progetto di valutazione e verifica di qualità, favorendo il coinvolgimento di tutto il personale; definizione di manuali, protocolli, procedure, istruzioni di lavoro)	SI	NO	NP
Documento programmatico che definisce la modalità di gestione del <i>Sistema informatico/informativo</i> (sistema di compilazione, conservazione ed archiviazione dei documenti comprovanti l'attività sanitaria svolta)	SI	NO	NP
Carta dei Servizi che descriva tutti i servizi/prestazioni offerte dalle strutture, in cui sono esplicitate le prestazioni eseguite.	SI	NO	NP
Documentazione comprovante l'attività annuale di aggiornamento professionale del personale operante nella struttura	SI	NO	NP
Convenzione con ditta autorizzata al trasporto dei rifiuti speciali e relativo registro carico/scarico	SI	NO	NP

Atto deliberativo di costituzione del C.I.O. (Comitato infezioni Ospedaliere) e Verbali che ne documentino l'attività	SI	NO	NP
Atto deliberativo di costituzione del C.V.V. (Commissione Vigilanza Vitto ) e Verbali che ne documentino l'attività	SI	NO	NP

<b>REQUISITI IMPIANTISTICI</b>			
Planimetria dei locali, firmata dal Legale rappresentante della struttura, nella sua attuale conformazione, con la indicazione della destinazione d'uso di ogni singolo locale attualmente interessato dall'attività sanitaria in essere, ove sia riportata la classe di utilizzo dell'impianto elettrico, relativamente alla rete equipotenziale; (CEI 64.13 ) Sicurezza elettrica e continuità elettrica	SI	NO	NP
Registro delle verifiche periodiche (ai sensi della noma CEI 64-8 sez. 710.62)	SI	NO	NP
Denuncia Impianto di messa a terra - Attestato di verifica periodica (ai sensi del DPR 462/01)	SI	NO	NP
Documento valutazione del rischio esplosioni (ove esista il rischio)	SI	NO	NP
Certificazione riguardante l'adeguamento degli impianti di distribuzione dei gas con relative certificazioni attestanti le conformità dell'impianto alle norme vigenti.	SI	NO	NP
Scheda redatta da ditta qualificata riportante le verifiche effettuate presso le sale operatorie, con riferimento agli impianti ed alle apparecchiature elettromedicali. (controllo elettrobisturi e ventilatori polmonari)	SI	NO	NP
Documento relativo al controllo ed alla manutenzione periodica di impianti (gas medicali, termico, climatizzazione ecc.) e delle attrezzature; (D.M. 37/08)	SI	NO	NP
Documento attestante la verifica delle dispersioni delle apparecchiature elettromedicali;	SI	NO	NP
Registro manutenzione gas medicali;	SI	NO	NP

<b>REQUISITI DI SICUREZZA AI SENSI DEL D.lgs 81/08</b>			
Documento di valutazione dei rischi (D. Lgs. 81/08) La valutazione dei rischi deve essere eventualmente integrata con la valutazione del rischio incendio e con il piano di emergenza , nonché con la valutazione del rischio stress lavoro correlato	SI	NO	NP
Piano di emergenza	SI	NO	NP
Documento di Nomina del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e relativo attestato di formazione	SI	NO	NP
Documento di Nomina del Rappresentante dei Lavoratori per la sicurezza e relativo attestato di formazione	SI	NO	NP
Documento di Nomina degli addetti alla prevenzione incendi e relativi attestati di formazione	SI	NO	NP
Documento di nomina degli addetti al Primo Soccorso e relativi attestati di formazione	SI	NO	NP
Documento di nomina del Medico competente ed attivazione sorveglianza sanitaria	SI	NO	NP
Registro degli infortuni adeguatamente vidimato	SI	NO	NP
Documento che attesti la formazione e l'informazione dei lavoratori su rischi specifici alle loro mansioni	SI	NO	NP

Certificazione dell'esperto qualificato relativa ad ambienti, attrezzature e sistema di controllo di qualità (procedure, istruzioni di lavoro); (Radiologia)	SI	NO	NP
Convenzione con ditta autorizzata al trasporto dei rifiuti speciali e relativo registro di carico/scarico;	SI	NO	NP
Certificazione riguardante l'adeguamento degli impianti ed mantenimento delle condizioni microclimatiche (nei casi in deroga riportati nel Doc. Val. Rischi)	SI	NO	NP
<i>NP: non pertinente</i>			

<b>ALTRI DOCUMENTI DA ESIBIRE</b>			
	SI	NO	NP
	SI	NO	NP
	SI	NO	NP

<b>DOCUMENTI DA PRODURRE IN COPIA</b>			
	SI	NO	NP
	SI	NO	NP
	SI	NO	NP

<b>NOTE</b>

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Legale rappresentate della struttura

Firma del personale della UO Accreditamento  
che ha effettuato la verifica

LOGO ASP	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE U.O.S. Accreditamento Istituzionale (.....inserire indirizzo e mail U.O.....)	riferimento pratica (prot. / anno / fascicolo)  ...../...../.....
----------	---	--

### SCHEDA DI ACCESSO

TIPO DI VERIFICA	Possesso requisiti <input type="checkbox"/> Permanenza requisiti <input type="checkbox"/>
Dati relativi all'Azienda sottoposta a verifica	Denominazione ed indirizzo Azienda (ragione sociale, sede legale) ..... .....
	Sede/i Presidio/i (sede operativa) ..... .....
	Attività da verificare (tipologia individuata secondo la nomenclatura vigente) ..... .....
Giorno della verifica .....	

Giorno	Attività	Funzioni coinvolte durante la verifica	Firma
	Verifica documentazione richiesta	Legale Rappresentante <input type="checkbox"/> Resp. Attività Sanitaria <input type="checkbox"/> Per l' U.O. Accreditamento <input type="checkbox"/>	..... ..... ..... ..... .....
	Verifica requisiti strutturali	Legale Rappresentante <input type="checkbox"/> Resp. Attività Sanitaria <input type="checkbox"/> Per l' U.O. Accreditamento <input type="checkbox"/>	..... ..... ..... ..... .....



## CARTA INTESTATA DELLA UO ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

OGGETTO: Comunicazione esito verifica requisiti per l'accreditamento.

All' Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico  
Area Interdipartimentale 5 "Accreditamento Istituzionale"  
Via M. Vaccaro 5  
90145 Palermo

Con la presente si comunica l'esito del sopralluogo di verifica dei requisiti di cui al D.A. 890/2002 e ss.mm.ii. ed alla normativa di settore:

Denominazione struttura	Sede/i operativa/e (*)	Data del sopralluogo

La struttura denominata \_\_\_\_\_ è risultata CONFORME ai requisiti per l'accreditamento di cui a: *(indicare la normativa applicata)*

- DA 890/2002
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Timbro della U.O. Accreditamento

Firma del Responsabile dell'U.O. Accreditamento

(\*) Elencare tutte le sedi operative (ad es.: punti di accesso di un aggregato di laboratorio di analisi) indicando per ciascuna di esse la data in cui è stato effettuato il sopralluogo .

## CARTA INTESTATA DELLA UO ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

OGGETTO: Comunicazione esito verifica requisiti per l'accreditamento.

All' Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico  
Area Interdipartimentale 5 "Accreditamento Istituzionale"  
Via M. Vaccaro 5  
90145 Palermo

Con la presente si comunica l'esito del sopralluogo di verifica dei requisiti di cui al D.A. 890/2002 e ss.mm.ii. ed alla normativa di settore:

Denominazione struttura	Sede/i operativa/e (*)	Data del sopralluogo

La struttura denominata \_\_\_\_\_ è risultata NON CONFORME ai requisiti per l'accreditamento di cui a: *(indicare la normativa applicata)*

- DA 890/2002
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

con riferimento ai seguenti requisiti e per le motivazioni indicate

Requisiti per i quali la struttura è risultata non conforme	Norma di riferimento	Motivazione

Per quanto sopra di propone *(cancellare le dizioni che non interessano)*

- la sospensione dell'accreditamento
- la revoca dell'accreditamento
- il rigetto dell'istanza di accreditamento

Timbro della U.O. Accreditamento

Firma del Responsabile dell'U.O. Accreditamento

