

Deliberazione della Giunta Regionale 11 dicembre 2012, n. 22-5036

**D. Lgs 30.12.1992, n. 502 s.m.i. e L.R. 8.01.2004, n. 1. Approvazione requisiti e procedure per l'accreditamento di strutture con Nuclei per Stati vegetativi/ Stati di Minima Coscienza e Nuclei di Alta Complessita' Neurologica.**

*La presente deliberazione è stata pubblicata sul Bollettino Ufficiale n. 51 del 20 dicembre 2012 priva dell'allegato. Si ripubblica qui di seguito la medesima comprensiva dell'allegato A (ndr).*

A relazione dell'Assessore Monferino:

In ambito sanitario l'accreditamento è stato previsto dal Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502, che introduce norme volte al superamento del regime delle convenzioni sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, di contenimento della spesa, di responsabilizzazione del personale, secondo principi di qualità ed economicità, che consentano forme di assistenza differenziata per tipologia di prestazioni, al fine di assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta.

Il Decreto Legislativo 07 dicembre 1993 n. 517 modifica il sopra richiamato D.Lvo 502/1992, introducendo per la prima volta in ambito normativo il concetto di accreditamento quale criterio su cui devono essere fondati i nuovi rapporti, insieme alle modalità di pagamento a prestazione e all'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate.

L'atto di indirizzo e coordinamento, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica il 14 gennaio 1997, definisce i requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e chiarisce come i requisiti necessari per l'accreditamento siano ulteriori rispetto ai minimi previsti dal D.lgs n. 502/92, indicando la Regione come soggetto previsto a elaborarli sulla linea dei criteri generali contenuti nell'atto medesimo.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 attribuisce all'accreditamento la funzione di regolazione dell'offerta e ne fa uno strumento per individuare e selezionare i soggetti erogatori dei servizi, sulla base di accordi dove stabilire natura, quantità e qualità dei servizi da garantire ai cittadini, specificando che:

- l'accreditamento si applica, allo stesso titolo, alle strutture sanitarie pubbliche e private;
- i requisiti funzionali dell'attuazione dell'istituto dell'accreditamento sono diversi e ulteriori rispetto ai requisiti minimi autorizzativi, definiti dal D.P.R. del 14 gennaio 1997;
- il compito di definire i criteri per l'accreditamento e di conferire lo stato di struttura accreditata compete alle singole Regioni e Province autonome.

Il Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 perfeziona, con l'art. 8 e relativi commi, questa impostazione distinguendo tra autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione al funzionamento, accreditamento e accordi contrattuali.

All'articolo 8-bis, comma 3, si precisa inoltre che le disposizioni in tema di autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali valgono anche per le strutture e le attività socio-sanitarie.

L'art 8-ter, comma 3, del D.Lvo n. 502 del 30 dicembre 1992 s.m.i., così come modificato dal D.lgs n. 299 del 16 giugno 2009, prevede per la realizzazione e l'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie, che il Comune dove insisterà la struttura, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni, acquisisca la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione. Pertanto, la Regione Piemonte con D.G.R. n. 32-29522 del 1 marzo 2000 e D.G.R. 46-528 del 4 agosto 2010 s.m.i. ha provveduto, ai sensi dell'art. 8/ter del D.Lvo 502/1992 e s.m.i., a stabilire modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie.

Il primo livello previsto da tale Decreto è il regime di "autorizzazione alla realizzazione", definito sulla base del fabbisogno complessivo, rilevato in sede di programmazione regionale, e della localizzazione delle strutture esistenti su scala regionale e locale, in modo tale di favorire l'accessibilità ai servizi nei diversi ambiti territoriali. Il secondo livello è il regime di autorizzazione al funzionamento, definito sulla base del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti dalla norma di riferimento regionale.

L'articolo 8-quater definisce l'accreditamento istituzionale come misura ulteriore rispetto all'autorizzazione al funzionamento, in quanto vengono considerati aspetti di natura funzionale e qualitativa, nell'ambito della attività della struttura che eroga il servizio.

L'articolo 8-quinquies precisa che la qualificazione di soggetto accreditato non costituisce titolo per le Aziende Sanitarie per corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, se non in quanto le stesse siano definite con accordo contrattuale.

Con l'articolo 1, comma 796, lettera s), della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria 2007), a decorrere dal 1° gennaio 2008, sono cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'art. 8-quater del D.lgs 502/1992 e s.m.i.. Inoltre, poiché l'art. 1, comma 796, lettera t), della predetta Legge n. 296/2006, stabilisce che le Regioni sono tenute ad adottare il provvedimento finalizzato a garantire che, a partire dal 1° gennaio 2010, cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del D.Lgs 502/1992 e s.m.i., occorre adottare il provvedimento disciplinante le procedure di accreditamento definitivo delle strutture socio-sanitarie.

Con il comma 35 dell'art 2 del Decreto legge n. 225 del 29 dicembre 2010 è stato prorogato il termine dei provvisori accreditamenti al 31 dicembre 2012.

L'art. 29 della L.R. n. 1/2004 stabilisce che l'accreditamento costituisce titolo necessario per l'instaurazione di accordi contrattuali con il sistema pubblico e presuppone il possesso di ulteriori specifici requisiti di qualità rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione ed affida alla Giunta Regionale il compito di definire le procedure del processo di accreditamento, da coordinarsi con i meccanismi previsti per l'accreditamento delle strutture sanitarie. In ordine agli ulteriori requisiti richiesti, il precitato art. 29 precisa che gli stessi devono svilupparsi sulla base dei seguenti criteri:

- a) adozione della carta dei servizi e di strumenti di comunicazione e trasparenza;
- b) localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio;

- c) eliminazione di barriere architettoniche;
- d) qualificazione del personale;
- e) coordinamento con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio;
- f) adozione di programmi e di progetti assistenziali individualizzati, calibrati sulla necessità delle singole persone;
- g) adozione di strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati.

Con la D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010 “Istituzione del percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome” vengono ridefiniti i requisiti organizzativi e strutturali del Nucleo Stati Vegetativi (NSV) e del Nucleo di Alta Complessità Neurologica cronica (NAC).

La suddetta deliberazione rimandava ad un successivo atto deliberativo per l’approvazione dei requisiti per l’accreditamento relativo alle strutture aventi Nuclei NSV e NAC con le relative disposizioni.

Si rende, pertanto, necessario sulla base della normativa vigente sopra richiamata, definire - come da Allegato A) del presente provvedimento – gli standard di qualità ulteriori rispetto a quelli individuati per l’autorizzazione al funzionamento, di cui alla D.G.R. n. 62-13647/2010, confermando la tariffa prevista nella medesima deliberazione.

Le strutture pubbliche e private in possesso di autorizzazione al funzionamento di Nuclei NSV/NAC in base alla D.G.R. n. 62-13647/2010 accedono alle procedure di accreditamento con il sistema pubblico mediante presentazione di apposita istanza alla Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente, utilizzando esclusivamente il Modulo di richiesta di accreditamento, che sarà oggetto di determinazione dirigenziale del Settore Pianificazione e Assetto istituzionale del SSR della Direzione Sanità.

Inoltre, gli NSV/NAC presenti in Case di Cura devono ottemperare, come gli NSV/NAC presenti nelle strutture socio-sanitarie, a quanto disposto dalla D.G.R. n. 69-483 del 2 agosto 2010 “Modifiche ed integrazioni della D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008, della D.G.R.n. 41- 5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. n. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. n. 44-12758 del 17 dicembre 2009” per l’invio dei dati alla banca dati ministeriale istituita dal DM 17 dicembre 2008 “Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali” (FAR).

Il provvedimento di accreditamento delle strutture con NSV/NAC è rilasciato dall’Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente nel termine di 60 giorni dal ricevimento dell’istanza previa verifica dei requisiti e delle dichiarazioni rilasciate dal Legale Rappresentante della struttura richiedente.

L’Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente deve provvedere, almeno una volta all’anno, alla verifica e all’accertamento del possesso e del mantenimento dei requisiti di accreditamento dei Nuclei oggetto della presente deliberazione.

Le strutture attualmente autorizzate al funzionamento ai sensi D.G.R. n. 62-13647/2010 per Nuclei NSV e/o NAC ai sensi dell'art. 29 della L.R. 1/2004 devono presentare all'ASL di competenza istanza di accreditamento secondo le modalità e le procedure previste dal presente provvedimento entro il 31 dicembre 2012.

La Giunta Regionale;

sentita la relazione che precede, con voto unanime reso in forma palese,

*delibera*

di approvare, per le motivazioni espresse in premessa,

- i requisiti e le procedure per l'accreditamento delle strutture autorizzate per Nuclei di Stato Vegetativo e Stati di Minima Coscienza (NSV) e i Nuclei di Alta Complessità Neurologica Cronica (NAC) autorizzati ai sensi della D.G.R. n. 62-13647/2010, secondo quanto definito nell'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, demandando al Dirigente del Settore competente della Direzione Sanità l'adozione della relativa modulistica;

di stabilire che:

- il provvedimento di accreditamento delle strutture con NSV/NAC è rilasciato dall'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente nel termine di 60 giorni dal ricevimento dell'istanza previa verifica dei requisiti e delle dichiarazioni rilasciate dal Legale Rappresentante della struttura richiedente;
- l'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente deve provvedere, almeno una volta all'anno, alla verifica e all'accertamento del possesso e del mantenimento dei requisiti di accreditamento dei Nuclei oggetto della presente deliberazione;
- le strutture attualmente autorizzate al funzionamento ai sensi D.G.R. n. 62-13647/2010 per Nuclei NSV e/o NAC ai sensi dell'art. 29 della L.R. 1/2004 devono presentare all'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente istanza di accreditamento secondo le modalità e le procedure previste dal presente provvedimento entro il 31 dicembre 2012.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

## **Allegato A**

### **Requisiti per l'accreditamento per strutture con Nucleo Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza (NSV) e/o Nuclei di Alta Complessità Neurologica (NAC)**

Per essere accreditate, oltre al possesso dell'autorizzazione al funzionamento ai sensi della D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010, i Nuclei per persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza, nonché i Nuclei di Alta Complessità Neurologica devono:

- 1) possedere la “Carta dei Servizi” e strumenti di comunicazione e trasparenza, i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'Allegato C) della D.G.R. n. 25 – 12129 del 14 settembre 2009;**
- 2) avere localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio;**
- 3) Rispondere ai requisiti previsti dalla vigente normativa in ordine alla eliminazione delle barriere architettoniche;**
- 4) Possedere un sistema di “qualificazione del personale” pianificato sui bisogni formativi del personale in funzione degli obiettivi del servizio:**

La programmazione formativa deve essere documentata. I percorsi formativi, sia individuali sia di gruppo, devono riguardare tutte le figure professionali e fornire agli operatori conoscenze teoriche e tecniche utili sia a comprendere la globalità del servizio in relazione alla tipologia delle persone assistite sia a organizzare i vari percorsi delle prestazioni da erogare in funzione dei bisogni specifici. Ogni struttura è tenuta a redigere, entro il mese di gennaio di ogni anno un programma annuale di formazione/aggiornamento e supervisione del personale indicando:

- 1) argomento, personale coinvolto, durata e numero dei moduli per consentire la più ampia partecipazione degli interessati, tenendo anche conto dei requisiti specifici richiesti per ogni singola area funzionale;
- 2) le risorse finanziarie disponibili per sostenere il piano formativo. Le strutture dovranno possedere idonea documentazione atta a dimostrare lo svolgimento di momenti formativi e di aggiornamento del personale ed il livello di partecipazione, a decorrere dall'inizio del quarto anno di accreditamento, mentre dall'inizio del secondo e del terzo anno la documentazione dovrà essere relativa agli anni precedenti. In ogni caso la programmazione formativa dovrà essere relativa agli anni precedenti e non potrà essere inferiore a quella prevista dai singoli C.C.N.L. applicati nei confronti del personale che opera nella struttura.
- 3) Ogni struttura con NSV o NAC deve organizzare un evento formativo all'anno in collaborazione con almeno altre due strutture aventi anch'esse NSV o NAC o con una Unità Stati Vegetativi.

## **5) Coordinamento con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio:**

Possedere un progetto quadro condiviso e sottoscritto con servizi sanitari del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le Istituzioni. Partecipano alla definizione di progetto quadro i seguenti soggetti:

- Unità Multidimensionali di Valutazione Disabilità o Unità di Valutazione Geriatrica per la revisione del Piano Assistenziale Individuale (PAI),
- Attività riabilitative e protesiche,
- Medicina specialistica in struttura,
- Residenzialità temporanea.

Qualora la struttura preveda la presenza di volontari ne dovrà curare l'inserimento nelle attività, anche mediante adeguati interventi di tutoraggio e formazione, ed il loro coinvolgimento deve configurarsi come complementare e non sostitutivo delle attività assistenziali. Le modalità di presenza del volontariato nelle strutture devono essere definite nell'ambito di convenzioni tra soggetti gestori ed i rappresentanti delle organizzazioni e/o associazioni secondo modalità di legge.

## **6) Adottare Piani Assistenziali Individuali (PAI);**

## **7) Adottare strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati:**

Le strutture devono:

- redigere e depositare con cadenza triennale un "Progetto di Gestione del Servizio" i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'Allegato C) della D.G.R. n. 25 – 12129 del 14 settembre 2009;
- definire strumenti e procedure di rilevamento della qualità percepita e redigere un report annuale di valutazione dei risultati raggiunti nei confronti di ogni ospite, della famiglia (laddove possibile) e dei committenti;

## **8) Possedere i seguenti ulteriori requisiti gestionali ed organizzativi:**

- a) programma delle attività di supporto psicologico a favore del personale e delle loro famiglie da attivare nell'ambito del minutaggio dello psicologo, così come definito dalla D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010;
- b) protocollo di una corretta gestione dei farmaci;
- c) protocollo di una corretta gestione della ventiloterapia e della tracheostomia;
- d) protocollo di una corretta gestione della nutrizione enterale e parenterale;
- e) protocollo di una corretta gestione delle lesioni da pressione;
- f) protocollo di una corretta gestione della biancheria sporca e pulita e modalità di lavaggio;
- g) protocollo per la prevenzione e cura della scabbia;
- h) protocollo per la prevenzione infezioni e parassitosi;
- i) protocollo per la pulizia e la sanificazione ambientale;
- j) protocollo per lo smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti nel Nucleo;
- k) Corso BLSD base.