

**Indagine sullo stato di implementazione del percorso di
accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie private
(ai sensi dell'art. 1, comma 796, legge n. 296/2006 e s.m.i.)
seconda indagine**

30 luglio 2010

Sommario

Premessa.....	3
Le indicazioni nazionali (2006-2010).....	4
Descrizione dell'indagine.....	8
Risultati	9
Considerazioni finali	24
Allegato 1 - Scheda di rilevazione	26

Premessa

Nel corso del 2009 l'Agenas, su mandato del Ministero della Salute e del Tavolo tecnico degli Assessori, ha condotto una prima indagine diretta a rilevare lo stato di implementazione del percorso di accreditamento delle strutture private.

La necessità di analizzare il fenomeno muoveva dall'esigenza di monitorare i processi evolutivi in previsione della scadenza del termine fissato (1° gennaio 2010), dall'articolo 1, comma 796, lett. t) della legge n. 296/2006 (Legge Finanziaria 2007), per il passaggio all'accreditamento istituzionale definitivo.

I risultati di questa prima indagine hanno evidenziato una disomogenea evoluzione dei percorsi e rilevato la difficoltà, per gran parte delle Regioni/P.A., di rispettare la scadenza fissata dalla Legge Finanziaria 2007. Le ragioni della ritardata attuazione variano nei differenti contesti regionali, tuttavia, è possibile affermare che una criticità ricorrente è rappresentata dalla difficoltà di determinare i fabbisogni di salute, sia per la carenza di metodologie scientificamente validate nelle diverse aree di intervento, sia per i processi di riorganizzazione del sistema in atto. Altro elemento emerso dall'indagine è il maggior ritardo registrato dalle strutture sociosanitarie, dovuto in alcuni casi, alla scelta di attribuire la gestione di queste strutture, anche per gli aspetti dell'autorizzazione e dell'accreditamento, alla competenza del settore Sociale, con indicazione di procedure e tempi di attuazione differenti rispetto a quelli previsti dalla richiamata Legge Finanziaria.

Tenendo conto delle suddette criticità la maggioranza delle Regioni ha richiesto una dilazione della scadenza prevista.

La Legge Finanziaria 2010 (Legge n. 191/2009), accogliendo la richiesta avanzata dalle Regioni, ha prorogato al 1° gennaio 2011 il termine fissato per il passaggio all'accreditamento istituzionale definitivo, modificando l'originaria disposizione contenuta nell'articolo 1, comma 796, lett. t) della Legge n. 296/2006.

Il rinnovato termine ha concesso, pertanto, alle Regioni/P.A. un ulteriore anno per il completamento dei percorsi delle strutture private provvisoriamente accreditate di cui all'articolo 8-quater, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Al fine di monitorare il progressivo superamento dell'accreditamento provvisorio e il grado di avvicinamento all'obiettivo dell'accreditamento definitivo, il Ministero della Salute, in accordo con la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, ha incaricato l'Agenas di realizzare una seconda indagine.

La presente relazione riporta:

- una sintetica descrizione dei dispositivi nazionali che hanno normato la materia negli ultimi cinque anni;
- la metodologia utilizzata per l'implementazione dell'indagine;
- la rappresentazione in forma aggregata dei dati forniti dalle Regioni/P.A.;
- le riflessioni conclusive.

La relazione è completata da un allegato contenente la scheda di rilevazione utilizzata.

Le indicazioni nazionali (2006-2010)

Protocollo di Intesa stipulato tra Stato e Regioni il 28 settembre 2006 per un Patto nazionale per la salute

Il Protocollo d'Intesa Stato-Regioni del 28 settembre 2006 inquadra le norme per il passaggio dall'accreditamento provvisorio a quello definitivo nell'ambito di un più ampio processo di ridefinizione dei rapporti tra pubblico e privato in ambito sanitario:

"4.9 - Per assicurare che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, con Intesa Stato-Regioni da stipularsi, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131, entro il 31 dicembre 2006, vengono definiti indirizzi per l'applicazione dei principi e norme fondamentali desumibili dalla vigente legislazione nazionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, di controllo dei volumi e della spesa. Con l'Intesa, per le medesime finalità:

- si promuoveranno le opportune iniziative per supportare normativamente, per gli aspetti di normazione di principio eventualmente carenti, le politiche regionali in questo settore;
- si promuoveranno iniziative per l'eventuale messa a punto della metodologia di remunerazione così come normati dal decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

Coerentemente con queste esigenze, già si conviene..." il passaggio dall'accreditamento transitorio (ex L. 724/94) e provvisorio (ex art.8-quater, comma 7, D.Lgs.229/99) all'accreditamento definitivo, nei termini poi ripresi dall'art. 1, comma 796, lettere s-u della legge finanziaria 2007.

Lo stesso Protocollo d'intesa prevede l'adozione di un Programma nazionale per la promozione della qualità dei servizi:

"4.10 - In materia di promozione della qualità, il Governo e le Regioni si impegnano a promuovere le opportune iniziative per favorire la piena applicazione di quanto previsto nel decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni nonché dal Piano sanitario nazionale 2006-2008.

A tal fine si conviene di pervenire entro il 31 dicembre 2006 all'approvazione, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, di un Programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel Servizio sanitario nazionale. Il Programma nazionale prevederà l'attuazione di forme costanti e strutturate del gradimento dei servizi da parte dei cittadini/utenti/pazienti."

Legge 27 dicembre 2006 n. 296 (Legge Finanziaria 2007), art. 1, comma 796.

La Legge 27 dicembre 2006 n. 296 (Finanziaria 2007), all'**articolo 1, comma 796**, definisce una serie di disposizioni per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, in attuazione del Protocollo di Intesa tra Stato e Regioni del 28 settembre 2006 per un Patto nazionale per la salute.

Tra queste disposizioni alcune riguardano il sistema dell'accreditamento istituzionale ed in particolare:

- **lettera n):** Eleva dagli attuali 17 a 20 miliardi di euro l'importo del programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 della legge n.67 del 1988 e definisce alcune priorità per il riparto della quota di finanziamento aggiuntiva, tra le quali la messa a norma delle strutture pubbliche ai sensi del DPR 14 gennaio 1997.
- **lettera o):** la disposizione riguarda le prestazioni ambulatoriali ed in particolare la previsione di uno sconto pari al 2% degli importi indicati dal DM 22 luglio 1996, per le prestazioni di diagnostica di laboratorio.

In collegamento a questo *"le Regioni provvedono entro il 28 febbraio 2007 ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate"*.

In attuazione di questa norma le Regioni dovranno definire in tempi rapidissimi (scadenza: 28/02/2007) standard organizzativi e di personale per i laboratori e le strutture specialistiche in modo da migliorare l'efficienza delle strutture e promuovere la diffusione dell'automatizzazione. Questa indicazione potrebbe essere interpretata come predisposizione di indirizzi regionali, oppure come definizione puntuale di specifici parametri rispetto ai problemi citati; nel secondo caso, ciò potrebbe realizzarsi come una definizione ex novo

di tali standard o come un aggiornamento/incremento dei già previsti requisiti di accreditamento per questo tipo di strutture.

Si è fatto rilevare, comunque, come la logica di definizione di standard quantitativi di personale è stata già in passato ampiamente criticata sia da esperti di organizzazione sia dalle Regioni che, per altro, considerano questo aspetto una componente organizzativa di propria esclusiva competenza. In ogni caso il piano di riorganizzazione qui previsto dovrà essere coerente con la ricognizione generale del fabbisogno di strutture accreditate previsto dalle "lettere s-t-u" dello stesso comma 796. Dovrà, altresì, tener conto dell'appropriatezza del ricorso alle prestazioni ospedaliere – allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA.

Ove si ritenga di affrontare lo specifico argomento, potrebbe essere utile la definizione di un documento metodologico condiviso per l'applicazione della norma, con i referenti delle Regioni, il Ministero della Salute, il tavolo della Specialistica Ambulatoriale, le società scientifiche, ecc.

Il comma 170 della legge 311/2004, citato nella stessa lettera, si riferisce alle modalità di ridefinizione delle tariffe delle prestazioni e delle funzioni assistenziali.

- lettere s-t-u):** Le lettere s-t-u del comma 796, dell'art. 1, si riferiscono esclusivamente alle strutture private. Riprendendo quanto già affermato nell'Intesa del 28 settembre 2006, l'obiettivo è di arrivare al superamento della fase di transitorietà, per promuovere il completamento dei percorsi di accreditamento. Viene, infatti, posto un termine finale di vigenza del sistema di accreditamento transitorio (1 gennaio 2008) ex legge 724/94 (che definiva la proroga dei soggetti precedentemente convenzionati, in attesa dell'avvio del processo di accreditamento) e previsto il passaggio all'accredimento istituzionale, provvisorio o definitivo. Le stesse disposizioni prevedono che l'accredimento provvisorio (ex art. 8-quater, comma 7 del DLgs 502/92) dovrà, necessariamente, concludersi, con il passaggio all'accredimento definitivo, entro l'1 gennaio 2010.

Per le Regioni impegnate nei Piani di Rientro il termine di cessazione degli accreditamenti transitori è stato anticipato al 1° luglio 2007.

Il superamento del regime di accreditamento transitorio e l'avvio dell'accredimento istituzionale definitivo dovrà essere garantito anche tramite l'adozione di "provvedimento di ricognizione del fabbisogno. Le Regioni dovranno definire il fabbisogno di attività e l'eventuale volume superiore da ammettere per l'accredimento delle strutture. Il provvedimento sarà soggetto al controllo da parte del Comitato per la verifica dei LEA.

Legge 6 agosto 2008 n. 133, "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria".

L'**articolo 79**, dedicato alla "Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria", contiene una serie di disposizioni dirette a modificare ed integrare alcuni aspetti del sistema dell'accredimento e degli accordi contrattuali delineato dal D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii..

In particolare, il comma 1-quinquies, introdotto in sede di conversione del decreto legge, novella parzialmente gli articoli:

- 1 ("Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza"), comma 18;
 la nuova disposizione precisa che anche le attività delle "strutture equiparate" (ossia le strutture private, in genere religiose, che operano come soggetti pubblici in forza della loro classificazione ex artt. 41-43 L. 833/78) possono essere erogate a carico del SSN solo entro i limiti definiti negli accordi contrattuali ex art. 8-quinquies.
- 8-quater ("Accreditamento istituzionale"), comma 3, lettera b);
 la norma introduce un ulteriore criterio da considerare nella determinazione del fabbisogno regionale di strutture da accreditare, ovvero la "soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve esser conseguita da parte delle singole strutture sanitarie".

- 8-quinquies ("Accordi contrattuali"), comma 2; diverse sono le modifiche:
 - la prima chiarisce che anche le aziende ospedaliero-universitarie, al pari delle strutture pubbliche e di quelle equiparate, sono soggette agli accordi contrattuali;
 - una seconda modifica, di particolare rilievo, sottolinea che le Regioni possono individuare, nell'ambito dell'accordo contrattuale, "prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati";
 - si introducono, inoltre, due commi. Il primo (comma 2-quater) disciplina i rapporti tra il SSN e gli IRCCS, pubblici e privati. In particolare assoggetta gli IRCCS pubblici, siano essi trasformati o meno in "Fondazioni IRCCS" (che rimangono di diritto pubblico, ai sensi della L. 3/2003), agli "accordi contrattuali", mentre, prevede la stipula di "contratti" con gli IRCCS di diritto privato. La norma riserva alle Regioni, e non alle ASL, la stipula dei contratti e degli accordi contrattuali con gli IRCCS e come vedremo, di seguito, anche con le strutture equiparate;
 - si chiarisce, infatti, il rapporto tra le Regioni e le strutture private equiparate (ad es. gli ospedali religiosi classificati; l'Ospedale Galliera di Genova, l'Ordine Mauriziano, il Sovrano Ordine di Malta). Queste strutture ottengono una piena equiparazione alle strutture pubbliche, mediante l'assoggettamento alla stipula di accordi contrattuali, anziché di contratti, con le Regioni. Al contempo, si stabilisce, che l'attività assistenziale delle strutture equiparate deve essere attuata in coerenza con la programmazione regionale; deve essere finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di regione, nonché di ulteriori funzioni riconosciute dalle Regioni, tenendo conto anche delle risorse attribuite alle strutture equiparate per gli investimenti di tipo strutturale (ai sensi dell'art. 20 L. 67/88). Alle strutture equiparate, infine, non si possono applicare forme di remunerazione diverse da quelle per prestazioni, ossia remunerazioni per funzioni, previste dall'art. 8-quinquies, comma 2, lettera d) del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii.;
 - con il comma 2-quinquies, si introduce un principio importante: in caso di mancata stipula degli accordi di cui all'art. 8-quinquies, l'accreditamento istituzionale delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso.
- 8-sexies ("*Remunerazione*"), comma 5; la norma modifica i criteri con cui il Ministero determina, con proprio decreto, le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate. La nuova disposizione prevede le citate tariffe dovranno essere determinate tenendo conto, anche in via alternativa:
 - dei costi standard di prestazioni, ma non più calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, come nella precedente formulazione della norma, ma con riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario;
 - dei costi standard delle prestazioni già disponibili presso le Regioni e le province autonome;
 - dei tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle Regioni e nelle province autonome.

Con lo stesso decreto dovranno essere stabiliti "i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le Regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse".

La stessa norma precisa che le tariffe massime sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale e, anche, che gli importi tariffari, fissati dalle singole Regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali.

Da ultimo si segnala che la medesima disposizione abroga il DM 15 aprile 1994, recante «*Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera*».

Provvedimento 3 dicembre 2009 "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010 – 2012"

Nel nuovo Patto per la salute 2010-2012 (**articolo 7**), il Governo e le Regioni hanno concordato sull'attuazione di alcune misure in materia di accreditamento.

In particolare hanno convenuto:

- di adottare un'apposita intesa tra Stato e Regioni per "promuovere una revisione della normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie, anche al fine di tener conto della particolare funzione degli ospedali religiosi classificati". L'attività svolta da queste strutture - equiparate a quelle pubbliche – deve essere coerente con la programmazione regionale e il relativo finanziamento rispetti i tetti di spesa ed i volumi di attività concordati nell'ambito degli accordi contrattuali;
- di prorogare al 31 dicembre 2010 il termine entro il quale concludere il processo per l'accREDITAMENTO definitivo delle strutture private operanti per conto del SSN (proroga recepita dalla legge finanziaria 2010);
- di adottare un'apposita intesa tra Stato e Regioni per definire, nelle more della revisione normativa, gli indirizzi per l'applicazione di principi e norme fondamentali previste dalla vigente legislazione sanitaria nazionale e regionale in materia di relazione con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento delle medesime negli obiettivi programmatici, nella partecipazione alle politiche di qualità e appropriatezza, nel controllo della spesa. Ciò al fine di assicurare che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione.

Con questo provvedimento Stato e Regioni indicano che il sistema di accreditamento promuove una forma più ampia di integrazione tra pubblico e privato, confermando il valore del sistema dell'accREDITAMENTO come processo di miglioramento continuo della qualità. Si conferma altresì la necessità di puntualizzare le modalità di relazione con le Istituzioni sanitarie private favorendo strategie di coinvolgimento nelle scelte programmatiche del SSN.

Un altro aspetto rilevante riguarda il rapporto con gli ospedali religiosi classificati (con indicazioni sia nell'ambito del Patto per la Salute, sia nella legge 133 del 2008) che sono inserite tra le "strutture equiparate a quelle pubbliche". Emerge la necessità che l'attività svolta da queste strutture sia coerente con la programmazione regionale e il relativo finanziamento rispetti i tetti di spesa ed i volumi di attività concordati nell'ambito degli accordi contrattuali.

Legge 23 dicembre 2009, n. 191, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)"

La Legge Finanziaria 2010 ha recepito quanto previsto dal Patto per la Salute in relazione alla proroga al 1° gennaio 2011 del termine per il passaggio all'accREDITAMENTO definitivo delle strutture private (**articolo 2, comma 100**).

Descrizione dell'indagine

Per l'attuazione della seconda indagine sullo stato di implementazione del percorso di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie private è stato utilizzato lo strumento di rilevazione predisposto ed impiegato nel corso della precedente indagine.

Esso contiene item diretti a constatare il progressivo superamento dell'accREDITamento provvisorio e a riscontrare le modalità di verifica dell'accREDITamento provvisorio e definitivo.

Nel dettaglio la scheda si compone delle tabelle di seguito sinteticamente descritte:

- la tabella denominata "Strutture Private - situazione accREDITamento istituzionale al 31 maggio 2010" ha rilevato per ciascuna categoria di struttura richiamata:
 - il numero totale di strutture e di posti letto accREDITati, ove richiesto, che alla data del 31 maggio 2010, erogavano prestazioni per conto e a carico del Servizio Sanitario Regionale (colonna A);
 - il numero delle strutture e di posti letto, ove richiesto, provvisoriamente accREDITati (colonna B);
 - il numero delle strutture e di posti letto, ove richiesto, definitivamente accREDITati (colonna C).
- la tabella denominata "Strutture Private Modalità di verifica accREDITamento istituzionale al 31 maggio 2010" ha individuato le modalità utilizzate per la verifica/rilascio dell'accREDITamento provvisorio e definitivo:
 - AccREDITamento provvisorio
 - a) solo autocertificazione
 - b) autocertificazione ed effettuazione della visita di controllo
 - c) ope legis¹
 - AccREDITamento definitivo
 - a) solo autocertificazione
 - b) autocertificazione ed effettuazione della visita di controllo
 - c) altro (specificare).
- le tabelle di verifica, utilizzabili solo nel formato elettronico, che non necessitavano di compilazione. Queste tabelle sono strutturalmente collegate alle precedenti e consentono di attuare un primo ed immediato controllo delle informazioni.

La scheda di rilevazione è stata inviata a tutti gli Assessorati regionali in data 21 maggio 2010. Le informazioni ottenute sono state approfondite e verificate con i referenti regionali attraverso interviste telefoniche e tramite specifici incontri con le singole Regioni, nel periodo compreso tra il 21 e il 25 giugno 2010.

¹ Il termine "ope legis" indica la condizione in cui il riconoscimento dell'accREDITamento è stato meramente formale, attraverso l'adozione di un provvedimento normativo, non attivando concretamente il percorso di autocertificazione e verifica della qualità dei servizi erogati.

Risultati

I risultati sintetici dell'indagine forniscono un quadro generale della situazione al 31 maggio 2010 ed offrono una descrizione del grado di attuazione dei percorsi regionali di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie private.

Tutte le Regioni/P.A. hanno aderito all'indagine fornendo i dati richiesti, ad eccezione della Regione Lazio per cui si riportano le informazioni ottenute nel precedente monitoraggio (2009).

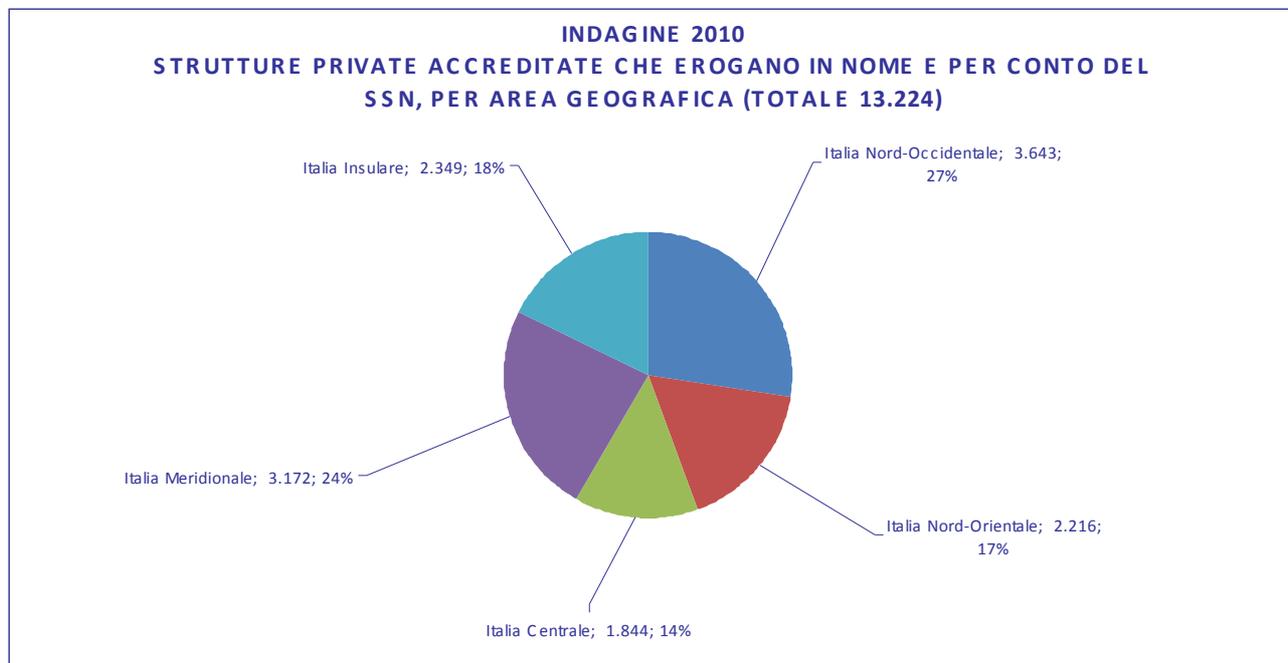
1 - NUMERO E TIPOLOGIA DELLE STRUTTURE PRIVATE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN NOME E PER CONTO DEL SSN

Le strutture private che al 31 maggio 2010 lavoravano in nome e per conto del SSN sono risultate 13.224, differentemente distribuite nelle diverse aree geografiche (**Figura 1**). Le aree geografiche ricomprendono le seguenti Regioni:

- **Italia nord-occidentale:** Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria.
- **Italia nord-orientale:** Prov. A. di Bolzano, Prov. A. di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna.
- **Italia centrale** Toscana, Umbria, Marche, Lazio.
- **Italia meridionale:** Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria.
- **Italia insulare:** Sicilia e Sardegna

Nel computo complessivo non sono comprese le strutture private che sono state accreditate ma che non hanno stipulato un contratto con il SSN.

Figura 1 – Strutture private che erogano per nome e per conto del S.S.N. - Distribuzione per macro-aree geografiche- (Italia, maggio 2010)



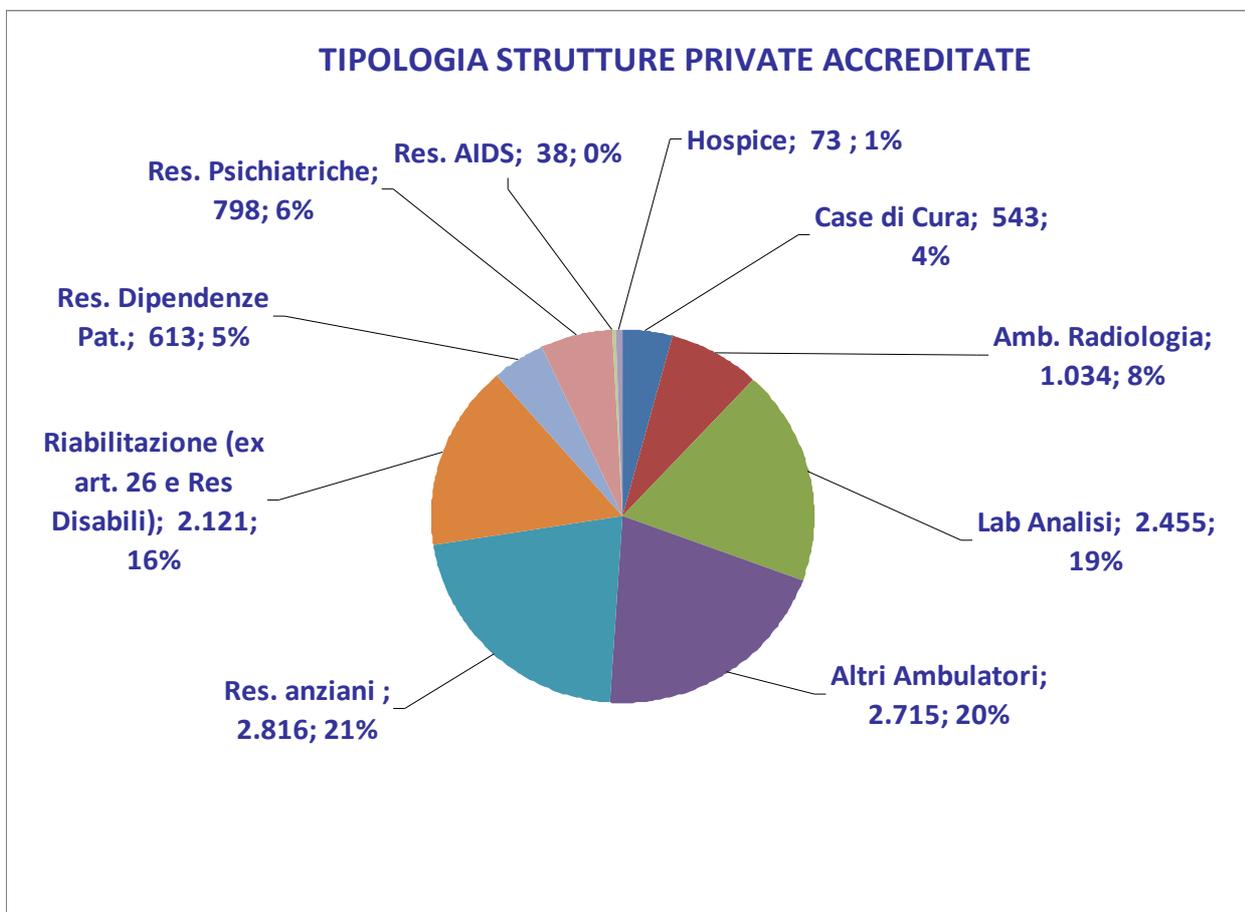
Le strutture più numerose sono le residenze sociosanitarie (**Figura 2**) che rappresentano il 48% delle strutture (6.348) e comprendono residenze per anziani e demenze senili (21%), strutture di riabilitazione² ex art. 26 della Legge 833/78 e residenze per disabili fisici e psichici (16%), strutture per dipendenze patologiche (5%), strutture per persone con problemi psichiatrici (6%).

Il 47% (6.204) delle strutture è rappresentato dalla specialistica ambulatoriale: ambulatori di radiologia (8%), laboratori analisi (19%), altri ambulatori (20%)³.

Gli Hospice e le Residenze per malati di AIDS rappresentano una quota minima, con 111 strutture private complessive, pari all'1% del totale.

Il 4% (543) è rappresentato dalle Case di Cura.

Figura 2 – Tipologia di strutture private che erogano per nome e per conto del S.S.N. (Italia, maggio 2010)



² Dall'indagine è emersa la necessità di ridefinire complessivamente il settore della riabilitazione con una più precisa connotazione delle diverse strutture. La tipologia "strutture ex art. 26" risulta molto differenziata nelle diverse Regioni ed in alcuni casi in fase di superamento.

³ In "altri ambulatori" sono comprese tutte le strutture ambulatoriali diverse dai laboratori di analisi chimico-cliniche e dagli ambulatori di radiologia (es.: fisiochinesiterapia, studi odontoiatrici, poliambulatori, ecc). Non sono stati conteggiati i laboratori e le strutture di radiologia presenti nelle strutture ospedaliere e nei centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78.

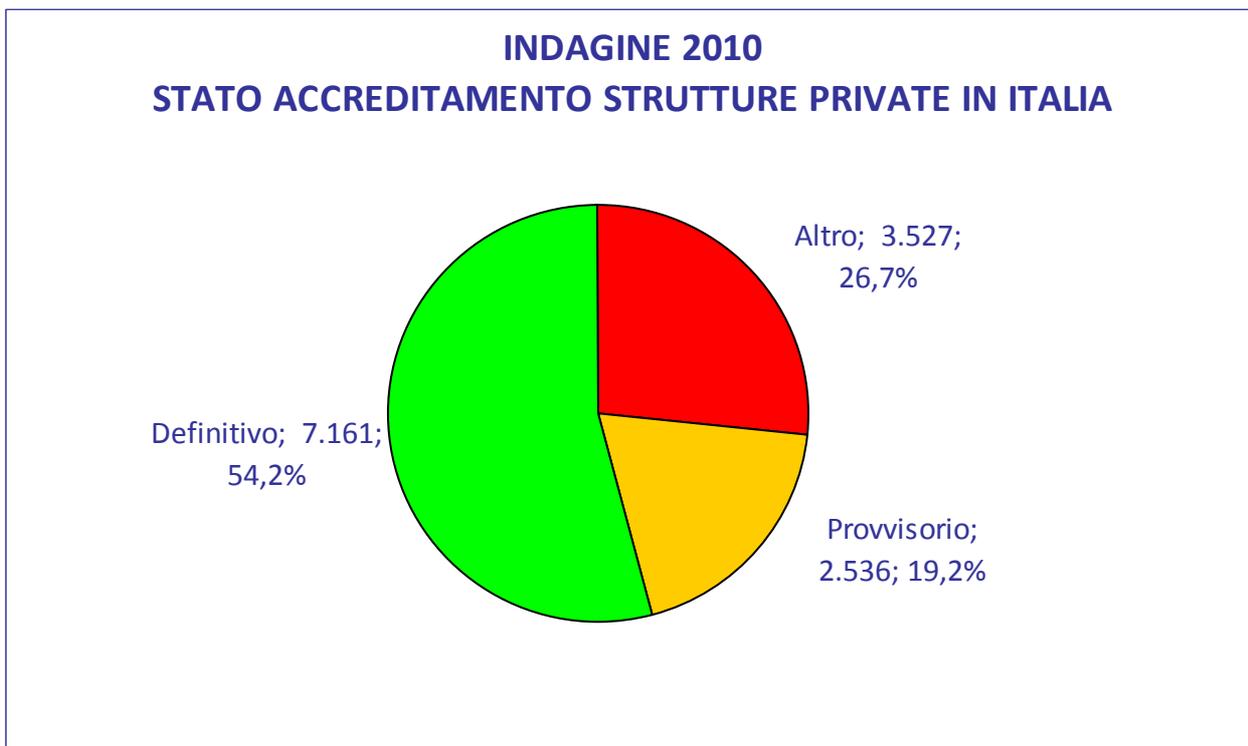
2 – TIPOLOGIA DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE PRIVATE

Al 31 maggio 2010 le strutture sanitarie private DEFINITIVAMENTE accreditate rappresentavano il 54,2% (7.161) del totale; quelle PROVVISORIAMENTE accreditate il 19,2% (2.536); mentre il restante 26,7% (3.527) è stato inserito nella categoria "Altro" (**Figura 3**).

La definizione della categoria "**ALTRO**" si è resa necessaria al fine di comprendere situazioni tra loro molto diversificate:

- strutture sociosanitarie la cui gestione, anche per gli aspetti dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO, è stata attribuita da alcune Regioni alla competenza del Settore Sociale (Emilia Romagna, Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, Toscana);
- strutture sanitarie e sociosanitarie di Regioni in cui il processo di accREDITAMENTO è in fase di iniziale attivazione e ove si registra sia l'assenza di un provvedimento regionale di formale riconoscimento dello status di accREDITAMENTO provvisorio, che la mancata attuazione delle visite di verifica;
- strutture sociosanitarie per cui la Regione non ha ancora definito i requisiti specifici o con atti di diffida in corso;
- strutture sanitarie e sociosanitarie per cui la Regione non ha indicato con precisione lo status di accREDITAMENTO, provvisorio o definitivo.

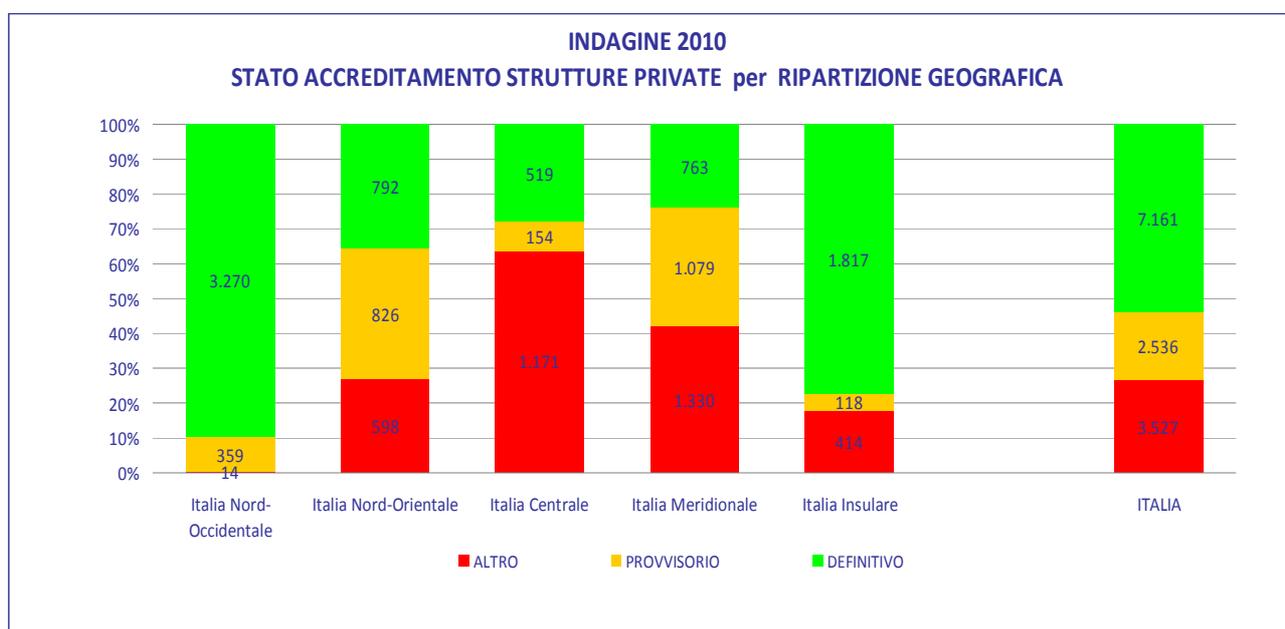
Figura 3 – Tipologia di accREDITAMENTO delle strutture private in Italia (maggio 2010)



La tipologia di accreditamento appare differenziata nelle diverse aree geografiche (**Figura 4**)

- Italia Nord-Occidentale: la maggioranza delle strutture (89,8%) è accreditata in via definitiva;
- Italia Nord-Orientale: la maggioranza delle strutture (37,3%) è provvisoriamente accreditata;
- Italia Centrale: risulta una prevalenza delle situazioni "Altro" (63,5%);
- Italia Meridionale: risulta una prevalenza delle situazioni "Altro" (41,9%) e la più bassa percentuale (24,1%) di strutture definitivamente accreditate;
- Italia Insulare: il dato prevalente è quello dell'accREDITAMENTO definitivo (77,4%), occorre però tener presente che si tratta di due Regioni, di cui solo una (Sicilia) con un numero rilevante di strutture private accreditate in via definitiva.

Figura 4 – Tipologia di accreditamento delle strutture private per macro aree geografiche (Italia, maggio 2010)



Nell'insieme delle 13.224 strutture, quelle **definitivamente accreditate** in Italia sono il **54,2%**. La distribuzione dell'accREDITAMENTO **definitivo** per area geografica è nel seguente ordine decrescente:

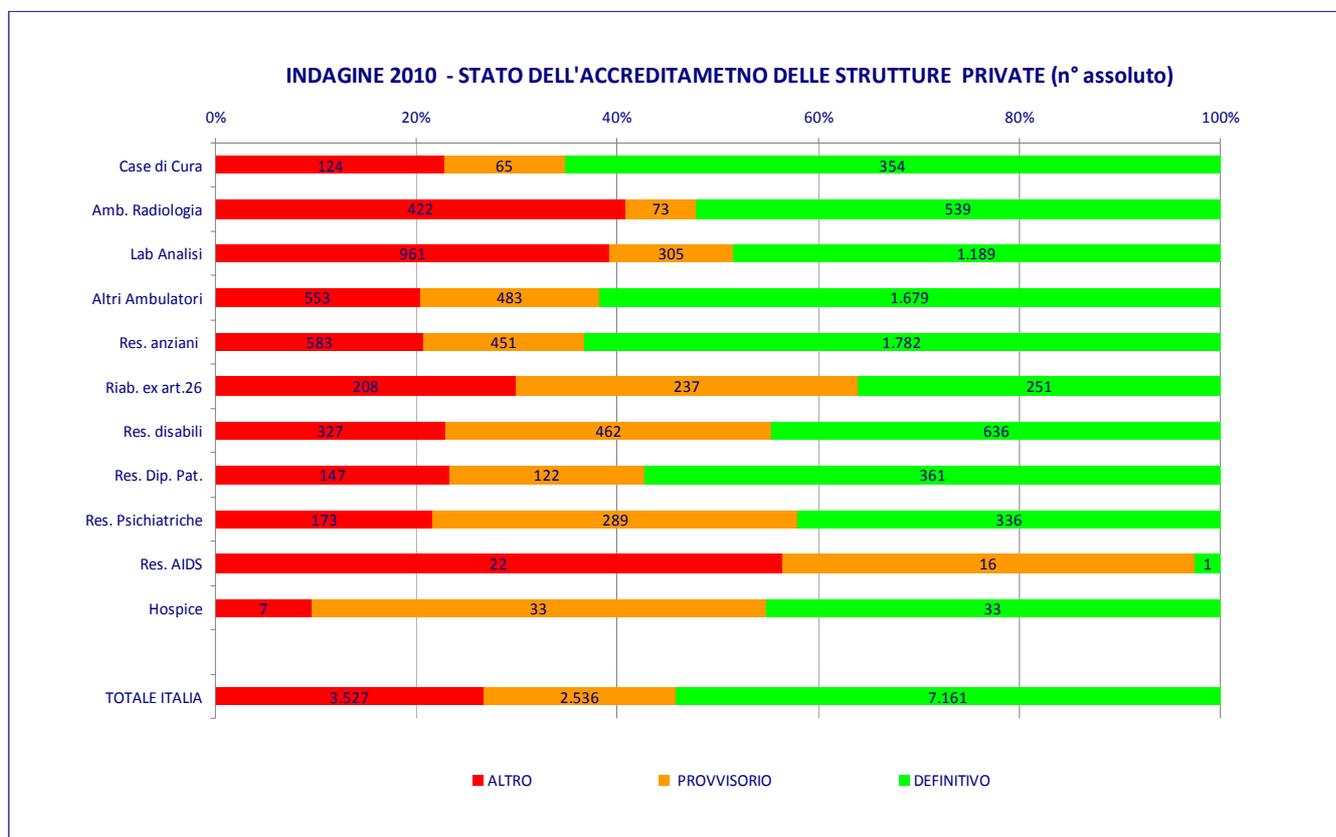
1. Italia Nord-Occidentale: 89,8%
2. Italia Insulare: 77,4%
3. Italia Nord-Orientale: 35,7%
4. Italia Centrale: 28,1%
5. Italia Meridionale: 24,1%

Parimenti differenziata è la situazione dell'accreditamento rispetto alle diverse tipologie di strutture (**Tabella 1 e Figura 5**)

Tabella 1 – Stato dell'accreditamento degli erogatori privati per tipologia di struttura (Italia, maggio 2010)

STRUTTURE	di cui con accreditamento						
	TOT	ALTRO	ALTRO %	PROVVISORIO	PROVVISORIO %	DEFINITIVO	DEFINITIVO %
Case di Cura	543	124	22,8%	65	12,0%	354	65,2%
Amb. Radiologia	1034	422	40,8%	73	7,1%	539	52,1%
Lab Analisi	2455	961	39,1%	305	12,4%	1189	48,4%
Altri Ambulatori	2715	553	20,4%	483	17,8%	1679	61,8%
Res. anziani	2816	583	20,7%	451	16,0%	1782	63,3%
Riabilitazione (ex art. 26 e Res Disabili)	2121	535	25,2%	699	33,0%	887	41,8%
Res. Dipendenze Pat.	630	147	23,3%	122	19,4%	361	57,3%
Res. Psichiatriche	798	173	21,7%	289	36,2%	336	42,1%
Res. AIDS	39	22	56,4%	16	41,0%	1	2,6%
Hospice	73	7	9,6%	33	45,2%	33	45,2%
TOTALE	13224	3527	26,7%	2536	19,2%	7161	54,2%

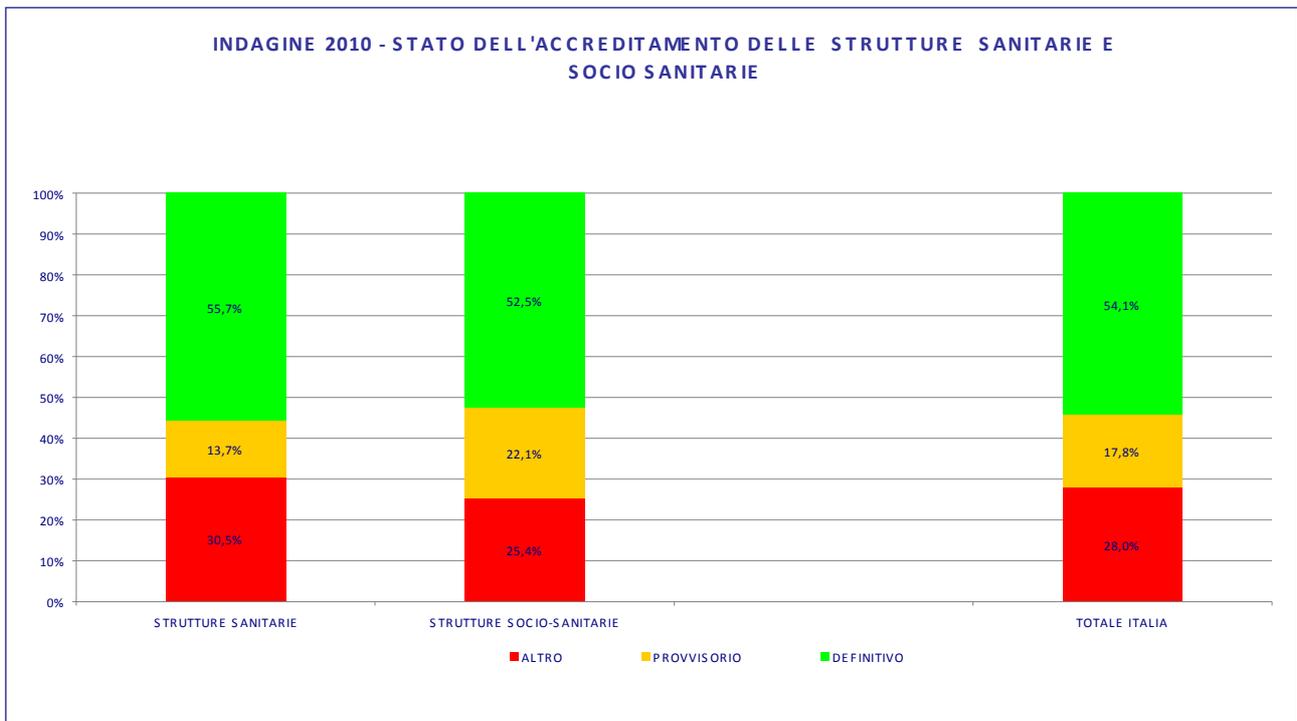
Figura 5 – Stato dell'accreditamento degli erogatori privati per tipologia di struttura (Italia, maggio 2010)



Nel complesso si confermano per le strutture private ad "esclusiva" valenza sanitaria (Case di Cura e Strutture ambulatoriali) i maggiori valori percentuali di accreditamento definitivo (55,7%). Per le strutture sociosanitarie si osserva un aumento cospicuo delle strutture definitivamente accreditate (dal 32% del 2009 al 52,5% del 2010) ed una riduzione dell'evidente divario tra le due tipologie di strutture rilevato nella precedente indagine.

Si sottolinea che in alcuni contesti il maggior ritardo di adeguamento delle strutture sociosanitarie deriva dalla scelta di attribuirne i percorsi di autorizzazione ed accreditamento alla competenza del Settore Sociale, con procedure e tempi differenti da quelli indicati dalla Legge Finanziaria 2007 e successive modificazioni. (**Figura 6**).

Figura 6 – Tipologie di accreditamento delle strutture ad "esclusiva" valenza sanitaria (Case di Cura e specialistica ambulatoriale) e strutture/residenzialità sociosanitaria (Italia, maggio 2010)

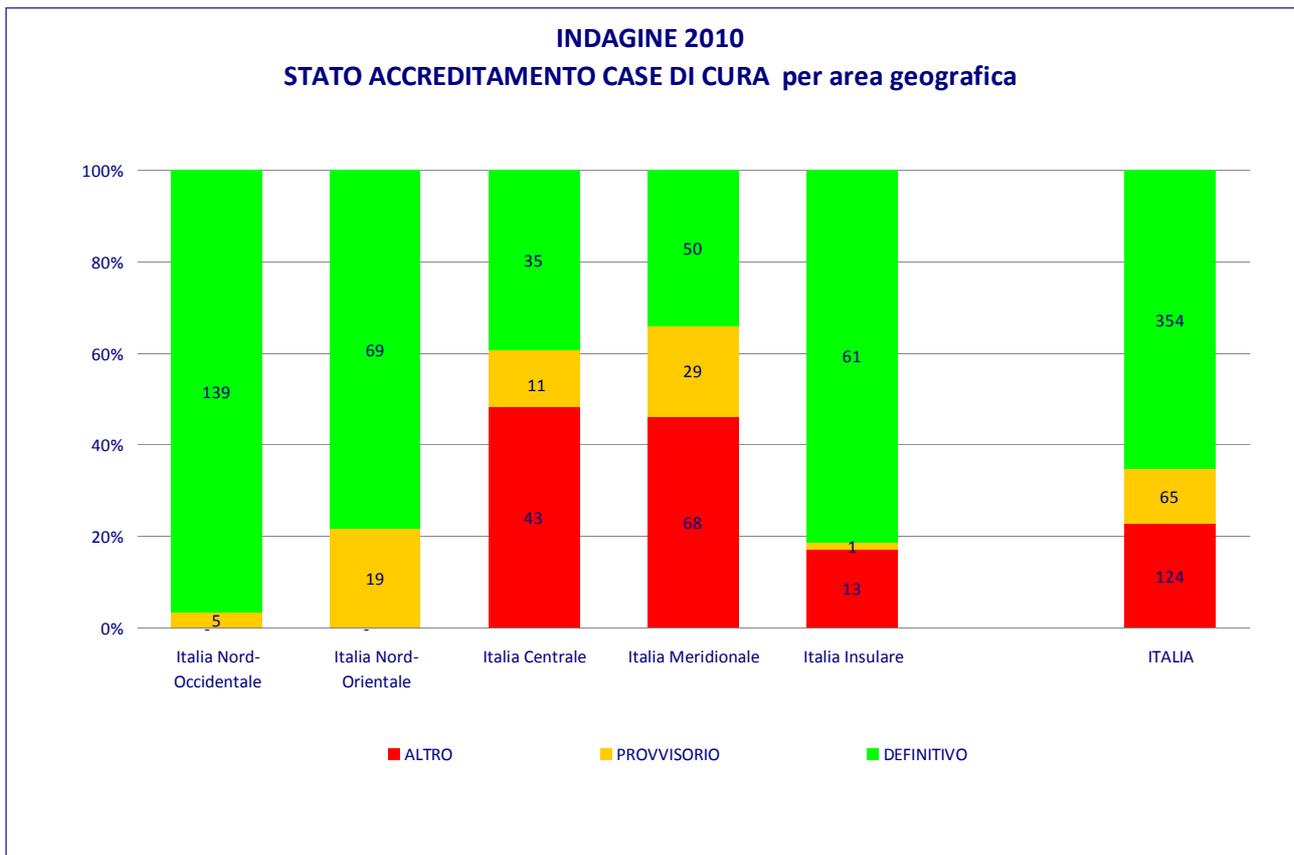


Differente appare la distribuzione dello stato di accreditamento in relazione a tipologia di struttura e macro aree geografiche (**Figure 7-11**).

Le **CASE DI CURA definitivamente accreditate** in Italia sono il 65,2%. La distribuzione dell'accREDITAMENTO **definitivo** per area geografica è nel seguente ordine decrescente (**Figura 7**)

1. Italia Nord-Occidentale: 96,5%
2. Italia Insulare: 81,3%
3. Italia Nord-Orientale: 78,4%
4. Italia Centrale: 39,3%
5. Italia Meridionale: 34%

Figura 7 – Stato dell'accREDITAMENTO delle CASE DI CURA per aree geografiche (Italia, maggio 2010)

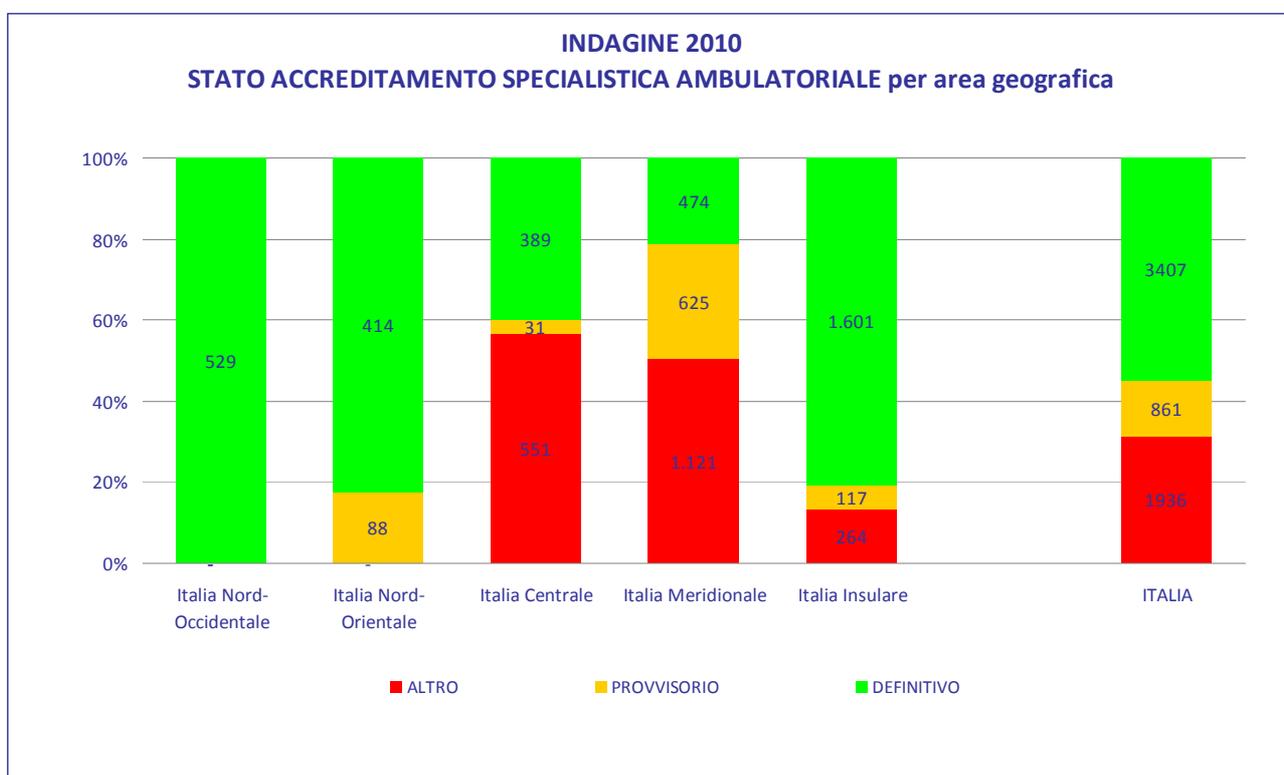


Le strutture **SPECIALISTICHE AMBULATORIALI** (Ambulatori radiologia + Laboratori analisi + Altri ambulatori) definitivamente accreditate in Italia sono il 54,9%.

La distribuzione dell'accREDITAMENTO **definitivo** per area geografica è nel seguente ordine decrescente (**Figura 8**)

1. Italia Nord-Occidentale: 100%
2. Italia Nord-Orientale: 82,5%
3. Italia Insulare: 80,8%
4. Italia Centrale: 40,1%
5. Italia Meridionale: 21,4%

Figura 8 – Stato dell'accREDITAMENTO delle strutture SPECIALISTICHE AMBULATORIALI per aree geografiche (Italia, maggio 2010)

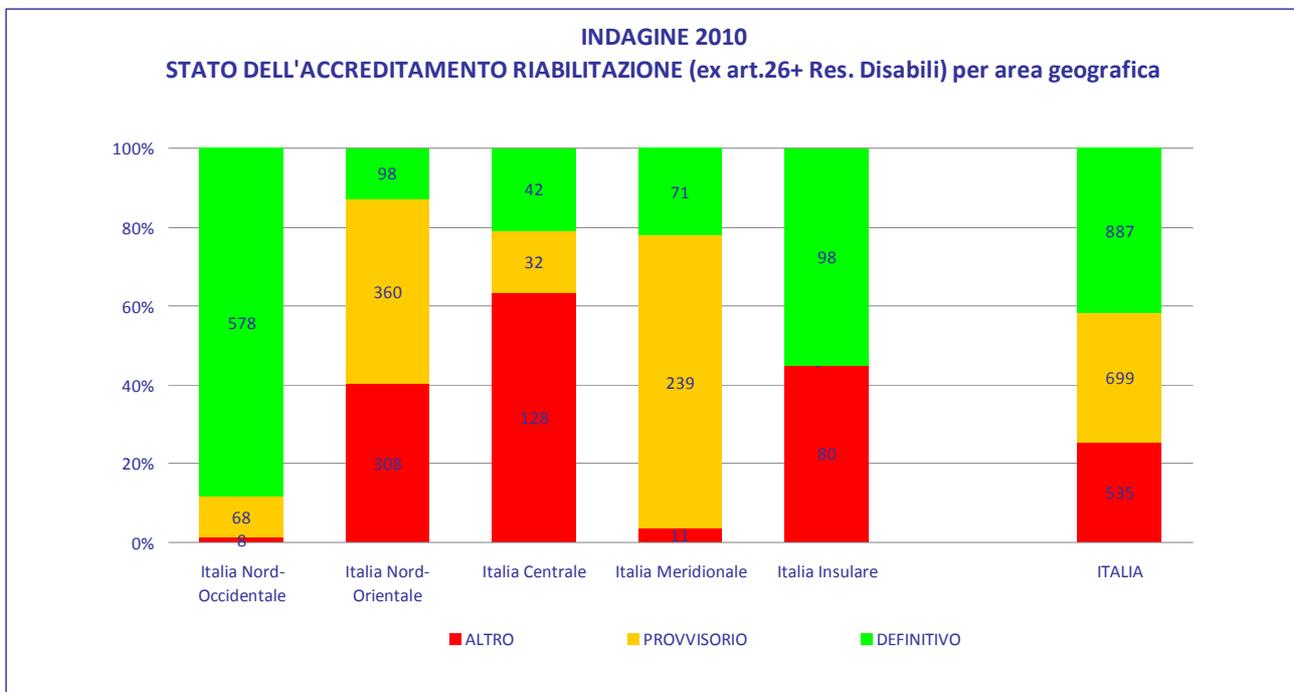


Le Strutture di **RIABILITAZIONE (Centri ex art. 26 L. 833/78 + Residenze disabili fisici e psichici) definitivamente accreditate** in Italia sono il 41,8%.

La distribuzione dell'accREDITAMENTO **definitivo** per area geografica è nel seguente ordine decrescente (**Figura 9**)

1. Italia Nord-Occidentale: 88,4%
2. Italia Insulare: 55,1%
3. Italia Meridionale: 22,1%
4. Italia Centrale: 20,8%
5. Italia Nord-Orientale: 12,8%

Figura 9 – Stato dell'accREDITAMENTO delle strutture di RIABILITAZIONE (centri ex art.26 + residenze disabili fisici e psichici) per aree geografiche (Italia, maggio 2010)

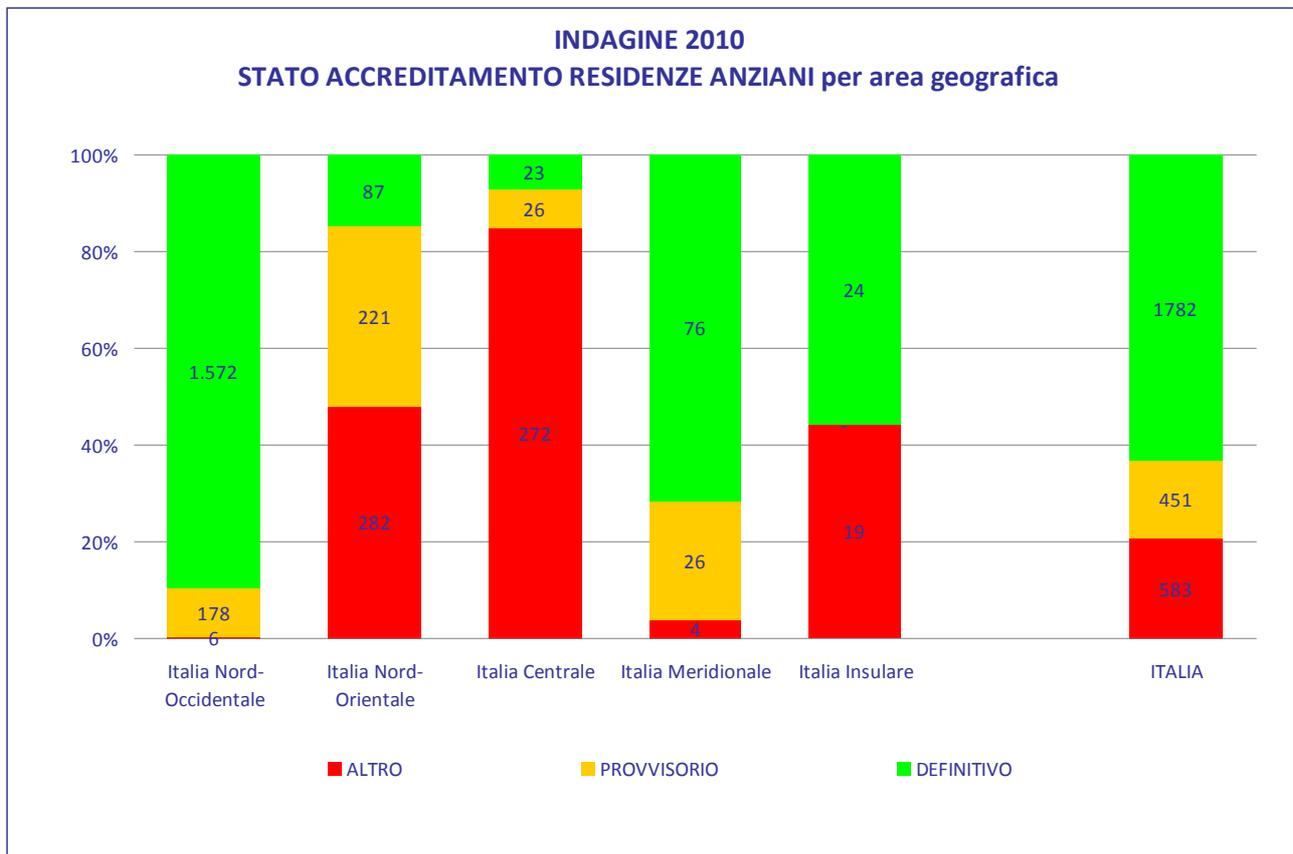


Le **RESIDENZE PER ANZIANI definitivamente accreditate** in Italia sono il 63.3%.

La distribuzione dell'accREDITAMENTO **definitivo** per area geografica è nel seguente ordine decrescente (**Figura 10**)

1. Italia Nord-Occidentale: 89,5%
2. Italia Meridionale: 71,7%
3. Italia Insulare: 55,8%
4. Italia Nord-Orientale: 14,7%
5. Italia Centrale: 7,2%

Figura 10 – Stato dell'accREDITAMENTO delle RESIDENZE PER ANZIANI per aree geografiche (Italia, maggio 2010)

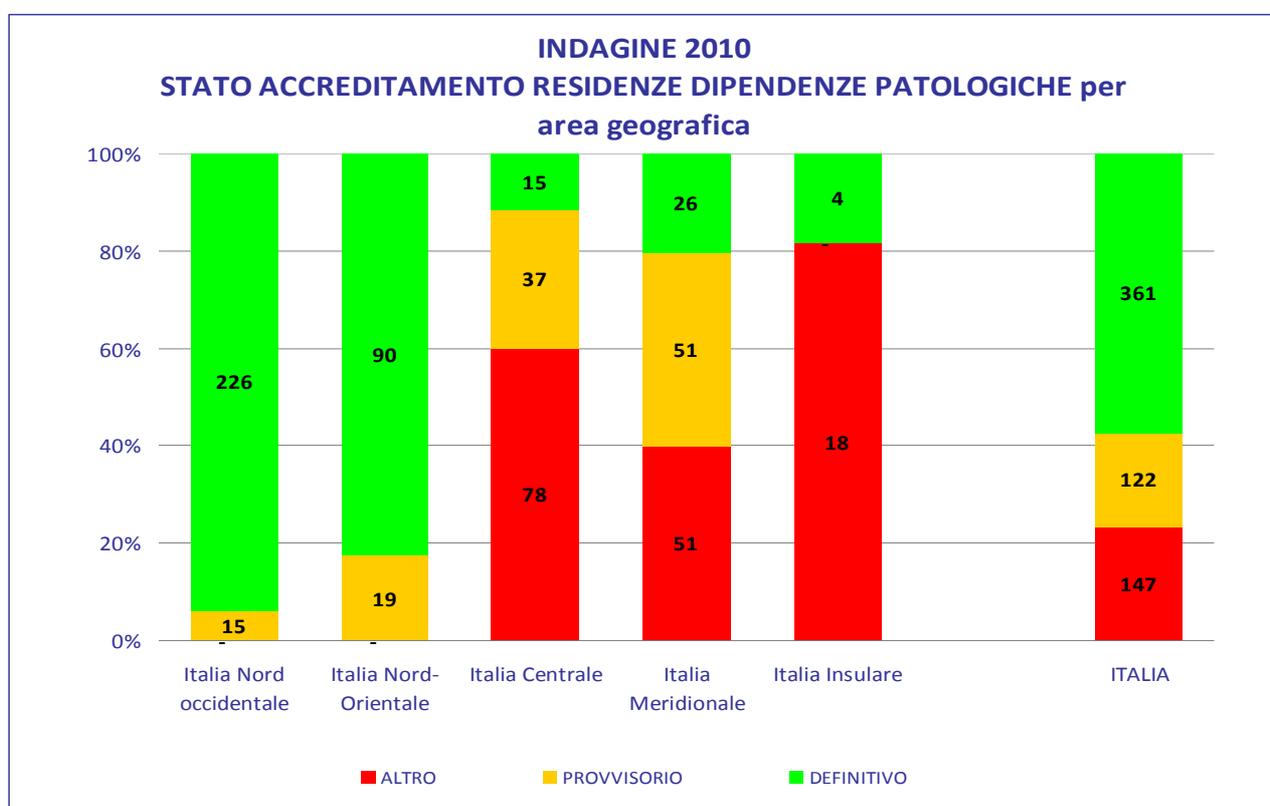


Le **RESIDENZE PER DIPENDENZE PATOLOGICHE *definitivamente accreditate*** in Italia sono il 57,3%.

La distribuzione dell'accREDITAMENTO **definitivo** per area geografica è nel seguente ordine decrescente (**Figura 11**)

1. Italia Nord-Occidentale: 93,8 %
2. Italia Nord-Orientale: 82,6 %
3. Italia Meridionale: 20,3 %
4. Italia Insulare: 18,2 %
5. Italia Centrale: 11,5 %

Figura 11 – Stato dell'accREDITAMENTO delle RESIDENZE PER DIPENDENZE PATOLOGICHE per aree geografiche (Italia, maggio 2010)

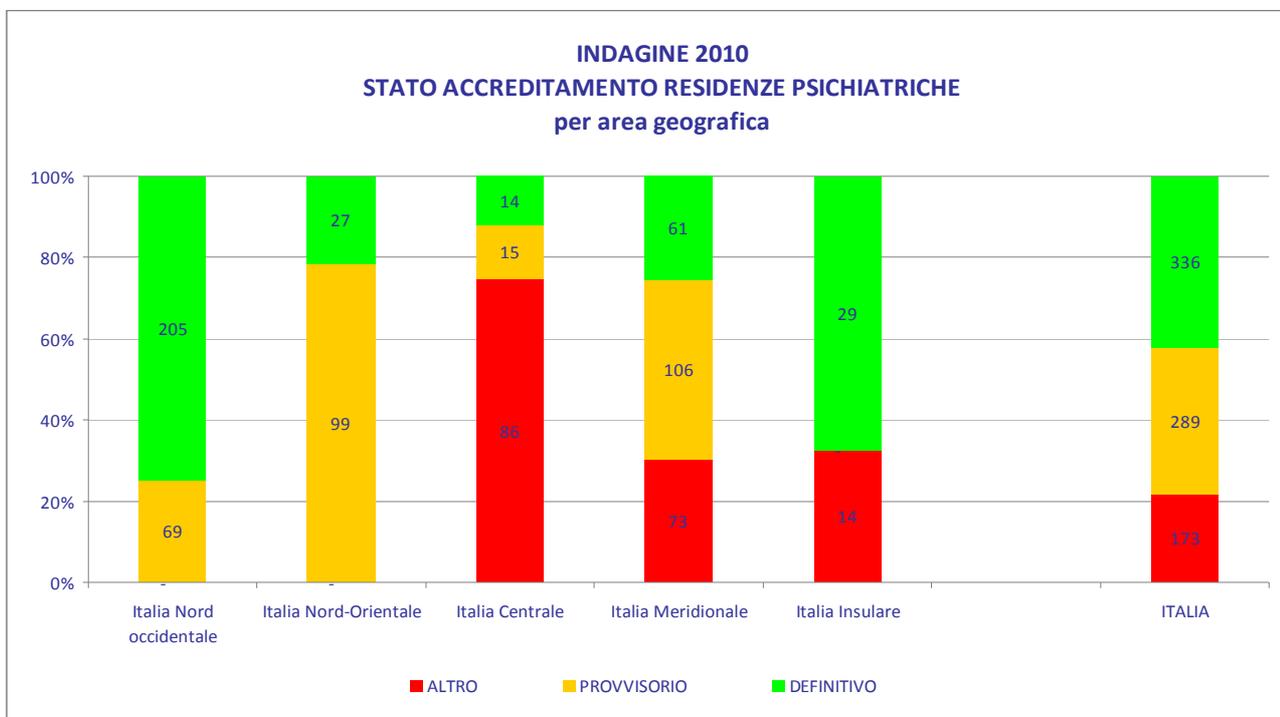


Le **RESIDENZE PSICHIATRICHE definitivamente accreditate** in Italia sono il 42,1 %.

La distribuzione dell'accREDITAMENTO **definitivo** per area geografica è nel seguente ordine decrescente (**Figura 12**)

1. Italia Nord-Occidentale: 74,8 %
2. Italia Insulare: 67,4 %
3. Italia Meridionale: 25,4 %
4. Italia Nord-Orientale: 21,4 %
5. Italia Centrale: 12,2 %

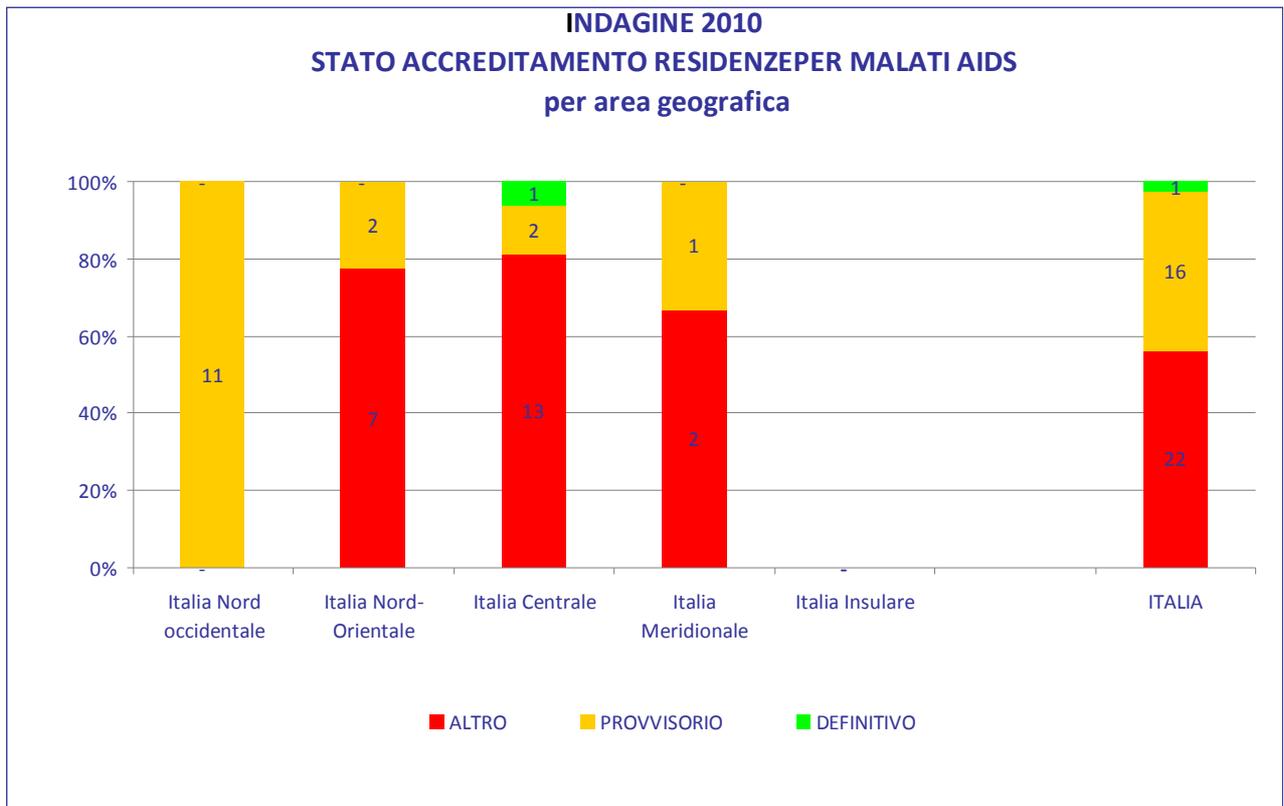
Figura 12 – Stato dell'accREDITAMENTO delle RESIDENZE PSICHIATRICHE per aree geografiche (Italia, maggio 2010)



Le **RESIDENZE PER MALATI DI AIDS *definitivamente accreditate*** in Italia sono il 2,6%.

La distribuzione dell'accREDITAMENTO **definitivo** per area geografica è del 6,3 % nell'Italia centrale e nullo nelle altre aree (**Figura 13**)

Figura 13 – Stato dell'accREDITAMENTO delle RESIDENZE PER MALATI DI AIDS per aree geografiche (Italia, maggio 2010)

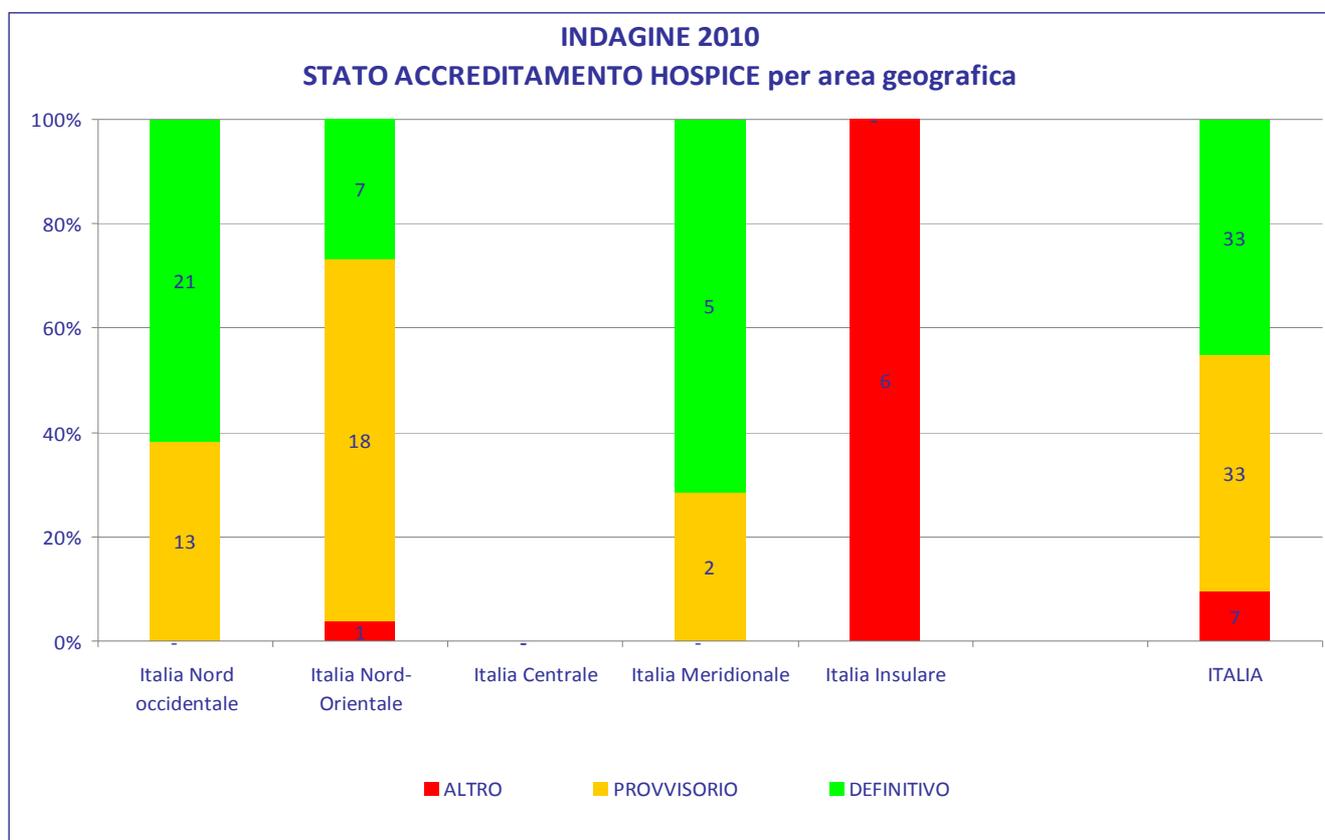


Gli **HOSPICE definitivamente accreditati** in Italia sono il 45,2%.

La distribuzione dell'accREDITAMENTO **definitivo** per area geografica è nel seguente ordine decrescente (**Figura 14**)

1. Italia Meridionale: 71,4 %
2. Italia Nord-Occidentale: 61,8 %
3. Italia Nord-Orientale: 26,9 %
4. Italia Centrale e Insulare : 0,0 %

Figura 14 – Stato dell'accREDITAMENTO degli HOSPICE per aree geografiche (Italia, maggio 2010)



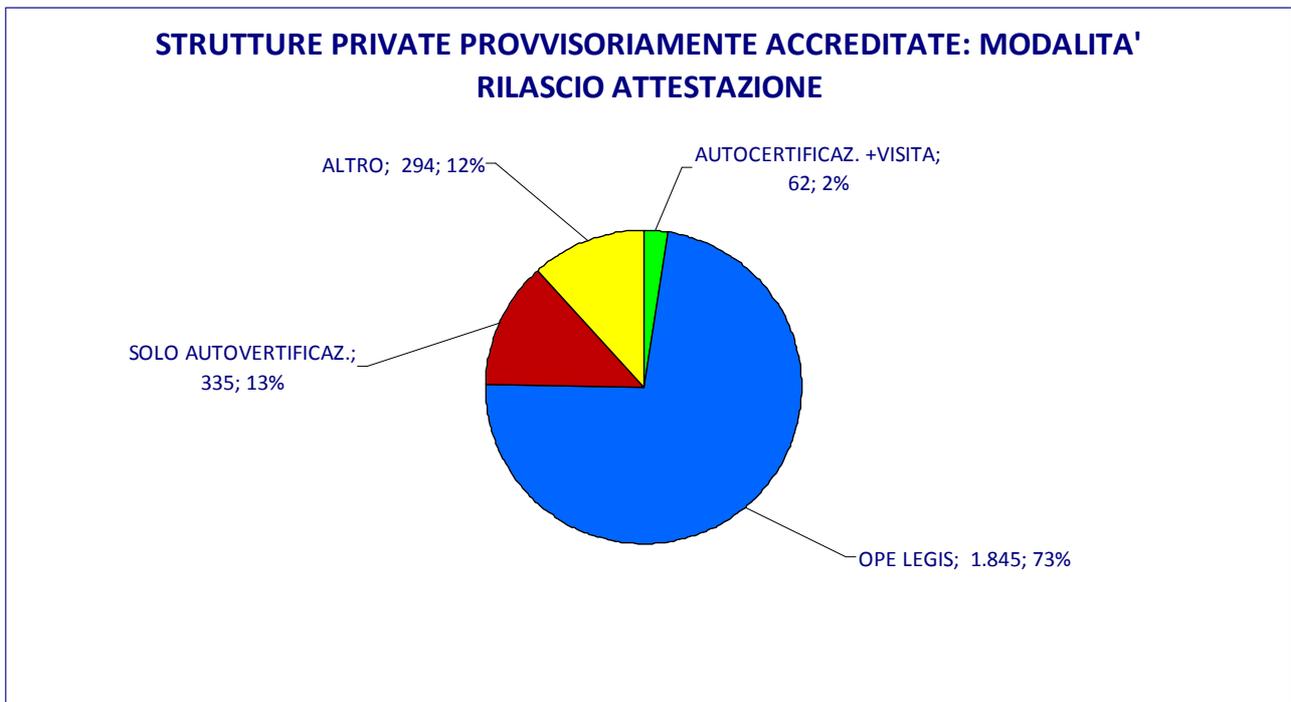
3 – METODOLOGIA DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE PRIVATE

Il rilascio dell'accREDITAMENTO **DEFINITIVO** è avvenuto, nella quasi totalità dei casi (99,7%), tramite autocertificazione e visita di verifica.

Le strutture con accREDITAMENTO **PROVVISORIO** (Figura 15) nel 73% dei casi lo sono divenute solo "*ope legis*", ossia esclusivamente con provvedimento regionale di riconoscimento dello status di accREDITAMENTO provvisorio, senza l'autovalutazione del possesso dei requisiti da parte delle strutture e senza visita di verifica.

In ALTRO sono ricomprese le strutture per cui non vi è chiara indicazione della modalità di rilascio dell'accREDITAMENTO provvisorio.

Figura 15 – Modalità di rilascio dell'accREDITAMENTO delle STRUTTURE PRIVATE PROVVISORIAMENTE ACCREDITATE (Italia, maggio 2010)



Considerazioni finali

La seconda indagine sullo stato di implementazione del percorso di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie private è espressione della volontà di analizzare i progressi attuati dalle Regioni/P.A. per il superamento dell'accREDITAMENTO provvisorio ed il passaggio all'accREDITAMENTO istituzionale definitivo, in previsione della scadenza (1° gennaio 2011) fissata dall'articolo 1, comma 796, lett. t) della legge n. 296/2006 e successive modificazioni.

Lo studio focalizza l'interesse sul dato quantitativo, rilevando il numero delle strutture che hanno già completato il processo ed ottenuto il riconoscimento dell'accREDITAMENTO definitivo, nonché il numero delle strutture che permangono in uno status di accREDITAMENTO provvisorio.

L'indagine è stata condotta nel periodo compreso tra giugno e luglio 2010, utilizzando la metodologia e gli strumenti sperimentati nel corso della precedente rilevazione (2009).

Tutte le Regioni/P.A. hanno aderito allo studio, compilando e trasmettendo la scheda di rilevazione, ad eccezione della Regione Lazio, i cui dati fanno riferimento all'indagine 2009.

Le informazioni emerse dal monitoraggio mostrano l'impegno delle Regioni/P.A. per il completamento dei percorsi di accREDITAMENTO. Si rileva, infatti, un notevole incremento della percentuale di strutture definitivamente accreditate, che rappresentano attualmente il 54,2%, a fronte del 39,1% registrato lo scorso anno. Tutte le aree geografiche riportano valori maggiorati. Progressi rilevanti si osservano nell'Italia Meridionale (dal 5% del 2009 al 24,1 del 2010), nell'Italia Nord-Occidentale (dal 70% del 2009 all'89,8 del 2010) e nell'Italia Nord-Orientale (dal 17% del 2009 al 35,7 del 2010).

Per ciò che attiene l'accREDITAMENTO definitivo delle singole tipologie analizzate, le strutture che riportano la crescita percentuale più ampia sono le Strutture per Anziani (dal 35,9% del 2009 al 63,3% del 2010) e le altre residenzialità sociosanitarie - Residenze per Dipendenze Patologiche, Psichiatriche, per Malati di AIDS, Hospice - (dal 28,5% del 2009 al 47,5 del 2010).

Nel complesso, sebbene il numero assoluto delle strutture sociosanitarie definitivamente accreditate sia notevolmente aumentato nell'ultimo anno, le strutture private ad esclusiva valenza sanitaria conservano in termini percentuali, i più alti valori di accREDITAMENTO definitivo.

Il maggior ritardo delle strutture sociosanitarie rispetto alle strutture sanitarie deriva sia dalla difficoltà di classificazione di queste tipologie di strutture, sia dalla scelta, operata da alcune Regioni, di attribuirne i percorsi di autorizzazione ed accREDITAMENTO alla competenza del settore Sociale, con procedure e tempi differenti da quelli indicati dalla Legge Finanziaria 2007.

Gli esiti di indagine consentono di riferire che il percorso di accREDITAMENTO definitivo delle strutture ad esclusiva valenza sanitaria (strutture di ricovero ospedaliero e strutture ambulatoriali) è fortemente avanzato, ed è presumibile supporre il completamento entro il termine di scadenza fissato dalla Legge n. 191/2009 (1° gennaio 2011). Difficoltà permangono per le strutture sociosanitarie, per cui sarebbe auspicabile una ulteriore dilazione del termine previsto.

Per talune Regioni impegnate nei piani di rientro dai disavanzi sanitari va segnalato che la proroga proposta non risulterà, presumibilmente, sufficiente per completare il passaggio all'accREDITAMENTO istituzionale definitivo, considerato che le medesime Regioni sono in una fase di avvio del processo.

Proposta

La proposta che emerge dall'indagine ed in particolare dal confronto diretto con i referenti regionali è quella di confermare il termine del 1° gennaio 2011 - previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera t) della legge n. 296/2006, così come modificato dall'articolo 2, comma 100, della legge 191/2009 - per il passaggio all'accREDITAMENTO istituzionale definitivo delle strutture ospedaliere e ambulatoriali private; mentre, si propone di attuare una proroga al 1° gennaio 2013 per le altre strutture sanitarie e per le strutture sociosanitarie private.

Alla luce di quanto sopra, le Regioni dovrebbero provvedere ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2011 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private ospedaliere ed ambulatoriali e che dal 1° gennaio 2013 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e sociosanitarie private, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

Allegato 1
Scheda di rilevazione

TABELLA I

STRUTTURE PRIVATE - SITUAZIONE ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE AL 31 MAGGIO 2010									
	Colonna A			Colonna B			Colonna C		
STRUTTURE	Strutture private che al 31 maggio 2010 operano per conto e a carico del SSR (Indicare i posti letto accreditati)			di cui					
				Strutture provvisoriamente accreditate (ex Art. 8 quater, comma 7, D.lgs. 502/92 e ex. Art. 1, comma 796, lettere s/t/u, L. 296/2006)			Strutture definitivamente accreditate (ex Art. 8-quater, D.lgs. 502/92)		
	N° totale	SETTING	POSTI LETTO ACCREDITATI	N°	SETTING	POSTI LETTO ACCREDITATI	N°	SETTING	POSTI LETTO ACCREDITATI
Strutture di ricovero ospedaliero									
Strutture di riabilitazione ex art.26		RES			RES			RES	
		SEMI RES			SEMI RES			SEMI RES	
Strutture per anziani e demenze senili		RES			RES			RES	
		SEMI RES			SEMI RES			SEMI RES	
Strutture per disabili		RES			RES			RES	
		SEMI RES			SEMI RES			SEMI RES	
Strutture per dipendenze patologiche		RES			RES			RES	
		SEMI RES			SEMI RES			SEMI RES	
Strutture per persone con problemi psichiatrici		RES			RES			RES	
		SEMI RES			SEMI RES			SEMI RES	
Strutture per malati di AIDS		RES			RES			RES	
		SEMI RES			SEMI RES			SEMI RES	
Hospice per malati terminali									
Strutture ambulatoriali									
Radiologia									
Lab Analisi									
Altro (ad es. studi odontoiatrici, etc.)									
Riabilitazione ex art. 26									
Altre strutture (specificare)									

STRUTTURE	Strutture provvisoriamente accreditate (ex Art. 8-quater, comma 7, D.lgs. 502/92 e ex. Art. 1, comma 796, lettere s/t/u, L. 296/2006)			Strutture definitivamente accreditate (ex Art. 8-quater, D.lgs. 502/92)			NOTE
	N° totale	Tipologia verifica	N°	N° totale	Tipologia verifica	N°	
Strutture di ricovero ospedaliero		Solo Autocertificazione			Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale			Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis			Altro (specificare)		
Strutture di riabilitazione ex art.26		Solo Autocertificazione			Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale			Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis			Altro (specificare)		
Strutture per anziani e demenze senili		Solo Autocertificazione			Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale			Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis			Altro (specificare)		
Strutture per disabili		Solo Autocertificazione			Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale			Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis			Altro (specificare)		
Strutture per dipendenze patologiche		Solo Autocertificazione			Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale			Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis			Altro (specificare)		
Strutture per persone con problemi psichiatrici		Solo Autocertificazione			Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale			Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis			Altro (specificare)		
Strutture per malati di AIDS		Solo Autocertificazione			Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale			Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis			Altro (specificare)		
Strutture per malati terminali		Solo Autocertificazione			Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale			Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis			Altro (specificare)		
Strutture ambulatoriali							
Radiologia		Solo Autocertificazione			Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale			Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis			Altro (specificare)		
Lab Analisi		Solo Autocertificazione			Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale			Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis			Altro (specificare)		
Altro (ad es. studi odontoiatrici, etc.)		Solo Autocertificazione			Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale			Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis			Altro (specificare)		
Riabilitazione ex art. 26		Solo Autocertificazione			Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale			Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis			Altro (specificare)		
Altre strutture (specificare)		Solo Autocertificazione			Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale			Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis			Altro (specificare)		

TABELLA DI VERIFICA DATI

STRUTTURE	TOTALE			Strutture provvisoriamente accreditate			Strutture definitivamente accreditate		
	N° Strutture	Tipologia	Posti Letto Accreditati	N°	Tipologia	Posti Letto Accreditati	N°	Tipologia	Posti Letto Accreditati
Strutture di ricovero ospedaliere		0%							
Strutture di riabilitazione ex art.26		RES			RES			RES	
		SEMI RES			SEMI RES			SEMI RES	
Strutture per anziani e demenze senili		RES			RES			RES	
		SEMI RES			SEMI RES			SEMI RES	
Strutture per disabili		RES			RES			RES	
		SEMI RES			SEMI RES			SEMI RES	
Strutture per dipendenze patologiche		RES			RES			RES	
		SEMI RES			SEMI RES			SEMI RES	
Strutture per persone con problemi psichiatrici		RES			RES			RES	
		SEMI RES			SEMI RES			SEMI RES	
Strutture per malati di AIDS		RES			RES			RES	
		SEMI RES			SEMI RES			SEMI RES	
Hospice per malati terminali									
Strutture ambulatoriali									
	Radiologia								
	Lab Analisi								
	Altro (ad es. studi odontoiatrici, etc.)								
Riabilitazione ex art. 26									
Altre strutture (specificare)									

TABELLA IV

STRUTTURE PRIVATE - MODALITA' VERIFICA ACCREDITAMENTO AL 31 MAGGIO 2010								
STRUTTURE	Strutture provvisoriamente accreditate (ex Art. 8-quater, comma 7, D.lgs. 502/92 e ex. Art. 1, comma 796, lettere s/t/u, L. 296/2006)				Strutture definitivamente accreditate (ex Art. 8-quater, D.lgs. 502/92)			
	N° totale	Tipologia verifica	N° (%)	TOT	N° totale	Tipologia verifica	N° (%)	TOT
Strutture di ricovero ospedaliere	-	Solo Autocertificazione			-	Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale				Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis				Altro (specificare)		
Strutture di riabilitazione ex art.26	-	Solo Autocertificazione			-	Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale				Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis				Altro (specificare)		
Strutture per anziani e demenze senili	-	Solo Autocertificazione			-	Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale				Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis				Altro (specificare)		
Strutture per disabili	-	Solo Autocertificazione			-	Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale				Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis				Altro (specificare)		
Strutture per dipendenze patologiche	-	Solo Autocertificazione			-	Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale				Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis				Altro (specificare)		
Strutture per persone con problemi psichiatrici	-	Solo Autocertificazione			-	Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale				Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis				Altro (specificare)		
Strutture per malati di AIDS	-	Solo Autocertificazione			-	Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale				Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis				Altro (specificare)		
Strutture per malati terminali	-	Solo Autocertificazione			-	Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale				Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis				Altro (specificare)		
Strutture ambulatoriali								
Radiologia	-	Solo Autocertificazione			-	Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale				Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis				Altro (specificare)		
Lab Analisi	-	Solo Autocertificazione			-	Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale				Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis				Altro (specificare)		
Altro (ad es. studi odontoiatrici, etc.)	-	Solo Autocertificazione			-	Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale				Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis				Altro (specificare)		
Riabilitazione ex art. 26	-	Solo Autocertificazione			-	Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale				Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis				Altro (specificare)		
Altre strutture (specificare)	-	Solo Autocertificazione			-	Solo Autocertificazione		
		Autocert.+ verifica esterna istituzionale				Autocert.+ verifica esterna istituzionale		
		Ope legis				Altro (specificare)		