UNIONE EUROPEA

REPUBBLICA ITALIANA

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

-"La Sardegna cresce con l'Europa" -

Progetto EGROW

Regione Autonoma della Sardegna

Servizi di analisi e miglioramento dei processi finalizzati all'erogazione di servizi online

MS5

BPR (varie attività)

Report AS IS e TO BE procedimento "Voltura dell'autorizzazione regionale all'esercizio e dell'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie"

I Report di analisi AS IS e TO BE contengono le informazioni relative alle seguenti attività:

BPR2- Rapporti di check-up procedurale e processuale

BPR5 - Rapporti di analisi e proposte per la standardizzazione

BPR6 - Proposte di realizzazione dei processi trasversali e specificazione delle interrelazioni con i processi verticali

BPR10 - Scenari d'uso e specifica dei requisiti per l'informatizzazione

BPR13- Indicatori di performance AS-IS

BPR15- Presentazioni principali criticità e aree di miglioramento

BPR16 - Individuazione indicatori di performance TO-BE

BPR18- Indicatori di obiettivo

28 Febbraio 2012 Versione 1.0

Data Riunione AS IS	Data Riunione TO BE	Intervistato	Redatto da
12/01/2012		Geom. Dario Paulis	*Team progettuale*
	24/01/2012	Geom. Dario Paulis	*Team progettuale*
	21/02/2012	Geom. Dario Paulis	*Team progettuale*

UNIONE EUROPEA REPUBBLICA ITALIANA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- "La Sardegna cresce con l'Europa" -

Progetto EGROW

Regione Autonoma della Sardegna

Servizi di analisi e miglioramento dei processi finalizzati all'erogazione di servizi online

Report AS IS del procedimento:

VOLTURA DELL'AUTORIZZAZIONE REGIONALE ALL'ESERCIZIO E DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO- SANITARIE

BPR2- Rapporti di check-up procedurale e processuale
BPR13- Indicatori di performance AS-IS
BPR18- Indicatori di obiettivo
BPR15- Presentazioni principali criticità e aree di miglioramento

12 Gennaio 2012 Versione 1.0

SOMMARIO

INTRODUZIONE AL DOCUMENTO 3

REPORT AS IS DEL PROCEDIMENTO 4

1. INFORMAZIONI INTRODUTTIVE 4

1.1 ATTIVITA' SVOLTE: 4

1.2 OBIETTIVI DEGLI INCONTRI 4

1.3 INFORMAZIONI GENERALI DEL PROCEDIMENTO 4

2. GAP ANALYSIS/CRITICITA' 8

3. INDICATORI DI PERFORMANCE E DI OBIETTIVO 8

4. ALLEGATI 8

4.1 MAPPATURA 8

La realizzazione del Progetto è finanziata interamente dal Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale (FESR) 2007-2013 (rif. Asse I, obiettivo 1.1.1, linea di attività 1.1.1.a , capitoli di spesa di competenza del servizio dell'innovazione, progettazione, gare e contratti in ambito ICT)

INTRODUZIONE AL DOCUMENTO

La fase di progetto 2.3 "Analisi di dettaglio della situazione "AS-IS e proposte di miglioramento ("TO-BE"), prevede una Mappatura AS-IS preliminare, atta a rilevare la situazione attuale in maniera dettagliata, in termini di processi, procedure, sistemi a supporto e allineamento con il sistema di controllo interno, e conseguente identificazioni delle criticità[1].

Tali attività saranno supportate dall'impiego del software ARIS e sono state realizzate tramite incontri di condivisione e workshop di approfondimento, coerentemente con le modalità di coinvolgimento e partecipazione attiva della Regione, in particolare della figura del Responsabile unico di procedimento.

Il documento della Road Map delle attività[2], all'interno della sezione relativa alla metodologia applicabile a questa fase, prevede la predisposizione e la consegna di due verbali quali documenti finali di sintesi da consegnare al referente e al Direttore di riferimento rispettivamente:

- della fase AS-IS e di Gap Analysis (**I verbale**) e
- della fase TO-BE (**II verbale**).

[1] Come previsto da Offerta Tecnica, rif. Cap. 2, paragrafo 2.3.1.2, pag. 69 e seg.
[2] Rif. Road Map delle attività, Cap.2, pagg 4 e 5.

REPORT AS IS DEL PROCEDIMENTO

1. INFORMAZIONI INTRODUTTIVE

Hanno partecipato all'incontro:

- Per la Regione Sardegna: Geom. Dario Paulis
- Per il Team progettuale: Dr. Vanni Sgaravatti e Dr. Nicola Giannerini

1.1 ATTIVITA' SVOLTE:

Incontri preliminari in cui sono stati illustrati obiettivi e metodologie del progetto e l'importanza del coinvolgimento convinto delle persone e dei servizi coinvolti dal progetto.
Sono state elaborate le informazioni rilevate, verificando eventuali incongruenze e rappresentando le stesse in opportune visualizzazioni che dovrebbero aiutare a definire specificità e criticità del procedimento, i cui risultati sono riportati nel presente verbale/report

1.2 OBIETTIVI DEGLI INCONTRI

a. Presentazione del progetto e delle attività svolte
b. Verifica della mappatura del procedimento "as is"
c. Presentazione delle criticità / gap analysis
d. Ulteriori approfondimenti/ spunti operativi per la fase TO BE

1.3 INFORMAZIONI GENERALI DEL PROCEDIMENTO

- ***Titolo:*** *Voltura dell'autorizzazione regionale all'esercizio e dell'accreditamento delle strutture sanitarie e socio- sanitarie*
- ***Assessorato:*** *Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale*
- ***D.G.:*** *Direzione Generale della Sanità*
- ***Servizio:*** *Servizio dell'assistenza ospedaliera ed autorizzazioni e accreditamenti delle strutture sanitarie e socio sanitarie*
- ***Destinatari:*** *Nuovi proprietari/possessori di strutture sanitarie o socio-sanitarie*
- ***Attori coinvolti:*** *Proprietari/Possessori di strutture sanitarie o socio sanitarie, Servizio regionale*
- ***Risorse impiegate:*** *4 persone: 0,8 tempo uomo/anno*
- ***Descrizione procedimento:*** *Il trasferimento della titolarità del provvedimento di autorizzazione regionale all'esercizio o di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie è effettuato dalla Regione su richiesta del nuovo proprietario o possessore della struttura. La domanda di voltura viene esaminata dal Settore autorizzazioni e accreditamenti delle strutture sanitarie e sociosanitarie del Servizio, che verifica la correttezza e la completezza dei dati anagrafici e di tutta la documentazione presentata. Terminata questa fase, il Settore avvia l'istruttoria tecnica per la verifica dei requisiti. Nel caso in cui la documentazione risulti completa, il direttore del servizio rilascia, con propria determinazione, il provvedimento di trasferimento della titolarità. In caso contrario, il Settore richiede all'interessato di integrare la documentazione e, una volta ricevute le integrazioni, riapre l'istruttoria. In*

caso di mancata integrazione, la voltura sarà negata. La procedura si conclude entro 45 giorni dal ricevimento della domanda ma, nel caso in cui siano necessari ulteriori approfondimenti istruttori, il termine potrà essere sospeso per massimo 90 giorni, dopo averne dato comunicazione all'interessato.

- ***Volume pratiche:*** *circa 10 pratiche*
- ***N° comunicazioni cartacee (lettere, raccomandate, ecc.):***
  In entrata *(tipi di documento inviato per pratica):*
  1 domanda e circa 12 documenti allegati
  In uscita (tipi):
  1
  Descrizione documenti in entrata: *n.2 Marche da Bollo, n.1 domanda di voltura, n.1 copia del provvedimento di autorizzazione o n.1 copia del provvedimento di accreditamento; n.1 copia dell'atto con cui si trasferisce la proprietà o il possesso della struttura; n.1 una relazione sull'attività svolta e sui risultati raggiunti nell'anno precedente; n.1 scheda di valutazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi della struttura, firmata dal nuovo titolare; n. allegati relativi ai volumi di attività, alle apparecchiature elettromedicali ed al personale in servizio (un allegato per ogni tipologia di rapporto lavorativo: contratto a tempo indeterminato, contratto a tempo determinato, contratto di formazione e lavoro, contratto di consulenza e collaborazione, volontario); n.1 dichiarazione con la quale il soggetto subentrante garantisce la continuità: a) organizzativa d'impresa; b) della titolarità autorizzativa; c) organizzativa della struttura, anche per quanto riguarda le dotazioni organiche esistenti (organigramma);*
- ***Modalità di trasmissione della documentazione:*** *Cartacea*
- ***Input iniziale:*** *Richiesta di trasferimento della titolarità del provvedimento di autorizzazione*
- ***Output finale****: Determina di autorizzazione*
- ***Tempi effettivi per pratica (standard):*** *30 giorni*
- ***Tempi effettivi per pratiche eccezionali:*** *45 giorni (eventuale sospensione di 90 giorni)*
- ***Tempi per Fase principali e singole sottofasi:***
  Istruttoria e integrazioni: 20-25 gg
  Provvedimento: 5 gg
- ***Normativa di riferimento:*** *Decreto Ministeriale del 18/02/1982 - Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10/02/1984 - Requisiti minimi di strutturazione, di dotazione strumentale e di qualificazione funzionale del personale dei presidi che erogano prestazioni di diagnostica di laboratorio. Legge regionale n. 31 del 30/08/1991 - Interventi per la tutela e l'educazione sanitaria delle attività sportive. Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 - Riordino della disciplina in materia sanitaria. Legge regionale n. 36 del 07/12/1995 - Certificazione dell'idoneità allo svolgimento della pratica sportiva agonistica: modifiche alla legge regionale 30 agosto 1991, n. 31. Decreto del Presidente della Repubblica del 14/01/1997 - Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi*

minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Delibera della Giunta Regionale n. 26/21 del 04/06/1998 - Requisiti e procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Decreto Assessoriale n. 1957 del 29/06/1998 - Requisiti e procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14.01.1997. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20/01/2000 - Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative. Legge n. 40 del 19/02/2004 - Norme in materia di procreazione medicalmente assistita. Delibera della Giunta Regionale n. 24/38 del 27/05/2004 - Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, per l'autorizzazione all'esercizio dei laboratori di analisi cliniche aperti al pubblico. Allegati 1 e 1a alla delibera n. 24/38 del 27/05/2004 - Elenco delle prestazioni di base e specialistiche della medicina di laboratorio; elenco delle prestazioni di esclusiva competenza dei S.I.T e dei C.T.. Allegato 2 alla delibera n. 24/38 del 27/05/2004 - Requisiti minimi laboratori. Delibera della Giunta Regionale n. 44/9 del 20/09/2005 - Recepimento dell'Atto di intesa Stato-Regioni relativo alla "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso". Delibera della Giunta Regionale n. 25/6 del 13/06/2006 - Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati. Delibera della Giunta Regionale n. 25/7 del 13/06/2006 - Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'apertura e al funzionamento e per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita. Legge regionale n. 10 del 28/07/2006 - Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5. Delibera della Giunta Regionale n. 53/8 del 27/12/2007 - Attività sanitarie e sociosanitarie di riabilitazione. Adeguamento requisiti minimi, parametri di fabbisogno e sistema di remunerazione. Delibera della Giunta Regionale n. 19/1 del 28/03/2008 - Attività sanitarie e socio sanitarie di riabilitazione globale: riorganizzazione della rete territoriale; Delibera della Giunta Regionale n. 21/52 del 08/04/2008 - Strutture rivolte ad adolescenti e giovani adulti con disturbo mentale, sottoposti a misure giudiziarie: requisiti per l'autorizzazione all'esercizio di attività socio-sanitarie e per l'accreditamento istituzionale. Approvazione preliminare. Delibera della Giunta Regionale n. 26/10 del 06/04/2008 - Strutture rivolte ad adolescenti e giovani adulti con disturbo mentale, sottoposti a misure giudiziarie: requisiti per l'autorizzazione all'esercizio di attività socio-sanitarie e per l'accreditamento istituzionale. Approvazione definitiva. Delibera della Giunta Regionale n. 71/12 del 16/12/2008 - Indirizzi alle Aziende sanitarie locali per il miglioramento delle pratiche vaccinali. Piano Regionale della Prevenzione. Delibera G.R. n. 29/2 del 5 luglio 2005. Delibera della Giunta Regionale n. 3/9 del 16/01/2009 - Indirizzi alle Aziende sanitarie locali per l'avvio sperimentale delle attività di Riabilitazione globale a ciclo continuativo alta intensità. Delibera della Giunta Regionale n. 42/14 del 15/09/2009 - Modifica dell'art. 26, comma 2 della Delib. G.R. n. 26/21 del 4.6.1998 recepita con Decreto assessoriale n. 1957/3 del 29.6.1998. Delibera

della Giunta Regionale n. 2/19 del 19/01/2010 - Attuazione delle disposizioni della Legge n. 296/2006, art. 1, comma 796, lett. s), t), u) e in applicazione della L.R. n. 10/2006, art. 7. Delibera della Giunta Regionale n. 25/29 del 01/07/2010 - Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie. Procedure per il passaggio dall'accreditamento transitorio a quello provvisorio e per il rilascio dell'accreditamento definitivo. Delibera della Giunta Regionale n. 34/26 del 18/10/2010 - Revisione ed integrazione dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio sanitarie operanti nella Regione Sardegna. Classificazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private. Delibera della Giunta Regionale n. 47/42 del 30/12/2010 - Revisione ed integrazione dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie. Classificazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie. Modifica e integrazione della DGR n. 34/26 del 18.10.2010. Delibera della Giunta Regionale n. 47/43 del 30/12/2010 [pubblicata sul Buras n. 8 del 19 marzo 2011] - Requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie. Procedure per il passaggio dall'accreditamento transitorio all'accreditamento provvisorio e per il rilascio dell'accreditamento definitivo. Approvazione definitiva. Nota del Direttore generale Prot. n. 4241/XV.8.12 del 18/02/2011 - Classificazione delle strutture sanitarie e adempimenti della Regione e dei Comuni in materia di autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio delle strutture sanitarie e socio sanitarie. Delibera della Giunta Regionale n. 34/26 del 18/10/2010 Legge n. 10 del 26/02/2011 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 dicembre 2010, n. 225, recante proroga di termini previsti da disposizioni legislative e di interventi urgenti in materia tributaria e di sostegno alle imprese e alle famiglie. Determinazione del Direttore del Servizio n. 6952/Det/190 del 21/03/2011. Accreditamento istituzionale in regime di provvisorietà delle strutture Sanitarie e socio sanitarie private, ai sensi della D.G.R. 02/19 del 19/01/2010. Approvazione definitiva dell'elenco delle strutture private accreditate in regime provvisorio. Circolare del Direttore Generale n. 9125 del 12/04/2011 - Circolare inerente l'applicazione della Legge 10/2011 di conversione del Decreto Legge N. 25 del 29/12/2010 (Decreto mille proroghe), sul rilascio dell'accreditamento definitivo alle strutture sanitarie e socio sanitarie nella Regione Sardegna.Chiarimenti Delibera della Giunta Regionale n. 37/10 del 06/09/2011 - Adeguamento della tariffa prevista dalla DGR n. 71/18 del 16.12.2008 e integrazione dei requisiti minimi tecnologici e organizzativi dei Centri Hospice di cui alla DGR n. 47/42 del 30.12.2010. Delibera della Giunta Regionale n. 39/21 del 23/09/2011 - Integrazione DGR n. 47/42 del 30.12.2010. Approvazione schede di autovalutazione dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie destinate alla riabilitazione per patologie cardiovasculo-respiratorie e dei centri hospice.

- ***Presenza di sistemi informativi già interpellati o utilizzati sul procedimento:*** *Nessuno*
- ***Presenza di database o modelli excel utilizzati sul procedimento:*** *Nessuno*
- ***Collegamenti a procedimenti trasversali o di supporto interni alla Regione:*** *Protocollo della Direzione*
- ***Collegamenti a procedimenti o sistemi esterni alla Regione:*** *Nessuno*

- ***Strategicità del procedimento:*** *Medio-alta.*
- ***Sistema di controlli per verifica requisiti di qualità:*** *Non ci sono strumenti particolari adottati: check list; sistemi informatici che avvisino automaticamente o impediscano il proseguimento di un'attività. Né sono impegnati soggetti che controllano diversi da chi svolge l'attività. Nonostante questo le competenze messe in campo, sono in grado di presidiare la qualità del procedimento.*
- ***Gestione delle eccezioni***: *Nessuno*

2. GAP ANALYSIS/CRITICITA'

Titolo: Gestione, controllo della documentazione (cartacea)
Tipo di criticità: complessità nella gestione documentale (sistema informativo/informatico); rischi di inefficienze gestionali e di rintracciabilità di dati e informazioni
Descrizione della criticità: le comunicazioni, trasmissione e archiviazione sono tutte cartacee. I documenti allegati sono trasmessi in parte in formato cartaceo oppure in via informatica in formato pdf, senza possibilità di modifiche o inserimento di informazioni da parte del servizio. Difficoltà, inoltre nel poter migliorare ancora il tempo di risposta agli istanti. Attualmente le criticità sono ben gestite, grazie all'impegno, alla competenza e alla profonda conoscenza del processo da parte dei responsabili del servizio, a scapito di un carico di lavoro che, in teoria, potrebbe essere meglio indirizzato.
Tipo di soluzione: gestione informatizzata del flusso informativo e di trasmissione della documentazione (descritta nel report "to be")
Descrizione soluzione: si propone di informatizzare la modulistica, con possibilità di dialogo o scambio interattivo tra istante e servizio, automatico aggiornamento dello stato di avanzamento del procedimento e automatiche segnalazioni di alert, in relazione, ad esempio, ai tempi rispetto alle scadenze attese e/o richieste. Inoltre, si propone di riprendere automaticamente le informazioni già inserite in una fase del processo, in format di comunicazioni necessari per altre fasi del processo, senza dover richiederne nuovamente l'inserimento.

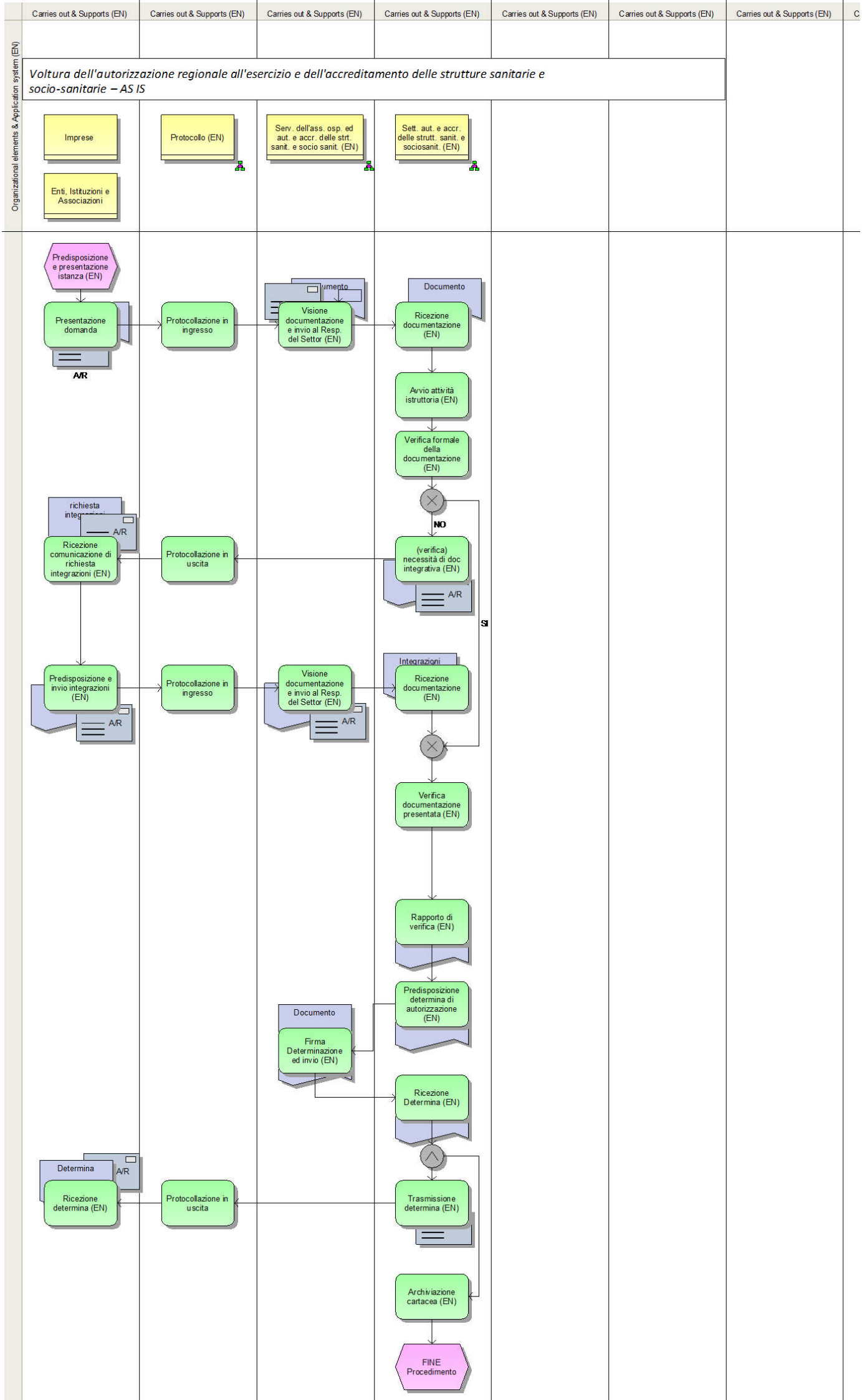
3. INDICATORI DI PERFORMANCE E DI OBIETTIVO

- ***Tempo medio di attraversamento del processo:*** *30 giorni*
- ***N° e % di eccezioni ai tempi medi di attraversamento del processo:*** *10%; 45 giorni*
- ***N° di reclami/ricorsi su totale pratiche gestite:*** *Nessuno*
- ***% e numero pratiche andate a buon fine o non complete:*** *il 90% delle pratiche vanno a buon fine*

4. ALLEGATI

4.1 MAPPATURA

MS5-SANIT_41_mappatura_v.1_2011122


Carries out & Supports (EN)
Organizational elements & Application system (EN)
Voltura dell'autorizzazione regionale all'esercizio e dell'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie – AS IS
Imprese
Enti, Istituzioni e Associazioni
Protocollo (EN)
Serv. dell'ass. osp. ed aut. e accr. delle strt. sanit. e socio sanit. (EN)
Sett. aut. e accr. delle strutt. sanit. e sociosanit. (EN)
Predisposizione e presentazione istanza (EN)
Presentazione domanda
A/R
Protocollazione in ingresso
Visione documentazione e invio al Resp. del Settor (EN)
Documento
Ricezione documentazione (EN)
Avvio attività istruttoria (EN)
Verifica formale della documentazione (EN)
NO
SI
(verifica) necessità di doc integrativa (EN)
A/R
Protocollazione in uscita
Ricezione comunicazione di richiesta integrazioni (EN)
Predisposizione e invio integrazioni (EN)
Protocollazione in ingresso
Visione documentazione e invio al Resp. del Settor (EN)
Integrazioni
Ricezione documentazione (EN)
Verifica documentazione presentata (EN)
Rapporto di verifica (EN)
Predisposizione determina di autorizzazione (EN)
Documento
Firma Determinazione ed invio (EN)
Ricezione Determina (EN)
Determina
Ricezione determina (EN)
Protocollazione in uscita
Trasmissione determina (EN)
Archiviazione cartacea (EN)
FINE Procedimento

SANIT_41	VOLTURA DELL'AUTORIZZAZIONE REGIONALE ALL'ESERCIZIO E DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE								
FASE	**DESCRIZIONE**	**CHI SVOLGE QUESTA FASE**	**QUANDO**	**INPUT**	**OUTPUT**	**DESTINATARI**	**TEMPI**	**RISORSE**	**CRITICITA'**
Invio richiesta	Il possessore di struttura o il nuovo possessore devono inviare richiesta alla Regione per Il trasferimento della titolarità del provvedimento di autorizzazione	Soggetto istante	n.d.	Richiesta di trasferimento della titolarità del provvedimento di autorizzazione	Invio documentazione richiesta con n. 2 marche da bollo	Servizio dell'assistenza ospedaliera	n.d.	n.d.	invio documentazione tramite raccomandata postale + n.2 marche da bollo
Integrazioni	Eventuale richiesta di integrazione documentale	Servizio dell'assistenza ospedaliera	n.d.	Documetazione presentata	Richiesta integrazioni	Soggetto istante			
		Soggetto istante	n.d.	Documentazione da integrare	Documentazione integrata	Servizio dell'assistenza ospedaliera		n.d.	
Istruttoria	Il servizio verifica formalmente la documentatazione pervenuta ed eventualmente richiede integrazione	Servizio dell'assistenza ospedaliera	n.d.	verifica correttezza e la completezza dei dati anagrafici e di tutta la documentazione presentata	rapporto di verifiva	Servizio dell'assistenza ospedaliera	45 giorni	n.d.	
Autorizzazione	Se la documentazione è corretta e il soggetto ha i requisitiil Servizio rilascia Determina	Servizio dell'assistenza ospedaliera	n.d.	Documentazione	Determina	Soggetto istante		n.d.	Se negativo il soggetto deve integrare la documentazione e il Servizio riapre l'Istruttoria
Integrazioni	Eventuale richiesta di integrazione documentale	Soggetto istante	n.d.	Documentazione da integrare	Documentazione integrata	Servizio dell'assistenza ospedaliera	sospensione del procedimento max per 90 giorni	n.d.	
Archiviazione	Archiviazione cartacea e/o su file excel della pratica	Servizio dell'assistenza ospedaliera	n.d.	Determina	Archivio cartaceo	Servizio dell'assistenza ospedaliera	n.d.	n.d.	







- "La Sardegna cresce con l'Europa" -

Progetto EGROW

Regione Autonoma della Sardegna

Servizi di analisi e miglioramento dei processi finalizzati all'erogazione di servizi online

Report TO BE del procedimento:

VOLTURA DELL'AUTORIZZAZIONE REGIONALE ALL'ESERCIZIO E DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO- SANITARIE

BPR5 - Rapporti di analisi e proposte per la standardizzazione
BPR6 - Proposte di realizzazione dei processi trasversali e specificazione delle interrelazioni con i processi verticali
BPR10 - Scenari d'uso e specifica dei requisiti per l'informatizzazione
BPR16 - Individuazione indicatori di performance TO-BE

21 Febbraio 2012 Versione 1.0

SOMMARIO

REPORT RELATIVO AL PROCEDIMENTO 3
1 INFORMAZIONI INTRODUTTIVE 3
1.1 PARTECIPANTI AGLI INCONTRI 3
1.2 OBIETTIVI DELLE ANALISI 3
2. INFORMAZIONI GENERALI DEL PROCEDIMENTO 3
2.1 RAPPORTI DI ANALISI E PROPOSTE PER LA STANDARDIZZAZIONE 3
2.2 ALTERNATIVE DI RIPROGETTAZIONE 6
2.3 PROPOSTE DI REVISIONE NORMATIVA 6
2.4 SCENARI D'USO E SPECIFICA DEI REQUISITI PER L'INFORMATIZZAZIONE 6
3. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE 8
3.1 PROPOSTE DI REALIZZAZIONE DEI PROCESSI TRASVERSALI E SPECIFICAZIONE DELLE INTERRELAZIONI CON I PROCESSI VERTICALI 8
3.2 PROPOSTE DI INTEGRAZIONE CON ALTRE AMMINISTRAZIONI 9
3.3 ALTRI MIGLIORAMENTI E SOLUZIONE DEI PROBLEMI EVIDENZIATI NELLA GAP ANALYSIS 9
4. INDICATORI DI PERFORMANCE E DI OBIETTIVO 9
5. ALLEGATO I – FLOW CHART DI TO BE 10
6. ALLEGATO II – MODELLO DEI DATI 10
7. ATTVITA' DI CHANGE MANAGEMENT OSSERVAZIONI 12

La realizzazione del Progetto è finanziata interamente dal Fondo Europeo per lo Sviluppo Regionale (FESR) 2007-2013 (rif. Asse I, obiettivo 1.1.1, linea di attività 1.1.1.a , capitoli di spesa di competenza del servizio dell'innovazione, progettazione, gare e contratti in ambito ICT)

REPORT RELATIVO AL PROCEDIMENTO

1 INFORMAZIONI INTRODUTTIVE

1.1 PARTECIPANTI AGLI INCONTRI

Hanno partecipato all'incontro:

- Per la Regione Sardegna: Geom. Dario Paulis
- Per il Team progettuale: Dr. Vanni Sgaravatti e Dr. Nicola Giannerini

1.2 OBIETTIVI DELLE ANALISI

a. Individuazione di standard di processo
b. Realizzazione di un modello a tendere il più possibile confacente alle esigenze di efficienza per la Regione ed efficacia per gli utenti
c. Raccolta del maggior numero di informazione per l'informatizzazione
d. Adeguamento dei procedimenti ai sistemi informativi

2. INFORMAZIONI GENERALI DEL PROCEDIMENTO

2.1 RAPPORTI DI ANALISI E PROPOSTE PER LA STANDARDIZZAZIONE

Non ci sono modifiche al flusso delle attività, derivanti dal processo di reingegnerizzazione. La sequenza delle fasi del procedimento: dall'invio dell'istanza, all'istruttoria; alla fase conclusiva con l'eventuale concessione dell'autorizzazione e archiviazione è logica, conforme alla normativa ed efficiente.
La sequenza logica e cronologica delle attività, riferiti ai soggetti responsabili e coinvolti e conseguenti passaggi di output e documenti informativi sono rappresentati nei diagramma di flusso, disegnati in Aris e pubblicati nel sito e-grow della Regione.
I miglioramenti individuabili e derivanti dal previsto progetto di informatizzazione, pur non modificando il flusso delle attività, permettono di migliorare il controllo delle scadenze; ottimizzare i carichi di lavoro; migliorare il controllo della qualità delle attività di istruttoria; permettere una più facile rintracciabilità di informazioni e di documenti; di agevolare l'utente/istante nel fornire le risposte alle richieste di integrazione e maggiore specificazione da parte del Servizio.

Di seguito si riportano due tabelle: la prima con il livello di informatizzazione proposto per ogni fase e la seconda con le previste interfaccia/schermate utente per fase.

Tab. 1: Livello informatizzazione (in corsivo: fasi non comprese nell'interfaccia utente: Tab. 2)

Fase	**Attore**	**Modalità**	**Proposte**
Attività di avvio e supporto al procedimento			
A) Accesso e identificazione al Portale	Utente	carta d'identità elettronica richiesta credenziali; carta nazionale servizi con richiesta credenziali; posta elettronica certificata con email; sportello con documento di identità.	Informatizzazione totale
B) Protocollazione	*Protocollo*	*Protocollazione elettronica con SIBAR*	*Informatizzazione totale*
C) Controllo, gestione e archiviazione	*Servizio*	*Registrazione data attività e numero giorni dall'avvio automaticamente visualizzati a completamento form elettronici (Form 1 e 6); Alert per ritardi rispetto a scadenze attese per le diverse attività; link a form elettronici e a documenti caricati*	*Informatizzazione totale*
Attività per la realizzazione del procedimento			
D) Presentazione - Istanza - Documentazione	 Utente Utente	 Inserimento dati (form) Caricamento documenti	Informatizzazione quasi totale (form)
E) Istruttoria: - Verifica docum. - Richieste di integrazione documentazione	Resp. Procedimento	Check automatico; Gestione on line richieste e firma digitale e aggiornamento documentazione integrativa richiesta	Informatizzazione quasi totale (form)
H) Autorizzazione/ accreditamento: concessione; diniego	Servizio; resp procedimento	Visualizzazione dati e informazioni relativi ai risultati dell'istruttoria e del rapporto di verifica. Inserimento dati per la relazione amministrativa e trasmissione via informatica decisione link alla determina, all'istante, con conferma digitale per accettazione	Informatizzazione totale

Tab. 2: Interfaccia Servizio/Utente

Fase	Attore	Interfaccia/schermata
Presentazione e avvio: istanza, documentazione	Utente	*Form* di inserimento dati; Sistema di *flag* per i *"campi dichiarazioni"* nel form; Sezione di download documentazione scansionata.
	Settore	Schermata con elenco soggetti istanti e flag verde di corretta compilazione del form e caricamento di tutta la documentazione necessaria o flag rosso per documentazione allegata non completa allegata o flag arancione per documentazione inviata via posta in formato cartaceo (richiesta dell'utente). Per i documenti inviati in formato cartaceo nella sezione dedicata inserimento di un campo con l'automatica assegnazione di una sigla da riportare nel documento inviato.
Istruttoria: verifica documentazione e richiesta di integrazioni	Resp. Procedim.	Caricamento esiti e motivazioni per ciascun beneficiario, sulla stessa schermata generatasi in fase di ricezione istanze. Con un click si rendono pubblici i risultati nell'area riservata a ciascun utente. Segnalazione di Alert al momento dell'inserimento nei campi di aggiornamento richiesti.
	Istante	Visualizzazione richieste di integrazioni, *flaggate* in un elenco campi (ripresi dai campi dell'istanza o dall'elenco della documentazione prevista) con automatica apertura del relativo campo di aggiornamento Inserimento delle informazione nei campi di aggiornamento e inserimento di un download nella sezione documentazione scansionata
Autorizzazione/ accreditamento; Determine	Servizio	Protocollazione informatica e inserimento nell'area riservata ad ogni utente di dati e informazioni contenuti nella relazione amministrativa; con link al testo della determina

Note per la tabella 3 e 4.

La tabella 3 "Elenco form ..", riporta per ogni "form" (insieme di campi omogenei per funzioni, raggruppati in moduli/viste informatiche), il riferimento alle fasi, il cui livello di informatizzazione è descritto in tab. 1; gli owner e i destinatari, il tipo di campi richiesti, i documenti in uso in cui sono rintracciabili i campi, il tipo di inserimento dei dati (vedi nota 2, seguente).

Nota 1:
Per Owner (soggetto che inserisce i dati) si intende: Utente/istante; Responsabile del procedimento, altri soggetti interni alla Regione: Gdv

Nota 2:
Le indicazioni riportate nella colonna "inserimento" della tab. 3 sono:

- Aut. (nr) = il tipo di campo visualizzato nel form è ripreso automaticamente da altro form (il cui numero è indicato tra parentesi)
- Manuale = inserimento dei dati dall'owner nel campo apposito
- Link: collegamento a documenti o file in genere

Le tabelle 4, inserite alla fine del presente report, riportano l'elenco dei campi compresi nel "tipo di campi", già riportati nella tabella 3, e ripresi dai documenti in uso (citati).

Tab. 3 Elenco form (visualizzazion informatiche/tipo di campi).
(* Nella colonna "inserimento" si indica: "Manuale" se è un soggetto che inserisce i dati; "link" se si prevede un collegamento a un documento caricato; "Automatico" se il dato è ripreso da un altro form, indicando il relativo numero)

Nr.	**FORM**	Tipo di campi	Inseri-mento*
1	Titolo: Domanda Owner: Istante Destinatari: Resp. Procedimento Fase: Presentazione istanza (tab.1) Moduli in uso: Domanda	- Anagrafica struttura/istante - Tipo di struttura - Descrizione struttura - Elenco documenti allegati Sezione di: - Download documenti - Conferma invio documenti integrativi	Manuale Flag Manuale Manuale Link Flag
6	Titolo: Relazione Amministrativa Owner: Responsabile procedimento Destinatari: Resp. Servizio/Istante Fase: Istruttoria (tab 1 E) Moduli in uso:Doc. 12	- Riferimenti domanda - Anagrafica istante - Tipo di struttura - Elenco documenti verificati Integrazioni richieste	Aut. (2) Aut. (1) Aut. (1) Flag Manuale

Di seguito si rappresentano in un diagramma i flussi di "alimentazione" dei "form", riportati nella Tabella 3. Il disegno non costituisce un dettaglio dei flow-chart del procedimento, pubblicati nel sito del progetto, ma è utilizzato solo come ausilio alla comprensione della tabella, per questo procedimento.

2.2 ALTERNATIVE DI RIPROGETTAZIONE

Non ci sono alternative di riprogettazione (vedi paragrafo precedente 2.1)

2.3 PROPOSTE DI REVISIONE NORMATIVA

Non è stata individuata alcuna revisione normativa che possa incidere positivamente sulla standardizzazione del procedimento.

2.4 SCENARI D'USO E SPECIFICA DEI REQUISITI PER L'INFORMATIZZAZIONE

I flussi informativi, come riportato nel diagramma allegato, prevedono i seguenti "tipi di comunicazione":

in entrata

- da Istante (struttura sanitaria) a Servizio Regionale
  - Istanza per voltura per autorizzazione o accreditamento o modifica ragione sociale con caricamento documentazione richiesta

- Risposta a richieste di integrazione di informazioni e documentazione, in fase di istruttoria
- Conferme per accettazione e ricevimento (proposto nel progetto di informatizzazione) delle comunicazioni da parte del Servizio (integrazioni richieste, rapporto di verifica finale)

in uscita

- da Servizio Regionale a Istante/Struttura
  - Comunicazioni avvio procedimento
  - Richieste di integrazioni
  - Relazione amministrativa (Valutazione finale)
  - Concessione/diniego dell'autorizzazione

Tutte le comunicazioni interne, nel progetto di informatizzazione proposte, avranno un feed-back con inserimento di flag per accettazione/ricevimento e alert per il sollecito all'inserimento di risposte/informazioni richieste.

Non risultano "pratiche" particolari, la cui gestione preveda flussi informativi modificati rispetto a quelli sopra sintetizzati e disegnati nel relativo flow-chart.

Natura temporale del procedimento		
PROCEDIMENTO CONTINUO ☒	PROCEDIMENTO PERIODICO ☐	PROCEDIMENTO OCCASIONALE ☐

Descrizione dello scenario.

All'avvio del procedimento in fase di presentazione istanza

L'informatizzazione, consiste nella predisposizione di un modulo per l'invio telematico della domanda (già in uso), dei documenti allegati, con inserimento di integrazione di informazioni e documentazione richieste, segnalate dal Responsabile del procedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata all'arrivo della domanda e alla comunicazione da parte del Responsabile del Servizio dell'avvio del procedimento.
In questa fase si propongono inserimenti di flag quando le richieste sono ricevute, di alert per segnalare l'inserimento delle richieste e per segnalare le scadenze (tab. 2).

I documenti caricati sono quelli da allegare all'istanza, e riportati nell'elenco campi (tab. 4). I format previsti (tab. 3) fanno riferimento alla struttura dei moduli già in uso, progettati secondo prassi interne e non necessariamente rispondenti ad obblighi normativi.

La gestione informatica dei flussi nel corso del processo

Tutte le comunicazioni esterne e interne citate all'inizio del presente paragrafo dovrebbero essere trasmesse e ricevute via telematica, tramite form (moduli informatizzati), che possono essere alimentati (tab. 3) da: inserimenti di informazioni (testo libero o flag per selezione di risposte già codificate – tab. 4), specifici "owner" di quello specifico modulo (tab. 3), da informazioni già presenti

in campi di altri “form” (tab. 3), da link a documenti relativi alla fase del procedimento, da “flag” inseriti dai destinatari per conferme di ricevimento/accettazione.
Come ricordato nel paragrafo precedente, non si sono individuati miglioramenti nella sequenza delle attività (flow-chart) e non si prevede che modifiche legislative o di tipo organizzativo, economico-finanziario possano impattare e modificarne il flusso. Anche per questo la progettazione dell’informatizzazione dei flussi informativi dovrebbe rimanere stabile e valida nel futuro, per un arco di tempo sufficientemente lungo.
Si ricorda che il procedimento lato utente si avvia con un accesso al portale tramite user name e password, che recupera l’anagrafica completa dell’utente. Tale accesso, autenticato a monte dalla regione attraverso un processo di identificazione e autenticazione, sarà equipollente alla firma digitale.

Gestione informatica per il controllo sullo stato di avanzamento del processo e per il rispetto delle scadenze

I “form”/moduli informatici sono collegati alle diverse attività del procedimento, secondo una sequenza cronologica. Si propone, quindi, che il sistema preveda un aggiornamento automatico di un report informatico sullo stato di avanzamento del lavoro, attraverso un inserimento nel data base di controllo della data di avvenuta compilazione di ogni form. Inoltre il sistema potrebbe tenere conto e registrare le date dei vari stadi di compilazione di un form: ad esempio, inserimento di dati; avvenuto invio (autorizzazione alla visualizzazione da parte del destinatario); inserimento dei flag di avvenuta ricezione; aggiornamenti/integrazioni eventualmente richieste inserite. Nei relativi form, la necessità di compilazione di un campo potrebbe essere segnalata con flag di colori differenti: arancione (in attesa di risposta), rosso (superamento della scadenza).

Si propone, quindi, di poter disporre di un “cruscotto di controllo” in cui possano essere visualizzate per ogni pratica: lo stadio di avanzamento, i giorni intercorsi dall’avvio, i giorni di ritardo; gli alert di sollecito inviati. Potranno essere disponibili, quindi, tempestivamente e in ogni momento, statistiche sui tempi di lavorazione per tipo di struttura e per tipo.
Inoltre dall’elenco pratiche con le informazioni sugli stati di avanzamento dovrebbe essere possibile tramite semplici “click”, rintracciare le informazioni volute, registrate nei data base e visualizzate nei diversi form: nome struttura/istante; nomi gruppo di verifica, documenti, dati e informazioni prodotti e raccolti nelle fasi del procedimento.
Come già riportato in tab. 2 si prevede, inoltre, di disporre di segnalazioni flag di colori differenti

3. INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

3.1 PROPOSTE DI REALIZZAZIONE DEI PROCESSI TRASVERSALI E SPECIFICAZIONE DELLE INTERRELAZIONI CON I PROCESSI VERTICALI

Non ci sono proposte per la standardizzazione e informatizzazione di processi trasversali interrelati con il procedimento. Si rammenta, comunque, il collegamento con la gestione del Protocollo informatico.

3.2 PROPOSTE DI INTEGRAZIONE CON ALTRE AMMINISTRAZIONI

Non si prevedono integrazioni con altre strutture.

3.3 ALTRI MIGLIORAMENTI E SOLUZIONE DEI PROBLEMI EVIDENZIATI NELLA GAP ANALYSIS

Le criticità riportate nella "gap analysis", relative alla possibilità di errori per mancato aggiornamento dei dati sono tutte affrontabili attraverso il processo di informatizzazione.

4. INDICATORI DI PERFORMANCE E DI OBIETTIVO

Di seguito si riportano i tipi di indicatori e possibili risultati attesi, dopo il processo di informatizzazione. Naturalmente i valori riportati sono indicativi e potranno essere meglio definiti nella fase di sviluppo e sperimentazione del sistema. Cionondimeno, i valori sono frutto di stime ragionevoli, che se confermate, valorizzano i benefici del progetto.

- Diminuzione tempi medi di gestione del procedimento: 5%
- Diminuzione carichi di lavoro per pratica: -25% (se questo obiettivo fosse raggiunto, essendo 4 le persone dedicate alla gestione del procedimento, si potrebbero rendere disponibile un tempo di lavoro pari ad una persona)

  Altri obiettivi possibili, di tipo qualitativo:
- Affidabilità delle verifiche effettuate (maggior tempestività nel fornire tutte le informazioni al gruppo di verifica)
- Disponibilità di report sullo stato di avanzamento dei procedimenti in tempo reale, per comunicazioni ai responsabili interni (Servizio, Direzione Generale, Assessorato).

5. ALLEGATO I – FLOW CHART DI TO BE

Vedi flow-chart riportati in Aris

6. ALLEGATO II – MODELLO DEI DATI

Tab. 4: Elenco campi per tipo. Owner: istante

Tipo di campo	Form visualizzati (nr.) e collegabili;	Elenco campi

Anagrafica istante/struttura	1: domanda	➢ Nome del richiedente
		➢ Luogo di nascita
		➢ Data di nascita
		➢ Località di residenza
		➢ Indirizzo di residenza:
		  Nome via
		  Numero civico
		➢ Ruolo del richiedente:
		  titolare di studio
		  rappresentante legale di società o altra persona giuridica, facente capo alla società
		➢ Luogo della sede legale (se Società)
		➢ Indirizzo sede legale:
		  Nome della via
		  Numero civico
		➢ telefono
		➢ Fax
		➢ e-mail
		➢ codice fiscale
		➢ Part. IVA
		➢ Data
		➢ Timbro e firma rappresentate legale

Tipo di struttura	1: Domanda	➢ Voltura dell'autorizzazione ➢ Voltura dell'accreditamento ➢ Modifica della Ragione Sociale

Tipo di campo	Form visualizzati (nr.) e collegabili;	Elenco campi
Descrizione struttura	1: Domanda	➢ Voltura dell'autorizzazione (flag) ➢ Voltura dell'accreditamento (flag) ➢ Modifica della Ragione Sociale: o Struttura: denominazione o Sede operativa in: Comune o Via: o N.: o ➢ Già autorizzata con: o N.: o Del: o Rilasciata da: ➢ Gia accreditata con: o N.: o Del: o Rilasciata da: ➢ Dichiarazione di responsabilità: o Organizzativa d'impresa: flag o Della titolarità autorizzativa:flag o Organizzativa della struttura, compresa le dotazioni organiche esistenti: flag o Della qulità dei servizi e delle prestazioni erogate: flag o Dichiarazione di essere stato informato ai sensi dell'art. 13, D. lgs. N. 196/2003: flag

Tipo di campo	Form visualizzati (nr.) e collegabili;	Elenco campi
Elenco documenti allegati	1: Domanda	➢ una copia conforme all'originale dell'atto costitutivo della società, se necessario; ➢ copia fotostatica non autenticata di un documento di identità ➢ nomina del direttore sanitario e sua accettazione ➢ relazione sull'attività svolta e sui risultati raggiunti nell'anno precedente ➢ copia conforme all'originale del provvedimento di autorizzazione ➢ copia conforme all'originale del provvedimento di accreditamento ➢ copia conforme all'originale dell'atto costitutivo con cui si trasferisce la proprietà o il possesso della struttura ➢ copia conforme all'originale dell'atto attestante l'avvenuta variazione della ragione sociale ➢ certificato di iscrizione alla C.C.I.A.A. ➢ marca da bollo da € 14,62: flag (pagamento virtuale)

7. ATTVITA' DI CHANGE MANAGEMENT OSSERVAZIONI

Di seguito si riportano note relative alle attività di mentoring e coaching, che sono state di supporto alla rilevazione di dati e informazioni presso le strutture regionali e alla condivisione del lavoro svolto. Naturalmente, pur riportando queste note per ogni procedimento, queste sono simili per tutti quelli che sono di competenza dello stesso servizio.
Infatti, le attività di illustrazione degli obiettivi del progetto; di sensibilizzazione sulla sua importanza, della predisposizione delle modalità per un'attiva partecipazione sono state adattate all'ambiente professionale, tipico di ogni servizio, i cui responsabili e operatori sono molto spesso gli stessi interlocutori per procedimenti diversi.

Collaborazione e disponibilità
I diversi incontri con i responsabili dei procedimenti e i collaboratori hanno permesso di rilevare informazioni necessarie e fondamentali per comprenderne caratteristiche e criticità, anche per la fattiva collaborazione ed un atteggiamento proattivo, nella ricerca comune di possibili miglioramenti.

Alle riunioni hanno partecipato tutti gli operatori del Settore competente, lavorando con spirito di squadra. Le attività di mentoring e coaching sono state facilitate da tale spirito, che ha permesso di poter contare su un atteggiamento rivolto all'auto miglioramento continuo.

Il progetto è stato considerato importante da tutti i responsabili che operano per la gestione del procedimento e i risultati attesi dall'implementazione dell'informatizzazione sono ritenuti di supporto per: la semplificazione del lavoro interno, la rintracciabilità della documentazione, il miglioramento nella comunicazione sullo stato di avanzamento del progetto; il miglioramento dei rapporti con l'utenza, a cui potranno essere offerte modalità meno "burocratiche" nell'accesso al servizio e nelle comunicazioni con gli operatori della p.a., implicati nella gestione del procedimento.

Competenze informatiche interne

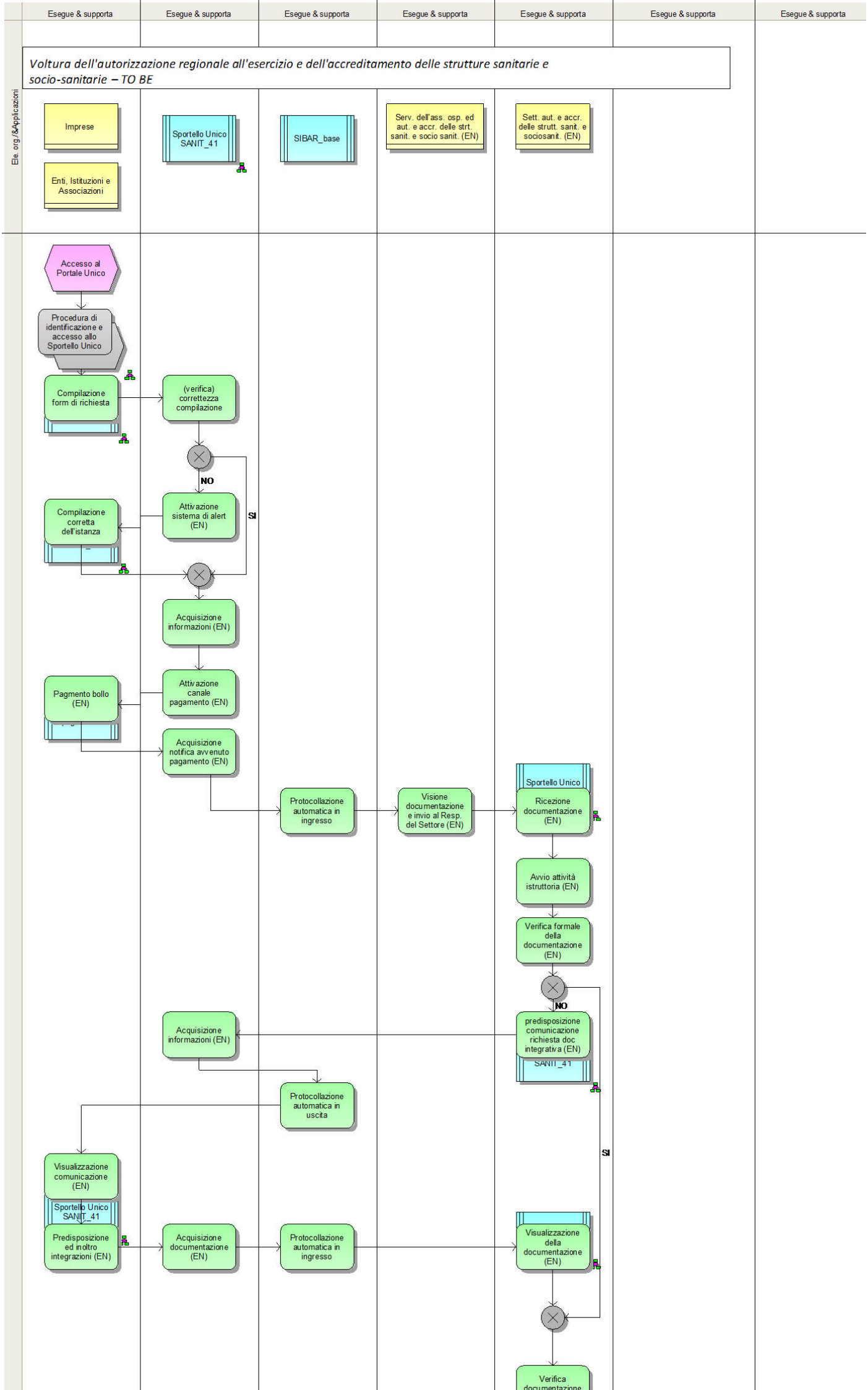
Le competenze interne regionali, in particolare del responsabile di settore o degli operatori con maggiore esperienza, per la gestione informatica di dati e informazioni sono alte, dimostrando una dimestichezza nell'uso degli strumenti informatici e, quindi, una capacità di apprezzare e valorizzare i risultati attesi del progetto.

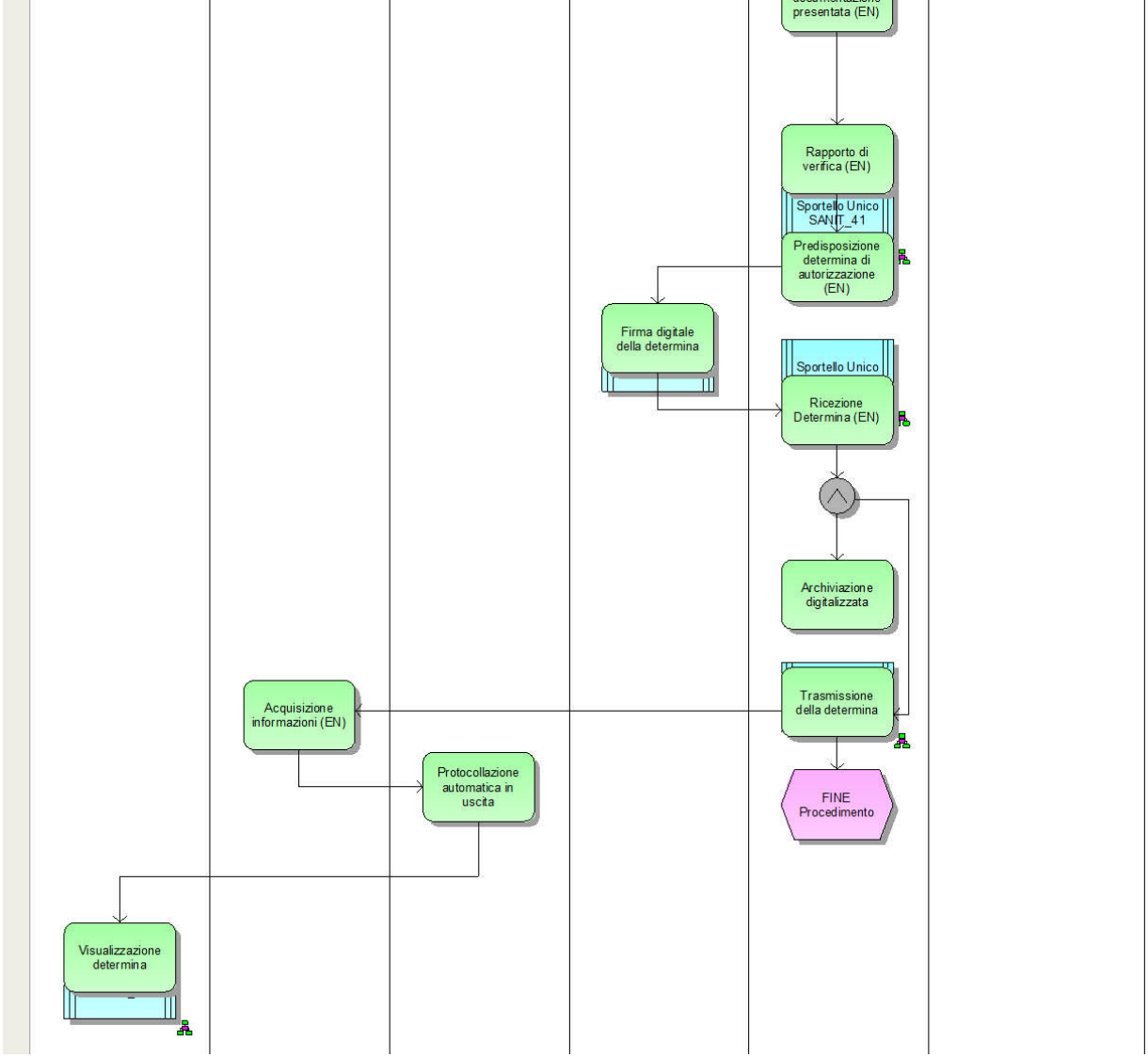
Queste competenze non sono però diffuse tra tutti gli operatori di settore, che, da quanto è stato rilevato, necessiteranno non solo di formazione specifica nell'utilizzo di uno "strumento informatico", ma di maggiori attività di affiancamento, che possa supportare il cambio di approccio e di mentalità operativa, quando il progetto di informatizzazione verrà concretamente implementato.

Disponibilità all'uso informatico degli utenti

Gli utenti sono strutture sanitarie, tutte informaticamente attrezzate, con personale che deve essere competente nell'utilizzo di sistemi on-line per il funzionamento delle stesse strutture, soprattutto di media e alta complessità, e, quindi assolutamente in grado di utilizzare tal sistemi per la consultazione e trasmissione di dati e informazioni.

L'informatizzazione dovrebbe, quindi, migliorare la soddisfazione di questo tipo di utenza nei confronti dei servizi regionali.


Esegue & supporta
Esegue & supporta
Esegue & supporta
Esegue & supporta
Esegue & supporta
Esegue & supporta
Esegue & supporta
Voltura dell'autorizzazione regionale all'esercizio e dell'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie – TO BE
Ele. org./&Applicazioni
Imprese
Enti, Istituzioni e Associazioni
Sportello Unico SANIT_41
SIBAR_base
Serv. dell'ass. osp. ed aut. e accr. delle strt. sanit. e socio sanit. (EN)
Sett. aut. e accr. delle strutt. sanit. e sociosanit. (EN)
Accesso al Portale Unico
Procedura di identficazione e accesso allo Sportello Unico
Compilazione form di richiesta
(verifica) correttezza compilazione
NO
SI
Attivazione sistema di alert (EN)
Compilazione corretta dell'istanza
Acquisizione informazioni (EN)
Attivazione canale pagamento (EN)
Pagmento bollo (EN)
Acquisizione notifica avvenuto pagamento (EN)
Protocollazione automatica in ingresso
Visione documentazione e invio al Resp. del Settore (EN)
Sportello Unico
Ricezione documentazione (EN)
Avvio attività istruttoria (EN)
Verifica formale della documentazione (EN)
NO
predisposizione comunicazione richiesta doc integrativa (EN)
SANIT_41
Acquisizione informazioni (EN)
Protocollazione automatica in uscita
SI
Visualizzazione comunicazione (EN)
Sportello Unico SANIT_41
Predisposizione ed inoltro integrazioni (EN)
Acquisizione documentazione (EN)
Protocollazione automatica in ingresso
Visualizzazione della documentazione (EN)
Verifica


presentata (EN)
Rapporto di verifica (EN)
Sportello Unico SANIT_41
Predisposizione determina di autorizzazione (EN)
Firma digitale della determina
Sportello Unico
Ricezione Determina (EN)
Archiviazione digitalizzata
Trasmissione della determina
Acquisizione informazioni (EN)
Protocollazione automatica in uscita
FINE Procedimento
Visualizzazione determina