

PROCEDIMENTO DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE**DISPOSIZIONI GENERALI**

1. FINALITA'

Il presente documento definisce, ai sensi degli articoli 8 bis e 8 quater, del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502, nonché ai sensi dell'articolo 5, della legge regionale 9.3.2001, n. 8, il procedimento necessario per la concessione dell'accREDITAMENTO istituzionale alle strutture sanitarie;

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

Possono ottenere l'accREDITAMENTO, ai sensi della disciplina prevista nel presente documento e in conformità al fabbisogno definito nei provvedimenti di competenza della Giunta regionale, le strutture sanitarie che erogano prestazioni nelle branche specialistiche individuate nei provvedimenti di competenza della Giunta regionale;

3. DEFINIZIONI

Autorizzazione: provvedimento amministrativo necessario per consentire l'apertura e l'esercizio delle attività sanitarie o sociosanitarie in strutture pubbliche e private, sulla base della verifica della conformità a requisiti, individuati da fonti statali e regionali, ritenuti necessari a garantire il rispetto della normativa vigente e della sicurezza;

AccREDITAMENTO istituzionale: provvedimento amministrativo attraverso il quale le strutture autorizzate, pubbliche o private, a conclusione di un procedimento valutativo e subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, acquisiscono la qualità di soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario Nazionale, ivi comprese quelle rientranti nei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale previsti dall'art. 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Accordo contrattuale: l'accordo contrattuale consente alle strutture, preventivamente autorizzate ed accreditate, l'esercizio di attività sanitarie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale. La qualità di struttura accreditata, da parte dei soggetti privati, non costituisce vincolo per le Aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies dei D. Lgs 502/1992;

Requisito: caratteristica richiesta affinché una struttura risponda ad esigenze e aspettative definite. In questo contesto si definiscono requisiti generali, validi per tutte le tipologie di strutture e requisiti specifici, di dettaglio o aggiuntivi, rispetto ai precedenti da applicarsi a definite tipologie di strutture o attività sanitarie.

Struttura sanitaria: luogo fisico, pubblico o privato, caratterizzato da un'articolazione organizzativa finalizzata all'erogazione di prestazioni sanitarie ed alla gestione dei relativi servizi di supporto;

Valutatore: professionista che ha acquisito, attraverso un percorso formativo e di addestramento, la competenza per effettuare una verifica, documentale e/o sul campo;

Gruppo di valutazione: insieme di professionisti reclutato dall'amministrazione competente in base alle attività sanitarie erogate dalla struttura da valutare, in numero variabile in relazione alla complessità organizzativa della struttura, con un minimo di due componenti;

Verbale: atto attestante l'esito della verifica, le eventuali non conformità ai requisiti di autorizzazione/accREDITAMENTO e le azioni correttive da intraprendere con il piano di adeguamento che specifica anche i tempi. Il verbale è sottoscritto da tutti i professionisti del gruppo di valutazione e, per accettazione, dal legale rappresentante della struttura;

Titolare: soggetto giuridico, pubblico o privato, proprietario o gestore della struttura sanitaria, comunque avente la rappresentanza legale della stessa.

4. COMPETENZE

Il procedimento di cui al presente documento è di competenza della Direzione Centrale salute integrazione socio-sanitaria e politiche sociali, di seguito indicata come Direzione Centrale, la quale:

- riceve le domande da parte delle strutture sanitarie, ne valuta l'ammissibilità, svolge l'attività istruttoria e concede l'accreditamento, mediante decreto del Direttore centrale;
- procede alla raccolta di informazioni e a verifiche tecniche mediante sopralluoghi, ricorrendo a valutatori adeguatamente formati e inseriti in uno specifico elenco;
- può avvalersi, per la valutazione di particolari requisiti, di specifiche professionalità provenienti dalle Aziende sanitarie;
- concede l'accreditamento alle strutture sanitarie, ovvero dispone il non accreditamento, con decreto del Direttore centrale;
- detiene e aggiorna l'elenco dei valutatori;
- stabilisce la composizione del gruppo di valutazione competente ad effettuare le verifiche;
- effettua il monitoraggio dei programmi di adeguamento, in caso di accreditamento con riserva, ricorrendo ai valutatori di cui sopra;
- svolge l'attività di vigilanza successiva alla concessione dell'accreditamento, verificando le procedure volte alla promozione e miglioramento della qualità, ricorrendo ai valutatori di cui sopra.

5. CORRISPETTIVO

La struttura privata che chiede l'accreditamento, o l'integrazione dello stesso, deve versare il corrispettivo dei costi sostenuti dall'Amministrazione prima dello svolgimento del sopralluogo; l'importo e le modalità del versamento vengono comunicate dalla Direzione Centrale.

PROCEDIMENTO PER LE STRUTTURE PRIVATE

1. ATTIVAZIONE DEL PROCEDIMENTO

- 1.1 Le strutture private interessate ad ottenere l'accreditamento, devono presentare, usando lo specifico sistema informativo all'uopo predisposto, una domanda alla Direzione Centrale, precisando il tipo di attività che intendono erogare e allegando la prevista documentazione preliminare;
- 1.2 La domanda di accreditamento deve contenere:
 - la sede e la denominazione della struttura sanitaria;
 - le generalità del titolare o del rappresentante legale, se il richiedente è persona giuridica
 - l'elenco delle branche specialistiche per le quali la struttura è in possesso dell'autorizzazione e per le quali chiede l'accreditamento, comprensivo del numero dei posti letto se si tratta di struttura di degenza;
- 1.3 Alla domanda devono essere allegati:
 - la documentazione antimafia di cui al D.P.R. n. 252/1998
 - la dichiarazione di non sussistenza di situazioni di incompatibilità, previste dalla vigente normativa, nel rapporto di lavoro con il personale comunque impiegato nella struttura;
 - la planimetria 1:100 dei locali, con destinazione d'uso, in duplice copia;
 - il questionario di autovalutazione preliminare, compilato nelle parti di competenza,
 - il piano della formazione
 - il piano della qualità
 - la carta dei servizi
 - l'organigramma

2. ISTRUTTORIA

- 2.1 La Direzione Centrale, entro trenta giorni dalla data di ricevimento della domanda e della documentazione di cui ai paragrafi 1.1, 1.2 e 1.3, effettua un controllo sulla regolarità e sulla completezza delle stesse e comunica alla struttura interessata l'avvio del procedimento, nonché l'esito, positivo o negativo, del predetto controllo; in caso di esito positivo, procede alla costituzione del gruppo di valutazione e concorda con la struttura medesima la data del sopralluogo finalizzato alla verifica dei requisiti; il procedimento si conclude entro 180 giorni dall'invio della comunicazione;
- 2.2 In caso di irregolarità o incompletezza della domanda e/o della documentazione prodotta, la Direzione Centrale invita la struttura a produrre, entro il termine perentorio di dieci giorni dal ricevimento della comunicazione, i documenti richiesti, eventualmente corredati da osservazioni scritte. Ricevuta la documentazione richiesta, la Direzione Centrale, se ritiene la stessa idonea, procede alla costituzione del gruppo di valutazione e concorda con la struttura medesima la data del sopralluogo finalizzato alla verifica dei requisiti. In caso contrario, o nel caso in cui la struttura non invii la documentazione richiesta, emana un decreto di non accreditamento, debitamente motivato;
- 2.3 Il gruppo di valutazione, in base ai risultati degli accertamenti effettuati all'interno della struttura - che possono articolarsi in uno o più sopralluoghi, in relazione alla complessità organizzativa della medesima - redige un verbale contenente la descrizione delle conformità o non conformità accertate, nonché un giudizio sintetico sui requisiti di accreditamento. Il predetto verbale viene sottoscritto dai componenti del gruppo di valutazione e dal legale rappresentante della struttura, o da un suo delegato, per accettazione;
- 2.4 La verifica dei requisiti di accreditamento può determinare un giudizio:
- di accreditabilità a pieno titolo, qualora la struttura risulti conforme ai requisiti, essenziali e non essenziali, adottati con i provvedimenti di competenza della Giunta regionale;
 - di accreditabilità con riserva, qualora la struttura risulti non conforme ad uno o più requisiti non essenziali e necessari di un piano di adeguamento secondo i tempi indicati al successivo paragrafo 2.5;
 - di non accreditabilità, qualora la struttura, a conclusione degli accertamenti di cui ai successivi paragrafi 2.6 e 2.7, non risulti conforme ad uno o più requisiti essenziali, indicati con la lettera E nei provvedimenti di competenza della Giunta regionale;
- 2.5 Qualora il gruppo accerti la non conformità di uno o più requisiti non essenziali di accreditamento e, pertanto, concluda l'istruttoria con una valutazione di accreditabilità con riserva, deve specificare nel verbale inviato alla Direzione Centrale i programmi di intervento finalizzati a rimuovere le carenze rilevate e i tempi di realizzazione degli stessi che, comunque, non devono superare le scadenze di seguito indicate:
- fino ad 1 anno per i requisiti organizzativi
 - fino a 2 anni per i requisiti tecnologici;
- 2.6 Qualora il gruppo di valutazione accerti la non conformità di uno o più requisiti essenziali di accreditamento, riporta le non conformità nel verbale e sospende la formulazione del giudizio di non accreditabilità. La Direzione Centrale, sulla base delle non conformità risultanti dal verbale, dispone un nuovo sopralluogo da svolgersi non prima di venti giorni e non oltre trenta giorni dal primo. Qualora nel nuovo sopralluogo venga accertata la conformità ai requisiti essenziali viene formulato un giudizio di accreditabilità a pieno titolo, fermo restando quanto previsto al precedente paragrafo 2.5 in caso di non conformità di uno o più requisiti non essenziali;
- 2.7 Qualora nel nuovo sopralluogo venga accertata la non conformità ad uno o più requisiti essenziali di accreditamento, il verbale redatto dal gruppo di valutazione - sottoscritto dai valutatori e dal rappresentante della struttura - riporta la descrizione delle non conformità accertate e il giudizio di non accreditabilità;
- 2.8 Entro 15 giorni dalla conclusione degli accertamenti da parte del gruppo di valutazione, il Direttore Centrale, prima della adozione del provvedimento di non accreditamento, comunica alla struttura i motivi che ostano all'accoglimento della domanda. Entro il termine perentorio di dieci giorni dal ricevimento della

comunicazione, la struttura può presentare per iscritto alla Direzione Centrale osservazioni e/o documenti, che vengono valutati dal gruppo di riesame di cui al capitolo 3.

3. RIESAME

- 3.1 Qualora il rappresentante della struttura non concordi sul giudizio di non accreditabilità formulato dal gruppo di valutazione e non sottoscriva il verbale, può chiedere che vengano riportate nello stesso le proprie osservazioni. Il predetto verbale viene assegnato al riesame del Direttore dell'Area competente in materia di autorizzazione e di accreditamento delle strutture sanitarie della Direzione Centrale, del Coordinatore della struttura Stabile in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie della Direzione Centrale e di un professionista esperto in materia di assistenza sanitaria, che possono convocare il gruppo di valutazione per acquisire eventuali chiarimenti.
- 3.2 Il gruppo del riesame della Direzione Centrale, a conclusione della propria attività, redige un verbale che può contenere: a) la modifica del precedente giudizio di non accreditabilità e l'individuazione di un piano di adeguamento con le modalità di cui al paragrafo 2.5, qualora le succitate osservazioni siano state ritenute rilevanti; b) la conferma del precedente giudizio di non accreditabilità, qualora le stesse osservazioni siano state ritenute non rilevanti o infondate.

4. ADOZIONE DEL DECRETO

- 4.1 Il Direttore centrale, valutata la conformità e completezza della procedura, entro 15 giorni dal ricevimento del giudizio formulato dal gruppo di valutazione, ovvero del giudizio conseguente al riesame di cui al precedente capitolo 3, emana un decreto che può essere:
 - di accreditamento a pieno titolo
 - di accreditamento con riserva
 - di non accreditamento
- 4.2 In caso di accreditamento con riserva, il relativo decreto indicherà i programmi di adeguamento, nonché i tempi di realizzazione, nei limiti indicati al precedente paragrafo 2.5, concordati dal gruppo di valutazione con la struttura interessata;
- 4.3 Tali tempi massimi possono essere prorogati, su richiesta motivata della struttura interessata, dalla Direzione Centrale, fino ad un massimo del 20% rispetto a quelli indicati al precedente paragrafo 2.5;
- 4.4 Qualora il gruppo di riesame formuli un giudizio di accreditabilità con riserva, il Direttore centrale adotta il decreto di accreditamento con riserva che contiene il piano di adeguamento e i relativi termini. Qualora il gruppo di riesame confermi il giudizio di non accreditabilità, o qualora la struttura non abbia presentato le osservazioni, il Direttore centrale adotta il decreto di non accreditamento, motivando le ragioni del mancato accoglimento delle osservazioni;
- 4.5 Il decreto del Direttore centrale viene adottato in tutti i casi di sospensione o revoca dell'accREDITAMENTO di cui al capitolo 8.

5. DURATA DELL'ACCREDITAMENTO

- 5.1 Il provvedimento di accreditamento a pieno titolo ha una durata massima di tre anni, decorrenti dalla data della sua emanazione, fatta salva l'eventuale diversa durata prevista dalla normativa statale per specifiche branche specialistiche; alla scadenza dei tre anni si procede al rinnovo dell'accREDITAMENTO secondo le modalità di cui al capitolo 6. Nelle branche specialistiche per la quali la normativa statale prevede attività di ispezione o di controllo con periodicità inferiore a tre anni, l'accREDITAMENTO ha una durata corrispondente alla scadenza di detta attività;
- 5.2 L'accREDITAMENTO con riserva ha una durata corrispondente ai termini assegnati alla struttura per l'adeguamento dei requisiti carenti, salva l'ipotesi di cui al precedente paragrafo 4.3. Alla scadenza dei tempi previsti, la Direzione Centrale dispone la verifica del raggiungimento o meno della conformità ai requisiti. In caso di controllo positivo da parte del gruppo di valutazione, la Direzione Centrale emana il provvedimento di accREDITAMENTO a pieno titolo della durata di tre anni, decorrenti dalla data di

emanazione del decreto di accreditamento con riserva. In caso di mancato adeguamento, la Direzione Centrale provvede, con decreto, alla revoca dell'accreditamento con riserva;

- 5.3 L'integrazione dell'accreditamento disciplinata nei paragrafi 7.1 e 7.2 non determina una proroga della scadenza dell'accreditamento iniziale.

6. MODALITA' DI RINNOVO

- 6.1 Ai fini del rinnovo dell'accreditamento, prima dell'inizio dell'ultimo semestre di validità del decreto del Direttore centrale con cui è stato concesso l'accreditamento, la Direzione Centrale comunica alle strutture accreditate la data di effettuazione del nuovo accertamento. Le strutture interessate, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, devono produrre il questionario di autovalutazione relativo ai requisiti di accreditamento e, qualora siano intervenute variazioni rispetto al momento della concessione dell'accreditamento, gli altri documenti di cui ai paragrafi 1.2 e 1.3;
- 6.2 Dopo l'invio della comunicazione, il procedimento per il rinnovo, attuato con le modalità di cui ai capitoli 2, 3 e 4, deve essere completato entro la data di scadenza del precedente provvedimento. Qualora intervengano giustificati motivi che impediscono di completare l'istruttoria nei tempi previsti, la Direzione Centrale può disporre una proroga di 60 giorni. In tale caso, la qualità di soggetto accreditato permane fino alla emanazione del decreto di accreditamento;

7. INTEGRAZIONE DELL'ACCREDITAMENTO

- 7.1 Ferme restando le previsioni degli atti di programmazione regionale in ordine ai volumi quali/quantitativi di prestazioni sanitarie e all'acquisizione di terapie e tecnologie ad alto costo, qualora le strutture sanitarie private accreditate abbiano proceduto all'ampliamento del numero dei posti letto o dei locali ove si erogano le prestazioni inerenti alle stesse branche specialistiche accreditate, o all'acquisizione di nuove tecnologie finalizzate all'erogazione di prestazioni aggiuntive nell'ambito delle stesse branche specialistiche accreditate o al trasferimento in altra sede dello stesso Comune o di altro Comune della stessa Area vasta, devono darne comunicazione alla Direzione centrale entro tre mesi dal rilascio dell'autorizzazione da parte della competente Azienda per i servizi sanitari, producendo la documentazione di cui al paragrafo 1.3. La Direzione centrale attiva il procedimento di cui ai capitoli 2, 3, 4 e 5, effettuando un nuovo sopralluogo – con il conseguente pagamento del corrispettivo di cui al capitolo 5 - solo se la documentazione prodotta, o quella integrativa eventualmente richiesta, dimostrino che le variazioni intervenute hanno determinato una configurazione organizzativa diversa da quella iniziale. In caso contrario, l'istruttoria viene effettuata sulla documentazione prodotta.
- 7.2 Qualora la nuova autorizzazione venga rilasciata a seguito delle variazioni del soggetto titolare dell'autorizzazione e/o della denominazione della struttura, le strutture interessate devono darne analoga comunicazione alla Direzione centrale, che richiede l'eventuale documentazione necessaria per dimostrare la conformità ai requisiti di accreditamento e comunica, entro 30 giorni dal ricevimento della predetta documentazione, l'integrazione o meno dell'accreditamento, motivando l'eventuale diniego;
- 7.3 Le strutture private che vengono sottoposte al procedimento di cui al paragrafo 7.1, mantengono lo status di soggetto accreditato e l'eventuale accordo contrattuale stipulato con l'Azienda sanitaria, fino al completamento del procedimento di integrazione. Nelle more del completo allestimento e dell'accreditamento della nuova sede, qualora la sede precedentemente accreditata non consenta lo svolgimento dell'attività, il relativo accreditamento si considera sospeso. L'accreditamento rinnovato in caso di ampliamento o di trasferimento ha una durata di tre anni decorrenti dalla data di emanazione del primo decreto, fatta salva l'ipotesi di cui al paragrafo 9.6;

8. SOSPENSIONE E REVOCA DELL'ACCREDITAMENTO

- 8.1 La Direzione centrale può disporre una attività di vigilanza nei confronti delle strutture accreditate, che può essere eseguita effettuando sopralluoghi di controllo anche senza preavviso;
- 8.2 L'attività di vigilanza è svolta dai valutatori incaricati dalla Direzione Centrale. A conclusione dell'attività di vigilanza, il gruppo di valutazione redige un verbale, con le modalità di cui al paragrafo 2.3, contenente un giudizio di conformità o non conformità dei requisiti valutati, ovvero di conformità con l'individuazione di un piano di adeguamento, in analogia a quanto previsto nel paragrafo 2.4;

- 8.3 In caso di rifiuto della struttura a sottoporsi a tali sopralluoghi, la Direzione centrale, sulla base della comunicazione del gruppo di valutazione, adotta il provvedimento di sospensione dell'accreditamento per un periodo di trenta giorni. Entro quindici giorni dalla scadenza di detto periodo, viene disposto un nuovo sopralluogo, anche senza preavviso. In caso di ulteriore rifiuto, la Direzione centrale adotta il provvedimento di revoca dell'accreditamento;
- 8.4 Qualora il gruppo di valutazione accerti la non conformità ai requisiti essenziali di accreditamento, la Direzione Centrale, sulla base di quanto riportato nel verbale – redatto con le modalità di cui al paragrafo 2.3 e fatta salva l'applicazione delle disposizioni di cui al capitolo 3 – adotta il provvedimento di sospensione dell'accreditamento per un periodo di trenta giorni, prescrivendo l'adeguamento ai predetti requisiti. Alla scadenza del termine di sospensione, la Direzione centrale procede alla verifica dell'adeguamento. In caso di mancato adeguamento, la Direzione Centrale dispone la revoca dell'accreditamento, con le modalità di cui al paragrafo 8.6;
- 8.5 Qualora il gruppo di valutazione accerti, in qualsiasi momento, la mancata corrispondenza ai requisiti non essenziali di accreditamento, la Direzione Centrale, sulla base di quanto riportato nel verbale – redatto con le modalità di cui al paragrafo 2.3 - prescrive l'adeguamento ai predetti requisiti, entro i termini di cui al precedente paragrafo 2.5. Alla scadenza dei termini assegnati, in caso di mancato adeguamento, la Direzione Centrale dispone la revoca dell'accreditamento. Qualora il gruppo di valutazione, nel corso dell'attività di monitoraggio o di vigilanza nei confronti delle strutture private, accerti la mancata corrispondenza ai requisiti di autorizzazione, procede alla registrazione degli stessi, ne trasmette l'evidenza alla Direzione Centrale, che ne dà comunicazione alla competente Azienda per i servizi sanitari;
- 8.6 Nelle fattispecie di cui ai paragrafi 8.3, 8.4 e 8.5, prima dell'adozione del provvedimento di sospensione o di revoca dell'accreditamento, la Direzione centrale invita la struttura interessata a produrre documenti e osservazioni ritenuti pertinenti, che vengono valutati dal gruppo di riesame con le modalità di cui al capitolo 3. Qualora il gruppo di riesame ritenga rilevanti i documenti o le osservazioni prodotti dalla struttura, la Direzione centrale può disporre un nuovo sopralluogo o disporre la conformità con l'individuazione di un piano di adeguamento; qualora, invece, ritenga non rilevanti o infondati i predetti documenti e osservazioni, adotta il provvedimento di sospensione o di revoca dell'accreditamento;
- 8.7 Determina la sospensione dell'accreditamento la mancata disponibilità della sede accreditata, nelle more del completo allestimento e del rilascio dell'autorizzazione per la nuova sede, nei casi di ampliamento o di trasferimento di cui ai paragrafi 7.1;
- 8.8 Determina la revoca dell'accreditamento la mancata comunicazione finalizzata all'integrazione dell'accreditamento per le fattispecie di cui al paragrafo 7.1;
- 8.9 Le ipotesi di sospensione e revoca dell'accreditamento non comportano la sospensione o la revoca dell'autorizzazione; l'eventuale sospensione o revoca dell'autorizzazione comporta automaticamente la sospensione o la revoca dell'accreditamento;
- 8.10 In caso di rinuncia all'accreditamento o all'autorizzazione, il soggetto titolare deve darne tempestiva comunicazione alla Direzione centrale, che provvede alla revoca dell'accreditamento;
- 8.11 La comunicazione di dati non veritieri, rilevata dalla Direzione Centrale nella fase istruttoria di cui al capitolo 2 del procedimento, ovvero nelle fasi di monitoraggio o di vigilanza, comporta il diniego del rilascio dell'accreditamento o la revoca dello stesso, ove già concesso; resta fermo quanto previsto dall'art. 76, del D.P.R. 28-12-2000, n. 445, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa";

9. DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

- 9.1 Le strutture private provvisoriamente accreditate ai sensi dell'art. 8 quater, comma 6, del D. Lgs. n. 502/1992, nonché quelle non ancora accreditate devono presentare la domanda finalizzata alla concessione dell'accreditamento nelle branche specialistiche individuate nel documento contenente la determinazione del fabbisogno, entro e non oltre il termine perentorio di 6 mesi, decorrente dalla pubblicazione sul B.U.R. del provvedimento di approvazione definitiva dei requisiti e del fabbisogno;-nelle more dell'allestimento del sistema informatizzato, di cui al paragrafo 1.1, la domanda, redatta secondo il

fac simile di cui all'allegato B1, viene presentata tramite raccomandata con avviso di ricevimento o tramite posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo: sanita.pol.soc@certregione.fvg.it;

- 9.2 Le strutture private provvisoriamente accreditate, che presentano domanda di accreditamento con le modalità di cui al precedente paragrafo 1.1, mantengono il loro status e svolgono la loro attività sulla base degli accordi contrattuali stipulati con le Aziende sanitarie, fino al completamento del procedimento di concessione dell'accredimento definitivo;
- 9.3 Gli studi medici specialistici non soggetti a regime di autorizzazione, per i quali viene presentata la domanda di accreditamento, devono dimostrare il possesso dei requisiti autorizzativi, generali e specifici, previsti per gli ambulatori, in ragione dell'acquisizione dello status di soggetti erogatori di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale. Pertanto, contestualmente alla presentazione della domanda di accreditamento alla Direzione Centrale, il soggetto titolare dello studio deve dimostrare l'avvenuta presentazione della domanda di autorizzazione alla competente Azienda per i Servizi Sanitari. La medesima autorizzazione deve essere prodotta entro 15 giorni dal rilascio, unitamente alla documentazione di cui al paragrafo 1.3, alla Direzione Centrale. L'attività istruttoria finalizzata alla concessione dell'accredimento viene attivata entro 30 giorni dalla produzione dell'autorizzazione e della documentazione richiesta, fatta salva l'ipotesi di cui al paragrafo 9.4;
- 9.4 Qualora gli studi medici specialistici di cui al paragrafo 9.3 non siano conformi ai requisiti strutturali e tecnologici autorizzativi, la competente Azienda per i servizi sanitari può concedere un termine massimo di un anno, decorrente dalla data di pubblicazione sul BUR del provvedimento di approvazione definitiva dei requisiti di accreditamento e del fabbisogno, per la realizzazione del conseguente piano di adeguamento; in tali casi, l'autorizzazione deve essere prodotta entro 15 giorni dal rilascio e l'attività istruttoria finalizzata alla concessione dell'accredimento viene attivata entro 30 giorni dalla produzione dell'autorizzazione; nelle more della conclusione dei procedimenti di autorizzazione e di accreditamento, è demandata alle Aziende sanitarie titolari del rapporto contrattuale la verifica dell'idoneità dei predetti studi all'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- 9.5 Al fine di uniformare la durata dell'accredimento concesso alle strutture sanitarie, le disposizioni di cui ai capitoli 5, 6, 7, 8 e 9 si applicano alle strutture accreditate in Diagnostica per immagini e Medicina di laboratorio, ai sensi della D.G.R. n. 1705/2005, come modificata dalla D.G.R. n. 1768/2007; alle strutture accreditate in Procreazione medicalmente assistita, ai sensi della D.G.R. n. 705/2007, come modificata dalla D.G.R. n. 1768/2007; alle strutture accreditate in Dialisi, ai sensi della D.G.R. n. 297/2008; alle strutture accreditate in Medicina dello sport, ai sensi della D.G.R. n. 298/2008; per le strutture accreditate in procreazione medicalmente assistita di terzo livello la durata dell'accredimento è di due anni, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 191/2007;
- 9.6 Le disposizioni inerenti alle modalità di rinnovo dell'accredimento delle strutture sanitarie private, di cui ai capitoli 5 e 6, si applicano a condizione che nelle branche specialistiche oggetto di rinnovo non vengano adottati provvedimenti di competenza della Giunta regionale che, a seguito di una nuova determinazione del fabbisogno, prevedano la possibilità di concedere l'accredimento a nuove strutture, oltre a quelle già accreditate. In tali casi, le strutture già accreditate devono presentare la domanda di accreditamento con le modalità di cui al capitolo 1, nei termini previsti dai predetti provvedimenti.