

LEGGE REGIONE N. 23 DEL 14 DICEMBRE 2011

“MODIFICHE ALLA LEGGE REGIONALE 15 MARZO 2011, N. 4, (DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE 2011 E PLURIENNALE 2011- 2013 DELLA REGIONE CAMPANIA – LEGGE FINANZIARIA REGIONALE 2011)”.

IL CONSIGLIO REGIONALE

Ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

La seguente legge:

Art.1

(Modifiche alla legge regionale 15 marzo 2011, n. 4)

1. All’articolo 1 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011 – 2013 della regione Campania - legge finanziaria regionale 2011), i commi da 237 quater a 237 duovicies sono così modificati:

“237 quater. Ferma restando la sussistenza del fabbisogno e delle condizioni di cui agli articoli 8 ter e 8 quater, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), in conformità ai principi generali del sistema, ai sensi dell’articolo 1, comma 796, lettere s) e t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), il fabbisogno va soddisfatto, prioritariamente, attraverso l’accreditamento delle strutture private transitoriamente accreditate, da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1 luglio 2007, successivamente delle strutture private già in esercizio e solo successivamente mediante l’accreditamento delle strutture o attività di nuova realizzazione.

Il rilascio di nuove autorizzazioni per la realizzazione, nonché l'accreditamento di nuove strutture è subordinato al completamento delle procedure di cui ai commi da 237 quinquies a 237 unvicies.

237 quinquies. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie private, che intendono proseguire in regime di accreditamento istituzionale definitivo l'attività erogata in regime di accreditamento provvisorio, presentano nuova domanda di accreditamento istituzionale, entro venti giorni dalla pubblicazione nel BURC del decreto commissariale di disciplina delle modalità per l'utilizzo della piattaforma applicativa informatica, nel caso trattasi di strutture sanitarie private di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale e, per effetto di quanto disposto dall'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 296/2006, come modificato dall'articolo 2, comma 35, della legge 26 febbraio 2011, n. 10 (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), entro il termine del 30 aprile 2012 nel caso di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private. La nuova domanda di accreditamento istituzionale è presentata esclusivamente attraverso l'utilizzo di una piattaforma applicativa informatica messa a disposizione dalla So.Re.Sa., secondo modalità disciplinate con successivo provvedimento amministrativo pubblicato nel BURC, da adottarsi entro dieci giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni. Sono nulle le istanze trasmesse con modalità difformi rispetto a quanto disposto dal presente comma.

237 sexies. Alla presentazione delle domande di cui al comma 237 quinquies sono ammesse esclusivamente le strutture sanitarie e socio-sanitarie private provvisoriamente accreditate in possesso dei seguenti titoli:

- a) certificazione dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), territorialmente competente, di valido titolo convenzionale ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), nonché di eventuale titolo di intervenuta modifica disciplinare o dell'assetto assistenziale fermo restando, per le strutture di ricovero ospedaliero, il numero di posti letto originariamente convenzionati, ovvero di provvedimento giurisdizionale esecutivo di accreditamento. La certificazione della ASL territorialmente competente indica altresì le attività per le quali le strutture richiedenti operano in regime di accreditamento provvisorio ed è rilasciata previa verifica di conformità con quanto riportato nell'originario titolo convenzionale o nell'eventuale titolo di intervenuta modifica disciplinare o dell'assetto assistenziale, ovvero nel provvedimento giurisdizionale esecutivo di accreditamento;
- b) autorizzazione all'esercizio ai sensi della deliberazione di Giunta regionale del 31 dicembre 2001, n. 7301, ovvero idonea certificazione dell'ASL territorialmente competente che attesta che il mancato rilascio del titolo autorizzativo, fermo restando l'avvenuto adeguamento ai requisiti strutturali da parte delle strutture richiedenti entro i termini indicati dalla deliberazione di Giunta regionale del 18 settembre 2006, n. 1465, sia dipeso da causa non imputabile alle strutture stesse.

Il comma 237 septies è abrogato

237 octies. Le domande di accreditamento di cui al comma 237 quinquies sono considerate ammissibili soltanto se contengono dichiarazioni di notorietà attestanti:

- a) la permanenza dei requisiti stabiliti con la DGR 7301/2001;
- b) l'avvenuta presentazione dell'istanza di accreditamento istituzionale ai sensi dei regolamenti 31 luglio 2006, n. 3 (Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure dell'accredimento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica di emodialisi e di riabilitazione ambulatoriale) e 22 giugno 2007, n. 1 (Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accredimento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale);
- c) il possesso dei requisiti ulteriori prescritti per l'accredimento istituzionale dai regolamenti 3/2006 e 1/2007. Sono esentate dalla presentazione della dichiarazione di notorietà di cui alla lettera b) le strutture provvisoriamente accreditate che non hanno inoltrato, nei termini di legge, l'istanza di accreditamento istituzionale di cui ai regolamenti 3/2006 ed 1/2007 perché non ancora in possesso, per causa non imputabile, dell'autorizzazione all'esercizio prevista dalla DGR 7301/2001.

Al comma 237 octies è aggiunto il seguente comma:

“ 237 octies bis. Non presentano la nuova domanda di accreditamento istituzionale di cui al comma 237 quinquies:

- a) le strutture di dialisi ambulatoriale per le quali secondo quanto previsto dal Decreto del Commissario ad acta 5/2010 sono state disciplinate specifiche modalità per l'accredimento istituzionale;
- b) le strutture termali che hanno operato ai sensi dell'articolo 6, comma 6 della legge 724/1994 e già accreditate con deliberazioni di Giunta regionale;
- c) le strutture sanitarie già in possesso di accreditamento istituzionale ai sensi del regolamento 3/2006.”

237 nonies. Se il numero delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private che hanno presentato domanda ai sensi del comma 237 quinquies eccede il fabbisogno programmato a livello regionale ai fini dell'accredimento, il Commissario ad acta fissa criteri di adeguamento agli standard ovvero stipula accordi di riconversione con le strutture stesse. In mancanza di accordi, si procede ad una riduzione proporzionale delle relative attività accreditabili ai sensi dell'articolo 8 quater, comma 8, del decreto legislativo 502/92 e s.m.i..

237 decies. Fatte salve le verifiche di cui ai commi 237 undecies e duodecies, il titolo di accreditamento istituzionale definitivo decorre, per le strutture sanitarie private di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale, nonché per tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private di cui all'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 296/2006, come modificato dall'articolo 2, comma 35, della legge 10/2011, dalla data di pubblicazione nel BURC del decreto commissariale di presa d'atto di cui al comma 237 undecies, salvo quanto disposto dall'articolo 4, comma 22, del regolamento 1/2007, come

aggiunto dall'articolo 5, comma 1, della legge regionale 30 gennaio 2008, n. 1 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione Campania - legge finanziaria 2008). La mancata presentazione della nuova domanda di accreditamento istituzionale definitivo entro i termini di cui al comma 237 quinquies, ovvero la presentazione della domanda da parte di strutture non in possesso anche di uno dei requisiti di ammissibilità di cui ai commi 237 sexies e octies, comporta la revoca dell'accREDITAMENTO in atto per il tramite di successivi provvedimenti del Commissario ad acta.

237 undecies. So.re.sa. trasmette alle competenti strutture regionali ed alla struttura commissariale, entro e non oltre il cinquantesimo giorno successivo alla pubblicazione del decreto commissariale di cui al comma 237 quinquies, l'elenco contenente la ricognizione delle domande regolarmente ammesse sulla piattaforma informatica applicativa, inoltrate dalle strutture sanitarie private di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale, e l'elenco delle domande inoltrate da tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 296/2006, come modificato dall'articolo 2, comma 35, della legge 10/2011, entro e non oltre il 31 maggio 2012. La conferma dell'accREDITAMENTO avviene mediante decreto commissariale di presa d'atto da adottarsi rispettivamente entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'elenco contenente le domande inoltrate dalle strutture sanitarie private di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale ed entro il termine del 30 giugno 2012 per tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché mediante successivi decreti commissariali suddivisi per branche di attività e per singole ASL, previa verifica della compatibilità con la programmazione regionale e condizionati all'esito delle procedure di verifica di cui al comma 237 duodecies.

237 duodecies. Successivamente all'adozione dei provvedimenti di presa d'atto di cui al comma 237 undecies, la competente struttura regionale avvia il procedimento di verifica delle istanze presentate attraverso la piattaforma informatica, ivi comprese le certificazioni e gli atti di notorietà di cui ai commi 237 sexies ed octies, nonché del possesso dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa vigente e richiesti per l'accREDITAMENTO istituzionale, mediante le Commissioni locali previste dall'articolo 8 della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16 (Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo). Se dalle verifiche, da completarsi entro il 31 dicembre 2012, risulta la mancanza dei requisiti di ammissibilità o dei requisiti ulteriori previsti per l'accREDITAMENTO, il Commissario ad acta adotta i conseguenti provvedimenti di cui ai regolamenti 3/2006 e 1/2007, ivi compresa la revoca dell'accREDITAMENTO. L'espletamento delle procedure di verifica avviene in collaborazione con il rappresentante legale della struttura sanitaria o socio-sanitaria, o con suo delegato, che provvede a fornire le informazioni necessarie ed utili per la conclusione delle procedure stesse secondo le modalità definite con deliberazione di Giunta regionale 1489/2006 e s.m.i..

237 terdecies. Per la definizione dei procedimenti di accREDITAMENTO istituzionale definitivo di cui ai commi da 237 quinquies e seguenti, la normativa regionale vigente in materia si applica in quanto compatibile con le presenti disposizioni nonché con quelle degli ulteriori provvedimenti di attuazione della stessa.

237 quaterdecies. La delega alle ASL di cui all'articolo 8, comma 1, della legge regionale 16/2008 cessa di avere efficacia dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Le disposizioni in materia di accreditamento contenute nei regolamenti regionali 3/2006 e 1/2007, così come successivamente modificati o integrati, restano in vigore per la parte non in contrasto con i commi da 237 quater a 237 unicies e con i provvedimenti attuativi degli stessi. Restano confermate le disposizioni di cui all'articolo 8 della legge regionale 16/2008, riguardanti le Commissioni istituite presso le ASL per la verifica del possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento, i cui esiti vanno certificati e comunicati alla competente struttura regionale.

237 quindicies. La verifica della compatibilità con la programmazione regionale di cui al comma 237 undecies si realizza tramite l'adeguamento dell'offerta di prestazioni e servizi accreditati ai fabbisogni programmati di cui al decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario del 27 settembre 2010, n. 49 e successive modifiche e integrazioni, nonché ai programmi operativi di cui alla legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2010).

Al comma 237 quindicies è aggiunto il seguente comma:

“237 quindicies bis. Al fine di attuare quanto disposto dall'articolo 1, comma 796, lettera o), della legge 296/2006, in coerenza con i programmi operativi di cui alla legge 191/2009, il fabbisogno programmato di strutture private accreditate eroganti attività di medicina di laboratorio (laboratori di analisi) e dei correlati volumi di prestazioni a carico del SSN coincide per gli anni 2011 e 2012 con le attuali consistenze. Con successivo decreto commissariale, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni, sono definite le specifiche modalità di associazione consortile e le soglie minime operative in base alle quali dal 1 febbraio 2013 le strutture private eroganti attività di medicina di laboratorio procedono al rinnovo dell'accreditamento istituzionale definitivo.”

237 sexdecies. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie provvisoriamente accreditate che stipulano accordi di riconversione ai sensi del comma 237 nonies che sono in possesso, per le attività o strutture riconvertite, dei requisiti autorizzativi ed ulteriori per l'accreditamento istituzionale, operano in regime di accreditamento definitivo dalla data indicata nell'accordo di riconversione, il quale costituisce verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno complessivo. Nei trenta giorni successivi alla sottoscrizione dell'accordo, in deroga a quanto stabilito dalla normativa vigente, le ASL provvedono a rilasciare a tali strutture nuova autorizzazione all'esercizio, previa verifica dei requisiti minimi previsti dalla DGR 7301/2001, per il tramite delle Commissioni locali di cui al comma 237 duodecies che provvedono a verificare anche il possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale. Nel caso in cui dalla verifica effettuata dalle Commissioni locali di cui al comma 237 duodecies risulta che la struttura da riconvertire non possiede ancora i requisiti minimi autorizzativi e la riconversione non richiede opere per le quali è necessario il rilascio di concessione o di autorizzazione edilizia, è concesso un periodo di sessanta giorni per l'adeguamento ai nuovi requisiti minimi. Trascorso tale termine, le ASL, in deroga a quanto stabilito dalla normativa vigente, nei successivi venti giorni, provvedono a rilasciare a tali strutture nuova autorizzazione all'esercizio, previa verifica dei requisiti minimi previsti dalla DGR 7301/2001, per il tramite delle Commissioni locali

di cui al comma 237 duodecies che provvedono a verificare anche il possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale. Nel caso in cui la riconversione prevede opere per le quali è necessario il rilascio di concessione o di autorizzazione edilizia, la struttura sanitaria o socio-sanitaria, entro trenta giorni dalla stipula dell'accordo, provvede a richiedere all'autorità competente la concessione o l'autorizzazione edilizia e le Commissioni locali di cui al comma 237 duodecies provvedono ad effettuare la verifica del possesso dei requisiti minimi, ai fini del rilascio della nuova autorizzazione all'esercizio, nonché la verifica del possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale, dopo novanta giorni dal rilascio della concessione o della autorizzazione edilizia. Le strutture che stipulano accordi di riconversione continuano ad erogare le originarie attività sanitarie o socio-sanitarie fino al rilascio della nuova autorizzazione all'esercizio.

237 septdecies. Le strutture di cui al comma 237 sexdecies, nel rispetto del fabbisogno presentano comunque domanda di accreditamento istituzionale definitivo con le medesime modalità e negli stessi termini previsti dal comma 237 quinquies.

237 octodecies. Il comma 5 dell'articolo 8 della legge regionale 16/2008, è sostituito dal seguente:

“5. Al fine di colmare la carenza regionale di offerta in specifici ambiti assistenziali, le strutture destinate a erogare prestazioni di assistenza palliativa ai malati terminali (hospice) e di assistenza a disabili e anziani non autosufficienti (Residenze Sanitarie Assistenziali), che siano state autorizzate all'esercizio ed in possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento di cui al regolamento 1/2007, possono, in deroga a quanto previsto dalla legge regionale 4/2011, articolo 1, commi da 237 quater a 237 unicies, operare in regime di accreditamento. Tali strutture presentano domanda per la conferma dell'accreditamento istituzionale secondo le modalità e nei termini di cui alla legge regionale 4/2011, articolo 1, comma 237 quinquies. Con dette strutture le ASL stipulano contratti, nei limiti fissati da appositi provvedimenti commissariali che individuano la copertura finanziaria.”.

237 novodecies. Gli accreditamenti istituzionali definitivi, rilasciati ai sensi dei commi da 237 quater a 237 unicies hanno durata quadriennale, salvo quanto previsto dal comma 237 quindecies bis. Il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario è autorizzato a definire procedure finalizzate al superamento di eventuali criticità tali da ostacolare ovvero rallentare il rispetto dei termini temporali definiti dai commi da 237 quater a 237 unicies.

237 vicies. Il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario è autorizzato con proprio provvedimento a definire procedure autorizzative per l'aggiornamento e l'implementazione tecnologica delle apparecchiature, nel rispetto dei volumi e delle tipologie delle prestazioni programmate e contrattualizzate per il livello assistenziale della specialistica ambulatoriale, ivi comprese le nuove attivazioni di grandi macchine diagnostiche e terapeutiche. In deroga al comma 237 quater, le strutture già provvisoriamente accreditate di fisiochinesiterapia (FKT) ai sensi dell'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), in possesso dei requisiti strutturali ed organizzativi, nell'ambito del tetto di spesa già assegnato, possono presentare domanda di accreditamento istituzionale per l'area socio-sanitaria.

Al comma 237 vicies sono aggiunti i seguenti commi:

“237 vicies bis. In deroga a quanto previsto dal comma 237 quater è consentito rilasciare autorizzazioni per i soli trasferimenti di strutture sanitarie già in esercizio nell’ambito della stessa ASL. A tali trasferimenti si applicano le procedure di cui al punto 1.3 della DGR 3958/2001, come modificata dalla DGR 7301/2001.

237 vicies ter. Nel rispetto del fabbisogno regionale, le strutture sanitarie e socio-sanitarie che insistono nei territori dei Comuni individuati negli ambiti territoriali delle Comunità montane, ai sensi dell’articolo 3 della legge regionale 12/2008, in possesso di valido titolo autorizzativo, rilasciato ai sensi della DGR 7301/2001 ed in possesso dei requisiti ulteriori per l’accreditamento di cui al regolamento 1/2007 possono, in deroga a quanto previsto dai commi da 237 quater a 237 unvicies, operare in regime di accreditamento. Tali strutture presentano domanda per la conferma dell’accreditamento istituzionale secondo le modalità e nei termini di cui al comma 237 quinquies e le stesse non possono essere autorizzate al trasferimento fuori dall’ambito della Comunità montana.”

237 unvicies. Sono nulle le istanze presentate dalle strutture sanitarie private sulla piattaforma applicativa informatica So.Re.Sa. in data precedente alla entrata in vigore delle presenti disposizioni.

237 duovicies. E' fatto divieto di inserire clausole compromissorie in tutti i contratti stipulati dalla So.Re.Sa. o dalle ASL in materia di lavori e di fornitura di beni, servizi o prestazioni in materia sanitaria.”

Art.2

(Dichiarazione d’urgenza)

La presente legge è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

E’ fatto obbligo a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Campania.

Caldoro

Note

Avvertenza: il testo della legge viene pubblicato con le note redatte dal Settore Legislativo, al solo scopo di facilitarne la lettura (D.P.G.R.C. n. 15 del 20 novembre 2009 - “Regolamento di disciplina del Bollettino ufficiale della regione Campania in forma digitale”).

Note all'art. 1

Comma 1.

Legge regionale 15 marzo 2011, n. 4: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011 – 2013 della Regione Campania (Legge finanziaria regionale 2011)”.

Articolo 1, commi da 237 quater a 237 duovicies: “237-quater. Ferma restando la sussistenza del fabbisogno e delle condizioni di cui agli articoli 8-ter e 8-quater, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), ed atteso che risponde ai principi generali del sistema che il fabbisogno debba essere soddisfatto, prioritariamente, attraverso l'esame delle istanze di accreditamento delle strutture private provvisoriamente accreditate, successivamente delle strutture private già in esercizio e, infine, mediante l'esame delle strutture o attività di nuova realizzazione, il rilascio di nuove autorizzazioni per la realizzazione e l'esercizio di strutture private, nonché l'accREDITAMENTO di nuove strutture, eccetto quelle accreditate definitivamente o provvisoriamente alla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni, è subordinato al completamento delle procedure di cui ai commi da 237-quinquies a 237-unvicies.

237-quinquies. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie private che intendono proseguire l'attività in regime di accreditamento definitivo presentano entro il termine del 31 ottobre 2011 nuova domanda di accreditamento istituzionale, secondo modalità disciplinate con successivo provvedimento amministrativo pubblicato nel BURC, esclusivamente attraverso l'utilizzo di una piattaforma applicativa informatica messa a disposizione da So.Re.Sa. Spa..

237-sexies. Alla presentazione della domanda di cui al comma 237-quinquies sono ammesse esclusivamente le strutture sanitarie e socio-sanitarie private in possesso di valido titolo convenzionale ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), certificato dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) territorialmente competente, da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1° luglio 2007 e che abbiano prodotto istanza di autorizzazione all'esercizio ai sensi della Delib.G.R. 31 dicembre 2001, n. 7301 e successive modifiche e integrazioni, ferma restando la verifica del suddetto titolo e la successiva istanza di accreditamento agli atti delle ASL, presentata ai sensi del Reg. reg. 31 luglio 2006, n. 3 (Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure dell'accREDITAMENTO istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica di emodialisi e di riabilitazione ambulatoriale) e del Reg. reg. 22 giugno 2007, n. 1 (Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accREDITAMENTO istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale).

237-septies. Le nuove domande di accreditamento istituzionale definitivo di cui al comma 237-quinquies sono corredate da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del legale rappresentante, attestante la permanenza del possesso dei requisiti stabiliti con la Delib.G.R. n. 7301/2001 e successive modifiche e integrazioni, e indicano gli estremi dell'atto di autorizzazione all'esercizio dell'attività rilasciato ai sensi della medesima delibera. A tal fine si considerano validi i titoli autorizzativi acquisiti dalle strutture, nel rispetto delle modalità e dei termini stabiliti dalla Delib.G.R. 18 settembre 2006, n. 1465, pubblicata nel BURC del 16 ottobre 2006, n. 47, salvo che la competente ASL certifichi che il mancato rispetto delle tempistiche ivi indicate dipenda da causa non imputabile alle strutture stesse.

237-octies. Le domande sono, inoltre, corredate da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del legale rappresentante circa la rispondenza ai requisiti prescritti per l'accreditamento. La domanda di accreditamento indica, altresì, le attività per le quali le strutture operano in regime di accreditamento, nonché il titolo valido di cui al comma 237-sexies.

237-nonies. Se il numero delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private che hanno presentato la domanda ai sensi del comma 237-sexies eccede il fabbisogno programmato a livello regionale, ai fini dell'accreditamento si tiene conto dell'ordine cronologico di acquisizione delle pregresse istanze di accreditamento istituzionale presentate ai sensi del Reg. reg. n. 3/2006 e del Reg. reg. n. 1/2007, ferma restando la procedura di accreditamento in esubero disciplinata dai medesimi regolamenti.

237-decies. La presentazione della domanda di accreditamento prodotta ai sensi del Reg. reg. n. 3/2006 e del Reg. reg. n. 1/2007 entro il termine del 31 dicembre 2010 è titolo per l'accreditamento definitivo a decorrere dal 1° gennaio 2011. La mancata presentazione della nuova domanda di accreditamento istituzionale definitivo di cui al comma 237-quinquies entro il termine del 31 ottobre 2011 comporta, a decorrere dal 1° novembre 2011, la cessazione dell'accreditamento in atto

237-undecies. La presentazione delle domande nei termini e nelle modalità previste dal comma 237-quinquies costituisce titolo per la conferma dell'accreditamento istituzionale definitivo, condizionato alla verifica di cui al comma 237-duodecies. La conferma dell'accreditamento avviene mediante decreto commissariale di ricognizione delle domande regolarmente presentate da adottarsi entro il termine del 31 dicembre 2011 e di successivi decreti commissariali suddivisi per branche di attività e per singole ASL, previa verifica della compatibilità con la programmazione regionale.

237-duodecies. Successivamente all'adozione dei provvedimenti di cui al comma undecies, la competente struttura regionale avvia il procedimento di verifica dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa vigente e richiesti per l'accreditamento istituzionale mediante le Commissioni locali previste dall'articolo 8 della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16 (Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo). Qualora dalla verifica, da completarsi nei dodici mesi successivi, risulti il mancato dei requisiti, il Commissario ad acta adotta i conseguenti provvedimenti di cui al Reg. reg. n. 3/2006 e al Reg. reg. n. 1/2007, ivi compresa la revoca dell'accreditamento.

237-terdecies. Per la definizione dei procedimenti di accreditamento istituzionale definitivo di cui ai commi da 237-quinquies e seguenti, la normativa regionale vigente in materia si applica in quanto compatibile con le presenti disposizioni nonché con quelle degli ulteriori provvedimenti di attuazione della stessa.

237-quaterdecies. La delega alle ASL di cui all'articolo 8, comma 1, della legge regionale n. 16/2008 cessa di avere efficacia dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Le disposizioni in materia di accreditamento contenute nel Reg. reg. n. 3/2006 e nel Reg. reg. n. 1/2007, così come successivamente modificati o integrati, restano in vigore per la parte non in contrasto con la presente legge e con i successivi provvedimenti attuativi della stessa. Restano confermate le disposizioni di cui all'articolo 8 della legge regionale n. 16/2008, riguardanti le Commissioni istituite presso le ASL per la verifica del possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento, i cui esiti vanno certificati e comunicati alla competente struttura regionale.

237-quindecies. Al fine di realizzare l'adeguamento dell'offerta di prestazioni e servizi accreditati ai fabbisogni di cui al decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Decr.reg. n. 49 del 2010 e successive modifiche e integrazioni, nonché ai programmi operativi di cui alla legge 191/2009, il Commissario ad acta definisce le dotazioni di posti letto e delle diverse tipologie di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie delle strutture private provvisoriamente accreditate, fissando criteri di adeguamento agli standard o stipulando accordi di riconversione con le strutture stesse.

237-sexdecies. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie provvisoriamente accreditate che stipulano accordi di riconversione, ai sensi del comma 237-quindecies, che siano in possesso, per le attività o

strutture riconvertite, dei requisiti autorizzativi e ulteriori per l'accreditamento istituzionale, operano in regime di accreditamento definitivo dalla data indicata nell'accordo.

237-septdecies. Le strutture di cui al comma 237-sexdecies, nel rispetto del fabbisogno devono, comunque, aver presentato domanda di accreditamento istituzionale definitivo con le medesime modalità e negli stessi termini previsti dal comma 237-quinquies.

237-octodecies. Il comma 5 dell'articolo 8 della legge regionale n. 16/2008 è sostituito dal seguente:

"5. Al fine di colmare la carenza regionale di offerta in specifici ambiti assistenziali, le strutture destinate a erogare prestazioni di assistenza palliativa ai malati terminali (hospice) e di assistenza a disabili e anziani non autosufficienti (Residenze Sanitarie Assistenziali), che siano state autorizzate all'esercizio, possono, in deroga a quanto previsto da commi precedenti, operare in regime di accreditamento, fermo restando il successivo rispetto delle procedure per la conferma dell'accreditamento. Con dette strutture le ASL possono stipulare contratti, nei limiti fissati da appositi provvedimenti commissariali che individuino la copertura finanziaria."

237-novodecies. Gli accreditamenti istituzionali definitivi, rilasciati ai sensi dei commi da 237-quinquies a 237-unvicies, hanno durata quadriennale.

237-vicies. Fatta eccezione per le nuove attivazioni di grandi macchine diagnostiche e terapeutiche, individuate con apposito provvedimento del Commissario ad acta per il piano di rientro dal disavanzo sanitario e, comunque, nel rispetto dei volumi e delle tipologie delle prestazioni programmate e contrattualizzate per il livello assistenziale della specialistica ambulatoriale, l'aggiornamento e l'implementazione tecnologica delle apparecchiature non richiede nuova autorizzazione alla realizzazione.

237-unvicies. Per il trasferimento di strutture specialistiche ambulatoriali all'interno della stessa ASL e per le iniziative di riconversione di cui al comma 237-sexdecies, è sufficiente la presa d'atto, con propria delibera, da parte dell'ASL territorialmente competente del decreto di autorizzazione alla realizzazione ai sensi della Delib.G.R. n. 7301 del 2001 e della verifica positiva dei requisiti per l'accreditamento.

237-duovicies. È fatto divieto di inserire clausole compromissorie in tutti i contratti stipulati dalla So.Re.Sa. o dalle ASL in materia di lavori e di fornitura di beni, servizi o prestazioni in materia sanitaria".

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421".

Articolo 8-ter: "Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie".

"1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

- a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
- b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- c) strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.

2. L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che

comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.

3. Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

4. L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base dei principi e criteri direttivi previsti dall'articolo 8, comma 4, del presente decreto. In sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni determinano:

a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;

b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati”.

Articolo 8-quater: “Accreditamento istituzionale”.

“1. L'accREDITamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accREDITamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.

2. La qualità di soggetto accREDITato 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. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accREDITamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accREDITate, così come definiti dall'articolo 8-quinquies.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di sanità, e, limitatamente all'accREDITamento dei professionisti, la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per:

a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;

b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve

esser conseguita da parte delle singole strutture sanitarie, e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;

c) le procedure e i termini per l'accredimento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:
- a) garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accredimento e per la sua verifica periodica;
 - b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;
 - c) assicurare che tutte le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili e alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;
 - d) garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;
 - e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;
 - f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;
 - g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8-octies;
 - h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere e) ed f);
 - i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;
 - l) indicare i requisiti specifici per l'accredimento di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;
 - m) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta e ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;
 - n) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;
 - o) indicare i requisiti per l'accredimento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-ter;
 - p) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli articoli 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;

- q) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture sociosanitarie, ove compatibili.
5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accreditamento, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accreditamento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.
6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e delle altre già operanti.
7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso.
8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, e in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative”.

Legge 27 dicembre 2006, n. 296: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)”.

Articolo 1, comma 796, lettere o), s) e t): “796. 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 il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per un patto nazionale per la salute sul quale la Conferenza delle regioni e delle province autonome, nella riunione del 28 settembre 2006, ha espresso la propria condivisione:

o) fatto salvo quanto previsto in materia di aggiornamento dei tariffari delle prestazioni sanitarie dall'articolo 1, comma 170, quarto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come modificato dalla presente lettera, a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto. Fermo restando il predetto sconto, 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. All'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate»;

s) a decorrere dal 1° gennaio 2008, cessano i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non

confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

t) le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2011 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private ospedaliere e ambulatoriali, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992; le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2013 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992;”.

Legge 23 dicembre 1994, n. 724: “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”.

Articolo 6: “Pagamento a tariffa e acquisto di beni e servizi”:

Comma 6: “6. A decorrere dalla data di entrata in funzione del sistema di pagamento delle prestazioni sulla base di tariffe predeterminate dalla regione cessano i rapporti convenzionali in atto ed entrano in vigore i nuovi rapporti fondati sull'accredimento, sulla remunerazione delle prestazioni e sull'adozione del sistema di verifica della qualità previsti all'articolo 8, comma 7, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 , e successive modificazioni ed integrazioni. La facoltà di libera scelta da parte dell'assistito si esercita nei confronti di tutte le strutture ed i professionisti accreditati dal Servizio sanitario nazionale in quanto risultino effettivamente in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e accettino il sistema della remunerazione a prestazione. Fermo restando il diritto all'accredimento delle strutture in possesso dei requisiti di cui all'articolo 8, comma 4, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 , e successive modificazioni, per il biennio 1995-1996 l'accredimento opera comunque nei confronti dei soggetti convenzionati e dei soggetti eroganti prestazioni di alta specialità in regime di assistenza indiretta regolata da leggi regionali alla data di entrata in vigore del citato D.Lgs. n. 502 del 1992 , che accettino il sistema della remunerazione a prestazione sulla base delle citate tariffe”.

Delibera di Giunta Regionale della Campania 31 dicembre 2001, n. 7301: “Modifiche ed integrazioni alla Delib.G.R. 7 agosto 2001, n. 3958 contenente "Definizione dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e dell'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private e approvazione delle procedure di autorizzazione”

Delibera di Giunta Regionale della Campania 18 settembre 2006, n. 1465: “Differimento del termine per l'adeguamento delle strutture sanitarie e o sociosanitarie pubbliche e private ai requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici previsti dalla Delib.G.R. 7 agosto 2001, n. 3958 e successive modifiche ed integrazioni”.

Decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro del settore sanitario del 4 febbraio 2010, n. 5: “Delibera del Consiglio dei Ministri del 28/7/2009 concernente la nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per il risanamento del Servizio Sanitario Regionale a norma dell'art. 4 del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222. Realizzazione degli interventi in materia di accreditamento istituzionale – Modifiche ed integrazioni al decreto del Commissario ad Acta n. 21 del 30.12.2009”.

Regolamento regionale 22 giugno 2007, n. 1: “Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accredimento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale”.

Articolo 4: “Procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e pubbliche equiparate, private provvisoriamente accreditate e private già in esercizio”.

Comma 22: “22. Essendo disposto al comma 1 che le strutture che intendano richiedere l'accreditamento istituzionale devono essere in possesso, già all'atto della presentazione dell'istanza di accreditamento istituzionale, dei requisiti ulteriori definiti nei capi II e III del presente regolamento, nonché della positiva valutazione della compatibilità della struttura rispetto alla programmazione regionale e dell'attività svolta, gli effetti giuridici conseguenti al riconoscimento del nuovo status di soggetto accreditato ed al rilascio dell'accreditamento istituzionale con la contestuale assegnazione del livello di classe non decorrono dalla data di rilascio dell'attestato di accreditamento istituzionale bensì dalla data di acquisizione dell'istanza stessa al protocollo regionale, a condizione che il nucleo di valutazione, all'atto della verifica, accerti che i requisiti ulteriori richiesti erano effettivamente già posseduti alla data di presentazione dell'istanza di accreditamento”.

Legge regionale 28 novembre 2008, n. 16: “Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo”.

Articolo 8: “Delega alle Aziende sanitarie locali delle competenze in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie”.

“1. Al fine di accelerare le procedure di accreditamento disciplinate dal Reg. 31 luglio 2006, n. 3 “Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica di emodialisi e di riabilitazione ambulatoriale” e Reg. 22 giugno 2007, n. 1 “Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale”, e di semplificare i relativi procedimenti amministrativi, sono delegate alle Aziende sanitarie locali le competenze e le funzioni in ordine alla ricezione delle istanze di accreditamento dei soggetti interessati, alla verifica della funzionalità delle strutture richiedenti rispetto alla programmazione regionale, all'accertamento del possesso dei requisiti ulteriori e agli adempimenti connessi e conseguenti ivi compreso il rilascio dell'attestato di accreditamento istituzionale da parte del direttore generale. A tal fine, le commissioni competenti sono costituite con lo stesso personale con cui le Aziende sanitarie locali hanno provveduto alla realizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, ai sensi della Delib.G.R. 31 dicembre 2001, n. 7301 per il complesso delle attività relative al rilascio delle autorizzazioni.

2. Le commissioni di cui al comma 1 sono integrate da almeno un valutatore scelto esclusivamente tra quelli già operativi nominati con specifico provvedimento per la fase di primo avvio e tra coloro che hanno superato la prima edizione del corso semestrale di formazione previsto dalla Delib.G.R. 22 settembre 2006, n. 1489. Nell'ambito delle procedure di verifica disciplinate dal Reg. n. 1/2007 è data priorità all'accreditamento istituzionale dei Centri di riabilitazione, di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che intendono riconvertire le loro attività in residenze assistenziali sanitarie per disabili o in centri diurni integrati per disabili, delle Case di Cura e delle residenze assistenziali sanitarie per disabili e per anziani nel rispetto dell'ordine cronologico di acquisizione al protocollo regionale delle relative istanze entro e non oltre il 30 giugno 2009.

3. L'Assessorato alla Sanità provvede a trasferire alle Aziende sanitarie locali competenti per territorio le istanze di accreditamento istituzionale non ancora definite e giacenti presso gli uffici regionali.

4. Nelle more dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie i direttori generali delle Aziende sanitarie locali possono, previa evidenza pubblica, sottoscrivere contratti per le attività salvavita di radioterapia.

5. Al fine di colmare la carenza regionale di offerta in specifici ambiti assistenziali, le strutture destinate a erogare prestazioni di assistenza palliativa ai malati terminali (hospice) e di assistenza a

disabili e anziani non autosufficienti (Residenze Sanitarie Assistenziali), che siano state autorizzate all'esercizio, possono, in deroga a quanto previsto da commi precedenti, operare in regime di accreditamento, fermo restando il successivo rispetto delle procedure per la conferma dell'accreditamento. Con dette strutture le ASL possono stipulare contratti, nei limiti fissati da appositi provvedimenti commissariali che individuino la copertura finanziaria”.

Delibera di Giunta Regionale della Campania 22 settembre 2006, n. 1489: “Istituzione dei Nuclei di Valutazione per la verifica dei requisiti ulteriori di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie ai sensi del Regolamento n.3 del 31 luglio 2006”.

Decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro del settore sanitario del 27 settembre 2010, n. 49: “Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro. Modifiche ed integrazioni”.

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

Legge 23 dicembre 1978, n. 833: “Istituzione del servizio sanitario nazionale”.

Articolo 44: “Convenzioni con istituzioni sanitarie”.

“Il piano sanitario regionale di cui all'articolo 55 accerta la necessità di convenzionare le istituzioni private di cui all'articolo precedente, tenendo conto prioritariamente di quelle già convenzionate.

La legge regionale stabilisce norme per:

- a) le convenzioni fra le unità sanitarie locali e le istituzioni private di cui all'articolo precedente, da stipularsi in armonia col piano sanitario regionale e garantendo la erogazione di prestazioni sanitarie non inferiori a quelle erogate dai corrispondenti presidi e servizi delle unità sanitarie locali;
- b) le convenzioni fra le unità sanitarie locali e le aziende termali di cui all'articolo 36.

Dette convenzioni sono stipulate dalle unità sanitarie locali in conformità a schemi tipo approvati dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Le Convenzioni stipulate a norma del presente articolo dalle unità sanitarie locali competenti per territorio hanno efficacia anche per tutte le altre unità sanitarie locali del territorio nazionale”.

Delibera di Giunta Regionale della Campania 7 agosto 2001, n. 3958: “Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private della Regione Campania - Approvazione delle procedure di autorizzazione”.

Punto 1.3: “Autorizzazione per particolari tipologie di trasferimento di strutture sanitarie e/o socio-sanitarie”.

“Nel caso di richiesta di trasferimento di una struttura sanitaria e/o socio-sanitaria già in esercizio nell'ambito dello stesso distretto sanitario, sempre che il trasferimento non comporti l'ampliamento, la trasformazione delle prestazioni erogate dalla struttura richiedente né dal carico di lavoro eventualmente determinato, va seguita la seguente procedura:

- l'istanza da produrre in due copie, va rivolta al Sindaco del Comune in cui la struttura verrà trasferita e va redatta secondo il modello sub allegato AREAL 4-bis;
- all'istanza va allegato un progetto che deve contenere le misure previste per il rispetto delle prescrizioni urbanistiche ed edilizie dei regolamenti del Comune competente nonché dei requisiti minimi definiti con il presente documento;
- il Comune non deve acquisire la verifica di compatibilità del progetto rispetto al fabbisogno complessivo ed alla localizzazione territoriale;

- il Comune, al fine di verificare la conformità del progetto ai requisiti minimi, invia entro tre giorni copia della documentazione soltanto all'ASL territorialmente competente;
- nell'ipotesi in cui si richiede il trasferimento in altro Comune della stessa ASL, copia della istanza va inviata, a cura dell'interessato, per conoscenza, al Comune da cui si richiede il trasferimento.

La medesima istanza deve essere prodotta anche dai soggetti che, alla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione della Delib.G.R. 7 agosto 2001, n. 3958 avessero in corso un trasferimento, rientrando nella fattispecie innanzi descritta, di una struttura sanitaria e/o socio-sanitaria.

L'ASL, per il tramite dell'apposita Commissione, precedentemente menzionata, verifica la compatibilità del progetto rispetto al possesso dei requisiti minimi strutturali ed impiantistici.

L'ASL trasmette al Comune le risultanze delle verifiche effettuate ed il relativo parere entro venti giorni dalla data di ricevimento, se trattasi di istanze inviate da Comuni con meno di 100.000 abitanti ovvero, entro sessanta giorni, se trattasi di Comuni con più di 100.000 abitanti.

In caso di parere positivo il Comune rilascia, nei termini previsti dall'art. 4 del D.L. n. 398/1993 convertito nella legge n. 493/1993, la concessione o l'autorizzazione edilizia e la autorizzazione al trasferimento della struttura, dandone notizia all'interessato.

L'autorizzazione deve, in particolare, indicare:

- a. i dati anagrafici del soggetto richiedente, nel caso lo stesso sia persona fisica;
- b. la sede e la ragione sociale, nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;
- c. la sede e la denominazione, nel caso in cui il richiedente sia un soggetto pubblico;
- d. la tipologia della struttura e delle prestazioni autorizzate;
- e. le eventuali prescrizioni volte a garantire l'effettivo rispetto del fabbisogno complessivo e/o dei requisiti minimi strutturali ed impiantistici.

La concessione o l'autorizzazione edilizia e l'autorizzazione al trasferimento della struttura sono rilasciate dal Comune contestualmente; le stesse non possono essere rilasciate nel caso il cui le verifiche di compatibilità non abbiano dato luogo a parere positivo.

Nel caso di diniego dell'autorizzazione o nel caso in cui la stessa contenga prescrizioni volte a garantire l'effettivo rispetto dei requisiti minimi, l'interessato può presentare, entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto medesimo, le proprie controdeduzioni mediante istanza di riesame.

Il Comune decide sull'istanza, nel termine di sessanta giorni dal ricevimento della stessa.

Per ottemperare alle prescrizioni, il soggetto interessato deve provvedere, nel termine di quaranta giorni dalla data di ricevimento dell'atto, a presentare gli adeguamenti progettuali necessari.

Il Comune decide sull'autorizzazione entro sessanta giorni dal ricevimento del progetto adeguato.

Il mancato adeguamento del progetto nel termine previsto comporta il diniego della concessione o autorizzazione edilizia e della autorizzazione al trasferimento della struttura.

Copia del provvedimento autorizzativo deve essere trasmesso, a cura del Comune, alla Giunta regionale - Assessorato alla Sanità - Settore Programmazione Sanitaria ed alla Direzione Generale della ASL competente.

A decorrere dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione della Delib.G.R. 7 agosto 2001, n. 3958 è fatto obbligo a tutti i soggetti che intendono realizzare, ampliare, trasformare e trasferire strutture sanitarie e/o sociosanitarie a rispettare le procedure e le modalità descritte nel presente paragrafo. Il Comune dispone la chiusura delle strutture realizzate, ampliate, trasformate e trasferite in difformità”.

Legge regionale 30 settembre 2008, n. 12: “Nuovo ordinamento e disciplina delle Comunità montane”.

Articolo 3: “Individuazione degli ambiti territoriali delle comunità montane”.

“1. Sono individuate in Regione Campania le seguenti comunità montane:

1) Comunità montana Monte Santa Croce:

Conca della Campania (CE), Galluccio (CE), Mignano Monte Lungo (CE), Presenzano (CE), Rocca d'Evandro (CE), Roccamonfina (CE), San Pietro Infine (CE), Tora e Piccilli (CE);

2) Comunità montana Matese:

Ailano (CE), Alife (CE), Capriati a Volturno (CE), Castello del Matese (CE), Ciorlano (CE), Fontegreca (CE), Gallo Matese (CE), Gioia Sannitica (CE), Letino (CE), Piedimonte Matese (CE), Prata Sannita (CE), Pratella (CE), Raviscanina (CE), San Gregorio Matese (CE), San Potito Sannitico (CE), Sant'Angelo d'Alife (CE), Valle Agricola (CE);

3) Comunità montana Monte Maggiore:

Castel di Sasso (CE), Dragoni (CE), Formicola (CE), Giano Vetusto (CE), Liberi (CE), Pietramelara (CE), Pontelatone (CE), Roccaromana (CE), Rocchetta e Croce (CE);

4) Comunità montana Titerno e Alto Tammaro:

Campolattaro (BN), Castelpagano (BN), Cerreto Sannita (BN), Circello (BN), Colle Sannita (BN), Cusano Mutri (BN), Faicchio (BN), Guardia Sanframondi (BN), Morcone (BN), Pietraraja (BN), Pontelandolfo (BN), Reino (BN), San Lorenzello (BN), San Lupo (BN), San Salvatore Telesino (BN), Santa Croce del Sannio (BN), Sassinoro (BN);

5) Comunità montana Taburno:

Arpaia (BN), Bonea (BN), Bucciano (BN), Cautano (BN), Forchia (BN), Frasso Telesino (BN), Moiano (BN), Paolisi (BN), Sant'Agata De' Goti (BN), Solopaca (BN), Tocco Caudio (BN), Vitulano (BN);

6) Comunità montana Fortore:

Apice (BN), Baselice (BN), Buonalbergo (BN), Castelfranco in Miscano (BN), Castelvetero in Val Fortore (BN), Foiano di Val Fortore (BN), Ginestra degli Schiavoni (BN), Molinara (BN), Montefalcone di Val Fortore (BN), San Bartolomeo in Galdo (BN), San Giorgio la Molarola (BN), San Marco dei Cavoti (BN);

7) Comunità montana Partenio - Vallo Di Lauro:

Avella (AV), Baiano (AV), Cervinara (AV), Lauro (AV), Mercogliano (AV), Monteforte Irpino (AV), Montefusco (AV), Moschiano (AV), Mugnano del Cardinale (AV), Ospedaletto d'Alpinolo (AV), Pannarano (BN), Pietrastornina (AV), Quadrelle (AV), Quindici (AV), Roccarainola (NA), Rotondi (AV), San Martino Valle Caudina (AV), Santa Paolina (AV), Sant'Angelo a Scala (AV), Sirignano (AV), Summonte (AV), Taurano (AV), Torrioni (AV), Visciano (NA);

8) Comunità montana Ufita:

Carife (AV), Casalbore (AV), Castel Baronia (AV), Flumeri (AV), Frigento (AV), Greci (AV), Montaguto (AV), Montecalvo Irpino (AV), San Nicola Baronia (AV), San Sossio Baronia (AV), Savignano Irpino (AV), Scampitella (AV), Trevico (AV), Vallata (AV), Vallesaccarda (AV), Villanova del Battista (AV), Zungoli (AV);

9) Comunità montana Alta Irpinia:

Andretta (AV), Aquilonia (AV), Bisaccia (AV), Cairano (AV), Calitri (AV), Conza della Campania (AV), Guardia Lombardi (AV), Lacedonia (AV), Lioni (AV), Monteverde (AV), Morra de Sanctis (AV), Rocca San Felice (AV), Sant'Andrea di Conza (AV), Sant'Angelo dei Lombardi (AV), Teora (AV), Torella dei Lombardi (AV);

10) Comunità montana Terminio Cervialto:

Bagnoli Irpino (AV), Calabritto (AV), Caposele (AV), Cassano Irpino (AV), Castelfranci (AV), Castelvetero sul Calore (AV), Chiusano di San Domenico (AV), Montella (AV), Montemarano (AV), Nusco (AV), Salza Irpina (AV), San Mango sul Calore (AV), Santa Lucia di Serino (AV), Santo Stefano del Sole (AV), Senerchia (AV), Serino (AV), Sorbo Serpico (AV), Volturara Irpina (AV);

11) Comunità montana Irno - Solofrana:

Baronissi (SA), Bracigliano (SA), Calvanico (SA), Fisciano (SA), Forino (AV), Monitoro Inferiore (AV), Montoro Superiore (AV), Siano (SA), Solofra (AV);

12) Comunità montana Monti Picentini:

Acerno (SA), Castiglione del Genovesi (SA), Giffoni Sei Casali (SA), Giffoni Valle Piana (SA), Montecorvino Rovella (SA), Olevano sul Tusciano (SA), San Cipriano Picentino (SA);

13) Comunità montana Tanagro - Alto e Medio Sele:

Auletta (SA), Buccino (SA), Caggiano (SA), Campagna (SA), Castelnuovo di Conza (SA), Colliano (SA), Contursi Terme (SA), Laviano (SA), Oliveto Citra (SA), Palomonte (SA), Ricigliano (SA), Romagnano al Monte (SA), Salvitelle (SA), San Gregorio Magno (SA), Santomenna (SA), Valva (SA);

14) Comunità montana Alburni:

Aquara (SA), Bellosguardo (SA), Castelvita (SA), Controne (SA), Corleto Manforte (SA), Ottati (SA), Petina (SA), Postiglione (SA), Roscigno (SA), Sant'Angelo a Fasanella (SA), Serre (SA), Sicignano degli Alburni (SA);

15) Comunità montana Calore Salernitano:

Albanella (SA), Altavilla Silentina (SA), Campora (SA), Castel San Lorenzo (SA), Felitto (SA), Laurino (SA), Magliano Vetere (SA), Monteforte Cilento (SA), Piaggine (SA), Roccadaspide (SA), Sacco (SA), Stio (SA), Trentinara (SA), Valle dell'Angelo (SA);

16) Comunità montana Vallo di Diano:

Atena Lucana (SA), Buonabitacolo (SA), Casalbuono (SA), Monte San Giacomo (SA), Montesano sulla Marcellana (SA), Padula (SA), Polla (SA), Sala Consilina (SA), San Pietro al Tanagro (SA), San Rufo (SA), Sant'Arsenio (SA), Sanza (SA), Sassano (SA), Teggiano (SA);

17) Comunità montana Gelbison e Cervati:

Cannalonga (SA), Ceraso (SA), Gioi (SA), Moio della Civitella (SA), Novi Velia (SA), Orria (SA), Perito (SA), Vallo della Lucania (SA);

18) Comunità montana Alento Monte Stella:

Cicerale (SA), Laureana Cilento (SA), Lustra (SA), Ogliastro Cilento (SA), Omignano (SA), Perdifumo (SA), Prignano Cilento (SA), Rutino (SA), Serramezzana (SA), Sessa Cilento (SA), Stella Cilento (SA);

19) Comunità montana Bussento - Lambro e Mingardo:

Casaletto Spartano (SA), Caselle in Pittari (SA), Celle di Bulgheria (SA), Cuccaro Vetere (SA), Futani (SA), Laurito (SA), Montano Antilia (SA), Morigerati (SA), Roccagloriosa (SA), Rofrano (SA), San Mauro la Bruca (SA), Torraca (SA), Torre Orsaia (SA), Tortorella (SA);

20) Comunità montana Monti Lattari:

Agerola (NA), Casola di Napoli (NA), Corbara (SA), Lettere (NA), Pimonte (NA), Sant'Egidio del Monte Albino (SA), Scala (SA), Tramonti (SA).

2. In occasione del censimento decennale della popolazione si procede all'aggiornamento dei dati demografici dei comuni inseriti nelle comunità montane; laddove uno dei comuni dovesse aver superato la popolazione di ventimila abitanti, il relativo rappresentante è automaticamente escluso dagli organi della comunità montana e il presidente della giunta regionale con proprio decreto, entro sessanta giorni dalla pubblicazione dei dati, procede all'aggiornamento della composizione territoriale della medesima comunità.

3. Se il comune escluso perché avente popolazione superiore ai ventimila abitanti dovesse, in occasione del censimento decennale della popolazione, scendere al di sotto di tale soglia demografica può fare richiesta di inclusione in una comunità montana; in tal caso il presidente della giunta regionale, previa verifica da parte delle strutture regionali, procede con proprio decreto, entro sessanta giorni dalla richiesta, all'aggiornamento della composizione territoriale della relativa comunità; il comune per il quale è intervenuta l'inclusione procede alla individuazione del proprio

rappresentante con le modalità di cui all'articolo 9 entro dieci giorni dalla pubblicazione del decreto del presidente della giunta regionale

Si pubblica di seguito il testo dell'articolo 1, comma 237 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 (“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011 – 2013 della Regione Campania (Legge finanziaria regionale 2011)”), così come risulta modificato dalla legge regionale sopra riportata.

*La pubblicazione del presente testo coordinato ha valore meramente notiziale e non incide sul valore legale degli atti pubblicati ed è stato redatto dal Settore Legislativo, ai sensi dell'art. 8 del “Regolamento di disciplina del Bollettino ufficiale della regione Campania in forma digitale” (D.P.G.R. n. 15/2009), al solo fine di facilitarne la lettura .
Le modifiche apportate sono evidenziate con caratteri corsivi.*

Testo coordinato dell'articolo 1, comma 237 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011 – 2013 della Regione Campania (Legge finanziaria regionale 2011).

Art. 1

Comma 237: Al comma 6 dell'articolo 36-bis della legge regionale n. 32/1994 le parole “Commissione di valutazione tecnica” sono sostituite dalla parola “Commissione”.

237-bis. La Regione Campania assicura i livelli essenziali di assistenza tramite gli enti e le strutture del servizio sanitario regionale e secondo le previsioni di cui al Decr.reg. n. 49 del 2010 e successive modifiche e integrazioni.

237-ter. Per le finalità di cui al comma 237-bis, al fine di garantire qualità e sicurezza per i cittadini e gli operatori, la Regione assicura le procedure di accreditamento istituzionale secondo le modalità riportate nei seguenti commi

237 quater. *Ferma restando la sussistenza del fabbisogno e delle condizioni di cui agli articoli 8 ter e 8 quater, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), in conformità ai principi generali del sistema, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettere s) e t), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), il fabbisogno va soddisfatto, prioritariamente, attraverso l'accredimento delle strutture private transitoriamente accreditate, da intendersi provvisoriamente accreditate alla data del 1 luglio 2007, successivamente delle strutture private già in esercizio e solo successivamente mediante l'accredimento delle strutture o attività di nuova realizzazione. Il rilascio di nuove autorizzazioni per la realizzazione, nonché l'accredimento di nuove strutture è subordinato al completamento delle procedure di cui ai commi da 237 quinquies a 237 unvicies.*

237 quinquies. *Le strutture sanitarie e socio-sanitarie private, che intendono proseguire in regime di accreditamento istituzionale definitivo l'attività erogata in regime di accreditamento provvisorio, presentano nuova domanda di accreditamento istituzionale, entro venti giorni dalla pubblicazione nel BURC del decreto commissariale di disciplina delle modalità per l'utilizzo della piattaforma applicativa informatica, nel caso trattasi di strutture sanitarie private di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale e, per effetto di quanto disposto dall'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 296/2006, come modificato dall'articolo 2, comma 35, della legge 26 febbraio 2011, n. 10 (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), entro il termine del 30 aprile 2012 nel caso di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private. La nuova domanda di accreditamento istituzionale è presentata esclusivamente attraverso l'utilizzo di una piattaforma applicativa informatica messa a disposizione dalla So.Re.Sa., secondo modalità disciplinate con successivo provvedimento amministrativo pubblicato nel BURC, da adottarsi entro dieci giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni. Sono nulle le istanze trasmesse con modalità difformi rispetto a quanto disposto dal presente comma.*

237 sexies. Alla presentazione delle domande di cui al comma 237 quinquies sono ammesse esclusivamente le strutture sanitarie e socio-sanitarie private provvisoriamente accreditate in possesso dei seguenti titoli:

a) certificazione dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), territorialmente competente, di valido titolo convenzionale ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), nonché di eventuale titolo di intervenuta modifica disciplinare o dell'assetto assistenziale fermo restando, per le strutture di ricovero ospedaliero, il numero di posti letto originariamente convenzionati, ovvero di provvedimento giurisdizionale esecutivo di accreditamento. La certificazione della ASL territorialmente competente indica altresì le attività per le quali le strutture richiedenti operano in regime di accreditamento provvisorio ed è rilasciata previa verifica di conformità con quanto riportato nell'originario titolo convenzionale o nell'eventuale titolo di intervenuta modifica disciplinare o dell'assetto assistenziale, ovvero nel provvedimento giurisdizionale esecutivo di accreditamento;

b) autorizzazione all'esercizio ai sensi della deliberazione di Giunta regionale del 31 dicembre 2001, n. 7301, ovvero idonea certificazione dell'ASL territorialmente competente che attesta che il mancato rilascio del titolo autorizzativo, fermo restando l'avvenuto adeguamento ai requisiti strutturali da parte delle strutture richiedenti entro i termini indicati dalla deliberazione di Giunta regionale del 18 settembre 2006, n. 1465, sia dipeso da causa non imputabile alle strutture stesse.

237 septies. abrogato

237 octies. Le domande di accreditamento di cui al comma 237 quinquies sono considerate ammissibili soltanto se contengono dichiarazioni di notorietà attestanti:

a) la permanenza dei requisiti stabiliti con la DGR 7301/2001;

b) l'avvenuta presentazione dell'istanza di accreditamento istituzionale ai sensi dei regolamenti 31 luglio 2006, n. 3 (Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure dell'accredito istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica di emodialisi e di riabilitazione ambulatoriale) e 22 giugno 2007, n. 1 (Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accredito istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale);

c) il possesso dei requisiti ulteriori prescritti per l'accredito istituzionale dai regolamenti 3/2006 e 1/2007. Sono esentate dalla presentazione della dichiarazione di notorietà di cui alla lettera b) le strutture provvisoriamente accreditate che non hanno inoltrato, nei termini di legge, l'istanza di accreditamento istituzionale di cui ai regolamenti 3/2006 ed 1/2007 perché non ancora in possesso, per causa non imputabile, dell'autorizzazione all'esercizio prevista dalla DGR 7301/2001.

237 octies bis. Non presentano la nuova domanda di accreditamento istituzionale di cui al comma 237 quinquies:

a) le strutture di dialisi ambulatoriale per le quali secondo quanto previsto dal Decreto del Commissario ad acta 5/2010 sono state disciplinate specifiche modalità per l'accredito istituzionale;

b) le strutture termali che hanno operato ai sensi dell'articolo 6, comma 6 della legge 724/1994 e già accreditate con deliberazioni di Giunta regionale;

c) le strutture sanitarie già in possesso di accreditamento istituzionale ai sensi del regolamento 3/2006."

237 nonies. Se il numero delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private che hanno presentato domanda ai sensi del comma 237 quinquies eccede il fabbisogno programmato a livello regionale ai fini dell'accredito, il Commissario ad acta fissa criteri di adeguamento agli standard ovvero stipula accordi di riconversione con le strutture stesse. In mancanza di accordi, si procede ad una riduzione proporzionale delle relative attività accreditabili ai sensi dell'articolo 8 quater, comma 8, del decreto legislativo 502/92 e s.m.i..

237 decies. Fatte salve le verifiche di cui ai commi 237 undecies e duodecies, il titolo di accreditamento istituzionale definitivo decorre, per le strutture sanitarie private di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale, nonché per tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private di cui all'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 296/2006, come modificato dall'articolo 2, comma 35, della legge 10/2011, dalla data di pubblicazione nel BURC del decreto commissariale di presa d'atto di cui al comma 237 undecies, salvo quanto disposto dall'articolo 4, comma 22, del regolamento 1/2007, come aggiunto dall'articolo 5, comma 1, della legge regionale 30 gennaio 2008, n. 1 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione Campania - legge finanziaria 2008). La mancata presentazione della nuova domanda di accreditamento istituzionale definitivo entro i termini di

cui al comma 237 quinquies, ovvero la presentazione della domanda da parte di strutture non in possesso anche di uno dei requisiti di ammissibilità di cui ai commi 237 sexies e octies, comporta la revoca dell'accreditamento in atto per il tramite di successivi provvedimenti del Commissario ad acta.

237 undecies. So.re.sa. trasmette alle competenti strutture regionali ed alla struttura commissariale, entro e non oltre il cinquantesimo giorno successivo alla pubblicazione del decreto commissariale di cui al comma 237 quinquies, l'elenco contenente la ricognizione delle domande regolarmente ammesse sulla piattaforma informatica applicativa, inoltrate dalle strutture sanitarie private di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale, e l'elenco delle domande inoltrate da tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 296/2006, come modificato dall'articolo 2, comma 35, della legge 10/2011, entro e non oltre il 31 maggio 2012. La conferma dell'accreditamento avviene mediante decreto commissariale di presa d'atto da adottarsi rispettivamente entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'elenco contenente le domande inoltrate dalle strutture sanitarie private di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale ed entro il termine del 30 giugno 2012 per tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché mediante successivi decreti commissariali suddivisi per branche di attività e per singole ASL, previa verifica della compatibilità con la programmazione regionale e condizionati all'esito delle procedure di verifica di cui al comma 237 duodecies.

237 duodecies. Successivamente all'adozione dei provvedimenti di presa d'atto di cui al comma 237 undecies, la competente struttura regionale avvia il procedimento di verifica delle istanze presentate attraverso la piattaforma informatica, ivi comprese le certificazioni e gli atti di notorietà di cui ai commi 237 sexies ed octies, nonché del possesso dei requisiti ulteriori previsti dalla normativa vigente e richiesti per l'accreditamento istituzionale, mediante le Commissioni locali previste dall'articolo 8 della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16 (Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo). Se dalle verifiche, da completarsi entro il 31 dicembre 2012, risulta la mancanza dei requisiti di ammissibilità o dei requisiti ulteriori previsti per l'accreditamento, il Commissario ad acta adotta i conseguenti provvedimenti di cui ai regolamenti 3/2006 e 1/2007, ivi compresa la revoca dell'accreditamento. L'espletamento delle procedure di verifica avviene in collaborazione con il rappresentante legale della struttura sanitaria o socio-sanitaria, o con suo delegato, che provvede a fornire le informazioni necessarie ed utili per la conclusione delle procedure stesse secondo le modalità definite con deliberazione di Giunta regionale 1489/2006 e s.m.i..

237 terdecies. Per la definizione dei procedimenti di accreditamento istituzionale definitivo di cui ai commi da 237 quinquies e seguenti, la normativa regionale vigente in materia si applica in quanto compatibile con le presenti disposizioni nonché con quelle degli ulteriori provvedimenti di attuazione della stessa.

237 quaterdecies. La delega alle ASL di cui all'articolo 8, comma 1, della legge regionale 16/2008 cessa di avere efficacia dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Le disposizioni in materia di accreditamento contenute nei regolamenti regionali 3/2006 e 1/2007, così come successivamente modificati o integrati, restano in vigore per la parte non in contrasto con i commi da 237 quater a 237 unicies e con i provvedimenti attuativi degli stessi. Restano confermate le disposizioni di cui all'articolo 8 della legge regionale 16/2008, riguardanti le Commissioni istituite presso le ASL per la verifica del possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento, i cui esiti vanno certificati e comunicati alla competente struttura regionale.

237 quindecies. La verifica della compatibilità con la programmazione regionale di cui al comma 237 undecies si realizza tramite l'adeguamento dell'offerta di prestazioni e servizi accreditati ai fabbisogni programmati di cui al decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario del 27 settembre 2010, n. 49 e successive modifiche e integrazioni, nonché ai programmi operativi di cui alla legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2010).

237 quindecies bis. Al fine di attuare quanto disposto dall'articolo 1, comma 796, lettera o), della legge 296/2006, in coerenza con i programmi operativi di cui alla legge 191/2009, il fabbisogno programmato di strutture private accreditate eroganti attività di medicina di laboratorio (laboratori di analisi) e dei correlati volumi di prestazioni a carico del SSN coincide per gli anni 2011 e 2012 con le attuali consistenze. Con successivo decreto commissariale, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni, sono definite le specifiche modalità di associazione consortile e le soglie minime operative in base alle quali dal 1 febbraio 2013 le strutture private eroganti attività di medicina di laboratorio procedono al rinnovo dell'accreditamento istituzionale definitivo.”

237 sexdecies. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie provvisoriamente accreditate che stipulano accordi di riconversione ai sensi del comma 237 nonies che sono in possesso, per le attività o strutture riconvertite, dei requisiti autorizzativi ed ulteriori per l'accreditamento istituzionale, operano in regime di accreditamento definitivo dalla data indicata nell'accordo di riconversione, il quale costituisce verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno complessivo. Nei trenta giorni successivi alla sottoscrizione dell'accordo, in deroga a quanto stabilito dalla normativa vigente, le ASL provvedono a rilasciare a tali strutture nuova autorizzazione all'esercizio, previa verifica dei requisiti minimi previsti dalla DGR 7301/2001, per il tramite delle Commissioni locali di cui al comma 237 duodecies che provvedono a verificare anche il possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale. Nel caso in cui dalla verifica effettuata dalle Commissioni locali di cui al comma 237 duodecies risulta che la struttura da riconvertire non possiede ancora i requisiti minimi autorizzativi e la riconversione non richiede opere per le quali è necessario il rilascio di concessione o di autorizzazione edilizia, è concesso un periodo di sessanta giorni per l'adeguamento ai nuovi requisiti minimi. Trascorso tale termine, le ASL, in deroga a quanto stabilito dalla normativa vigente, nei successivi venti giorni, provvedono a rilasciare a tali strutture nuova autorizzazione all'esercizio, previa verifica dei requisiti minimi previsti dalla DGR 7301/2001, per il tramite delle Commissioni locali di cui al comma 237 duodecies che provvedono a verificare anche il possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale. Nel caso in cui la riconversione prevede opere per le quali è necessario il rilascio di concessione o di autorizzazione edilizia, la struttura sanitaria o socio-sanitaria, entro trenta giorni dalla stipula dell'accordo, provvede a richiedere all'autorità competente la concessione o l'autorizzazione edilizia e le Commissioni locali di cui al comma 237 duodecies provvedono ad effettuare la verifica del possesso dei requisiti minimi, ai fini del rilascio della nuova autorizzazione all'esercizio, nonché la verifica del possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale, dopo novanta giorni dal rilascio della concessione o della autorizzazione edilizia. Le strutture che stipulano accordi di riconversione continuano ad erogare le originarie attività sanitarie o socio-sanitarie fino al rilascio della nuova autorizzazione all'esercizio.

237 septdecies. Le strutture di cui al comma 237 sexdecies, nel rispetto del fabbisogno presentano comunque domanda di accreditamento istituzionale definitivo con le medesime modalità e negli stessi termini previsti dal comma 237 quinquies.

237 octodecies. Il comma 5 dell'articolo 8 della legge regionale 16/2008, è sostituito dal seguente:

"5. Al fine di colmare la carenza regionale di offerta in specifici ambiti assistenziali, le strutture destinate a erogare prestazioni di assistenza palliativa ai malati terminali (hospice) e di assistenza a disabili e anziani non autosufficienti (Residenze Sanitarie Assistenziali), che siano state autorizzate all'esercizio ed in possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento di cui al regolamento 1/2007, possono, in deroga a quanto previsto dalla legge regionale 4/2011, articolo 1, commi da 237 quater a 237 unicies, operare in regime di accreditamento. Tali strutture presentano domanda per la conferma dell'accreditamento istituzionale secondo le modalità e nei termini di cui alla legge regionale 4/2011, articolo 1, comma 237 quinquies. Con dette strutture le ASL stipulano contratti, nei limiti fissati da appositi provvedimenti commissariali che individuano la copertura finanziaria."

237 novodecies. Gli accreditamenti istituzionali definitivi, rilasciati ai sensi dei commi da 237 quater a 237 unicies hanno durata quadriennale, salvo quanto previsto dal comma 237 quindicies bis. Il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario è autorizzato a definire procedure finalizzate al superamento di eventuali criticità tali da ostacolare ovvero rallentare il rispetto dei termini temporali definiti dai commi da 237 quater a 237 unicies.

237 vicies. Il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario è autorizzato con proprio provvedimento a definire procedure autorizzative per l'aggiornamento e l'implementazione tecnologica delle apparecchiature, nel rispetto dei volumi e delle tipologie delle prestazioni programmate e contrattualizzate per il livello assistenziale della specialistica ambulatoriale, ivi comprese le nuove attivazioni di grandi macchine diagnostiche e terapeutiche. In deroga al comma 237 quater, le strutture già provvisoriamente accreditate di fisiocinesiterapia (FKT) ai sensi dell'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), in possesso dei requisiti strutturali ed organizzativi, nell'ambito del tetto di spesa già assegnato, possono presentare domanda di accreditamento istituzionale per l'area socio-sanitaria.

237 vicies bis. In deroga a quanto previsto dal comma 237 quater è consentito rilasciare autorizzazioni per i soli trasferimenti di strutture sanitarie già in esercizio nell'ambito della stessa ASL. A tali trasferimenti si applicano le procedure di cui al punto 1.3 della DGR 3958/2001, come modificata dalla DGR 7301/2001.

237 vicies ter. Nel rispetto del fabbisogno regionale, le strutture sanitarie e socio-sanitarie che insistono nei territori dei Comuni individuati negli ambiti territoriali delle Comunità montane, ai sensi

dell'articolo 3 della legge regionale 12/2008, in possesso di valido titolo autorizzativo, rilasciato ai sensi della DGR 7301/2001 ed in possesso dei requisiti ulteriori per l'accreditamento di cui al regolamento 1/2007 possono, in deroga a quanto previsto dai commi da 237 quater a 237 unvicies, operare in regime di accreditamento. Tali strutture presentano domanda per la conferma dell'accreditamento istituzionale secondo le modalità e nei termini di cui al comma 237 quinquies e le stesse non possono essere autorizzate al trasferimento fuori dall'ambito della Comunità montana.

237 unvicies. Sono nulle le istanze presentate dalle strutture sanitarie private sulla piattaforma applicativa informatica So.Re.Sa. in data precedente alla entrata in vigore delle presenti disposizioni.

237 duovicies. E' fatto divieto di inserire clausole compromissorie in tutti i contratti stipulati dalla So.Re.Sa. o dalle ASL in materia di lavori e di fornitura di beni, servizi o prestazioni in materia sanitaria.