

**PROCEDIMENTO DI AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI
SANITARIE (RSA) E DEGLI HOSPICE****DISPOSIZIONI GENERALI****1. FINALITA'E AMBITO DI APPLICAZIONE**

- 1.1 Il presente documento definisce ai sensi degli articoli 8 bis, 8 ter e 8 quater, del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", nonché ai sensi degli articoli 4 e 5, della legge regionale 9.3.2001, n. 8, "Disposizioni urgenti in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e altre disposizioni in materia di sanità e politiche sociali", il procedimento amministrativo per la concessione dell'autorizzazione/accreditamento istituzionale alle strutture residenziali sanitarie e agli hospice pubblici e privati.
- 1.2 Il procedimento individuato nel presente documento è finalizzato all'emanazione di un provvedimento amministrativo di autorizzazione/accreditamento, poiché le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e gli Hospice pubblici e privati, individuati negli atti di programmazione regionale, concorrono alla definizione degli standard regionali di offerta strutturale per l'erogazione del livello assistenziale distrettuale in regime residenziale e l'accesso a tali prestazioni è subordinato a valutazione di congruità e di opportunità da parte distretto territorialmente competente.
- 1.3 Il provvedimento di autorizzazione/accreditamento è rilasciato alle strutture RSA ed Hospice eroganti le prestazioni residenziali previste dal livello essenziale di assistenza (LEA) distrettuale, in conformità agli atti di programmazione regionale.
- 1.4 Nel rispetto degli indirizzi di programmazione regionale, il procedimento per il rilascio dell'autorizzazione/accreditamento alle strutture RSA ed Hospice è subordinato alla determinazione del fabbisogno e della localizzazione territoriale dell'offerta di questa tipologia di strutture.

2. DEFINIZIONI

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

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

Autorizzazione/accreditamento: provvedimento amministrativo unitario adottato nei casi in cui gli atti di programmazione regionale stabiliscano che una determinata attività possa essere esercitata solo dalle strutture pubbliche ovvero da tipologie di strutture private, espressamente individuate, alle cui prestazioni il cittadino può accedere solo previa valutazione di opportunità e congruità dell'Azienda per i servizi sanitari territorialmente competente. In tali casi, lo svolgimento dell'attività sanitaria è subordinato alla conformità sia ai requisiti di autorizzazione che a quelli di accreditamento.

Adattamento e/o trasformazione: modifiche della struttura o di parti di essa, finalizzate ad ospitare funzioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle già autorizzate/ accreditate;

Ampliamento: aumento del numero dei posti letto o del numero dei locali dove si svolgono le medesime funzioni sanitarie già autorizzate/accreditate;

Trasferimento: spostamento della struttura in altra sede, senza alcun aumento delle funzioni sanitarie già autorizzate e/o accreditate o aggiunta di nuove funzioni sanitarie;

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

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

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

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

Verbale: atto che riporta l'esito della verifica, le eventuali non conformità ai requisiti di autorizzazione/accreditamento, le azioni correttive da intraprendere con il piano di adeguamento che specifica anche i relativi tempi e le eventuali osservazioni rese dal legale rappresentante della struttura o da un suo delegato. Il verbale è sottoscritto da tutti i componenti del gruppo di valutazione e dal legale rappresentante della struttura.

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

3. COMPETENZE

- 3.1 Il Comune è competente per il procedimento di autorizzazione alla costruzione, adattamento, trasformazione, ampliamento e trasferimento e rilascia il certificato di agibilità dei locali. Nell'esercizio delle sue competenze, acquisisce:
 - a) dalla Direzione centrale il parere sulla compatibilità del progetto con le previsioni delle norme e degli atti di programmazione regionale che definiscono le funzioni, i criteri di accesso e le modalità di ricovero in dette strutture;
 - b) dall'Azienda per i servizi sanitari territorialmente competente il parere igienico-sanitario, il cui rilascio è subordinato anche alla verifica del rispetto dei requisiti minimi di cui all'allegato A del presente provvedimento.
- 3.2 La Direzione Centrale salute integrazione sociosanitaria e politiche sociali, di seguito indicata come Direzione Centrale, è competente per il procedimento finalizzato alla concessione dell'autorizzazione/accreditamento. Nell'ambito delle sue competenze:
 - comunica alle strutture private i termini e le modalità di svolgimento delle verifiche, nonché la documentazione e gli adempimenti ad esse richiesti ;
 - procede alla raccolta di informazioni e a verifiche tecniche mediante sopralluoghi, ricorrendo a valutatori adeguatamente formati e inseriti nello specifico elenco regionale;
 - può avvalersi, per la valutazione di particolari requisiti, di specifiche professionalità provenienti dalle Aziende sanitarie;
 - concede l'autorizzazione/accreditamento ovvero dispone il diniego di autorizzazione/accreditamento, con decreto del Direttore centrale;
 - detiene e aggiorna l'elenco dei valutatori;
 - stabilisce la composizione del gruppo di valutazione competente ad effettuare le verifiche;
 - effettua il monitoraggio dei programmi di adeguamento, in caso di autorizzazione/accreditamento con riserva, ricorrendo ai valutatori di cui sopra;

- svolge l'attività di vigilanza successiva alla concessione dell'autorizzazione/accreditamento, verificando le procedure volte alla promozione e miglioramento della qualità, ricorrendo ai valutatori di cui sopra.

4. CORRISPETTIVO

- 4.1 Il titolare della struttura privata che chiede l'autorizzazione/accreditamento, o l'integrazione dello stesso, deve versare, prima dello svolgimento del sopralluogo, il corrispettivo degli oneri sostenuti dall'Amministrazione; l'importo e le modalità del versamento vengono comunicati dalla Direzione Centrale
- 4.2 L'importo del corrispettivo, in relazione alla tipologia di struttura e di verifica, è determinato con decreto del Direttore centrale n. 1293/DC, del 7.12.2011, fatti salvi eventuali aggiornamenti.

5. DURATA DEL PROCEDIMENTO

Il procedimento di concessione dell'autorizzazione/accreditamento di competenza della Direzione centrale ha una durata massima di centoventi giorni decorrenti dal ricevimento della domanda, in ragione della complessità del procedimento che richiede il ricorso anche a professionisti esperti degli enti del S.S.R., la cui disponibilità è subordinata alle prioritarie esigenze di servizio.

PROCEDIMENTO

1. AVVIO DEL PROCEDIMENTO

- 1.1 Il titolare della struttura, completato il percorso per l'autorizzazione alla realizzazione e acquisita l'agibilità dal Comune territorialmente competente, presenta la domanda di autorizzazione/accreditamento alla Direzione Centrale, attraverso lo specifico sistema informativo allegando la prevista documentazione preliminare;
- 1.2 La domanda di autorizzazione/accreditamento deve contenere:
 - la sede e la denominazione della struttura;
 - le generalità del titolare o del rappresentante legale, se il richiedente è persona giuridica
 - la tipologia dell'attività svolta con l'indicazione del numero dei posti letto
- 1.3 Alla domanda devono essere allegati:
 - certificato di agibilità dei locali
 - copia della segnalazione certificata di inizio attività ai fini della sicurezza antincendio, di cui all'art. 4, del D.P.R. 1.8.2011, n. 151
 - planimetria 1:100 dei locali, con destinazione d'uso, in duplice copia
 - la documentazione antimafia di cui al D.P.R. n. 252/1998
 - elenco nominativo del personale, con specifica della qualifica, titolo di studio, funzione organizzativa, monte ore settimanale, firmato dal legale rappresentante
 - elenco dei fornitori esterni di prestazioni/servizi di cui si avvale la struttura
 - la dichiarazione di non sussistenza di situazioni di incompatibilità, previste dalla vigente normativa, nel rapporto di lavoro con il personale comunque impiegato nella struttura
 - il questionario di autovalutazione preliminare, compilato nelle parti di competenza e sottoscritto il piano della formazione

- il piano della qualità
- la carta dei servizi
- l'organigramma

2. ISTRUTTORIA

- 2.1 La Direzione Centrale, entro trenta giorni dalla data di ricevimento della domanda e della documentazione di cui ai paragrafi 1.2 e 1.3, effettua un controllo sulla regolarità e sulla completezza della stessa e comunica alla struttura sanitaria interessata l'avvio del procedimento, nonché l'esito, positivo o negativo, del predetto controllo; in caso di esito positivo, procede alla costituzione del gruppo di valutazione e concorda con la struttura medesima la data del sopralluogo finalizzato alla verifica dei requisiti;
- 2.2 In caso di irregolarità o incompletezza della documentazione prodotta, la Direzione Centrale invita il titolare della struttura a produrre, entro il termine di dieci giorni dal ricevimento della comunicazione, i documenti richiesti, eventualmente corredati da osservazioni scritte. Ricevuta la documentazione richiesta, la Direzione Centrale, se ritiene la stessa idonea, procede alla costituzione del gruppo di valutazione e concorda con la struttura medesima la data del sopralluogo per la verifica dei requisiti. In caso contrario, o nel caso in cui il titolare della struttura non invii la documentazione richiesta, emana un decreto di non autorizzazione/accreditamento.
- 2.3 Il gruppo di valutazione procede agli accertamenti all'interno della struttura, che possono articolarsi in uno o più sopralluoghi, in relazione alla complessità organizzativa della medesima. A conclusione di tali accertamenti, redige un verbale contenente la descrizione delle conformità o non conformità accertate, nonché un giudizio sintetico sui requisiti di autorizzazione/accreditamento.

Il predetto verbale, sottoscritto dai componenti del gruppo di valutazione e dal legale rappresentante della struttura, o da un suo delegato, viene inviato alla Direzione Centrale dal coordinatore del gruppo.

- 2.4 La verifica dei requisiti di autorizzazione/accreditamento determina un giudizio:
- di autorizzabilità/accreditabilità a pieno titolo, in caso di conformità di tutti i requisiti;
 - di autorizzabilità/accreditabilità con riserva, in caso di non conformità ad uno o più requisiti non essenziali e la struttura necessita di un piano di adeguamento secondo i tempi indicati al successivo paragrafo 2.5;
 - di non autorizzabilità/accreditabilità, in caso di non conformità ad uno o più requisiti essenziali, indicati con la lettera E nell'allegato A, conseguente agli accertamenti di cui ai successivi paragrafi 2.6 e 2.7;
- 2.5 Qualora il gruppo di valutazione concluda l'accertamento con una valutazione di autorizzabilità/accreditabilità con riserva, indica nello stesso verbale gli interventi finalizzati a rimuovere le carenze rilevate e i tempi di realizzazione degli stessi.
- I tempi di adeguamento - concordati con il titolare della struttura, fatta salva la valutazione di congruità degli stessi, di competenza dei valutatori - non possono superare le scadenze di seguito indicate:
- tre per i requisiti strutturali ed impiantistici
 - due anni, per i requisiti tecnologici
 - un anno, per i requisiti organizzativi;
- 2.6 Qualora il gruppo di valutazione accerti la non conformità di uno o più requisiti essenziali, riporta le non conformità nel verbale e sospende la formulazione del giudizio di non autorizzabilità/accreditabilità. La Direzione Centrale, preso atto delle non conformità risultanti dal verbale, dispone un nuovo sopralluogo da svolgersi non prima di venti giorni e non oltre trenta giorni dal primo. Qualora nel nuovo sopralluogo il gruppo di valutazione incaricato dalla Direzione centrale accerti la conformità ai requisiti essenziali riporta nel verbale un giudizio di autorizzabilità/accreditabilità a pieno titolo, fermo restando quanto previsto al precedente paragrafo 2.5 in caso di non conformità di uno o più requisiti non essenziali;

- 2.7 Qualora nel nuovo sopralluogo il gruppo di valutazione accertati la non conformità ad uno o più requisiti essenziali, il verbale riporta la descrizione delle non conformità accertate e il giudizio di non autorizzabilità/accreditabilità;
- 2.8 Entro 15 giorni dalla conclusione degli accertamenti da parte del gruppo di valutazione, il Direttore Centrale, prima della adozione del provvedimento di non autorizzazione/accreditamento, comunica al titolare della struttura i motivi che ostano alla concessione dell'autorizzazione/accreditamento. Entro il termine di dieci giorni dal ricevimento della comunicazione, il titolare della struttura può presentare per iscritto alla Direzione Centrale osservazioni e/o documenti, che vengono valutati dal gruppo di riesame di cui al capitolo 3.

3. RIESAME

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

4. ADOZIONE DEL DECRETO

- 4.1 Il Direttore centrale, verificata la conformità e completezza dell'iter procedimentale, entro 15 giorni dal ricevimento del giudizio formulato dal gruppo di valutazione, ovvero del giudizio conseguente al riesame di cui al precedente capitolo 3, emana un decreto:
- di autorizzazione/accreditamento a pieno titolo
 - di autorizzazione/accreditamento con riserva
 - di non autorizzazione/accreditamento
- 4.2 In caso di autorizzazione/accreditamento con riserva, il decreto indica i programmi di adeguamento, nonché i tempi di realizzazione, nei limiti indicati al precedente paragrafo 2.5;
- 4.3 I tempi di adeguamento possono essere prorogati, su richiesta motivata della struttura interessata, dalla Direzione Centrale, fino ad un massimo del 20% rispetto a quelli indicati al precedente paragrafo 2.5;
- 4.4 Qualora il gruppo di riesame formuli un giudizio di autorizzabilità/accreditabilità con riserva, il Direttore centrale adotta il decreto di autorizzazione/accreditamento con riserva che contiene il piano di adeguamento e i relativi termini. Qualora il gruppo di riesame confermi il giudizio di non autorizzabilità/accreditabilità, o qualora la struttura non abbia presentato le osservazioni, il Direttore centrale adotta il decreto di non autorizzazione/accreditamento;

5. DURATA DELL' AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO

- 5.1 Il provvedimento di autorizzazione/accreditamento a pieno titolo ha una durata di tre anni decorrenti dalla data della sua emanazione; alla scadenza dei tre anni si procede al rinnovo secondo le modalità di cui al capitolo 6;
- 5.2 L'autorizzazione/accreditamento con riserva ha una durata corrispondente ai termini assegnati alla struttura per l'adeguamento dei requisiti carenti, salva l'ipotesi di cui al precedente paragrafo 4.3. Alla scadenza dei tempi previsti, la Direzione Centrale dispone la verifica del raggiungimento o meno della

conformità ai requisiti. In caso di controllo positivo da parte del gruppo di valutazione, la Direzione Centrale emana il provvedimento di autorizzazione/accreditamento a pieno titolo della durata di tre anni, decorrenti dalla data di emanazione del decreto di autorizzazione/accreditamento con riserva. In caso di mancato adeguamento, la Direzione Centrale adotta un decreto di revoca dell'autorizzazione/accreditamento con riserva;

- 5.3 L'integrazione dell'autorizzazione/accreditamento disciplinata nel capitolo 9 ha una durata pari a quella prevista nell'originario decreto e non determina una proroga della scadenza ivi prevista.

6. MODALITA' DI RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO

- 6.1 Ai fini del rinnovo dell'autorizzazione/accreditamento, prima dell'inizio dell'ultimo trimestre di validità del decreto di autorizzazione/accreditamento, la Direzione Centrale comunica alle strutture autorizzate/accreditate la data di effettuazione del nuovo accertamento. I titolari delle strutture interessate, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, producono i documenti di cui ai paragrafi 1.2 e 1.3 della sezione "Procedimento";
- 6.2 Il procedimento per il rinnovo, attuato con le modalità di cui ai capitoli 2 e 4 della sezione "Procedimento", si conclude entro la data di scadenza del precedente provvedimento. In presenza di giustificati motivi che impediscono di completare l'istruttoria nei tempi previsti, la Direzione Centrale dispone una proroga di 30 giorni. In tale caso, è prorogata la validità del precedente provvedimento fino alla emanazione del nuovo decreto di autorizzazione/accreditamento.

7. INTEGRAZIONE DELL'AUTORIZZAZIONE E DELL'ACCREDITAMENTO

- 7.1 I titolari delle RSA e degli Hospice autorizzati/accreditati che intendano procedere all'ampliamento del numero dei posti letto e/o dei locali, ovvero al trasferimento degli stessi, devono preventivamente acquisire l'agibilità dal Comune territorialmente competente, che procede con le modalità di cui al paragrafo 3.1 della sezione "Disposizioni Generali";
- 7.2 Acquisita l'agibilità, le strutture interessate inoltrano la domanda di integrazione dell'autorizzazione/accreditamento alla Direzione centrale, attraverso il previsto sistema informativo, producendo la documentazione di cui al paragrafo 1.3 della sezione "Procedimento".
- 7.3 La Direzione centrale avvia l'istruttoria di cui ai capitoli 2, 3, 4 e 5 della sezione "Procedimento", effettuando un nuovo sopralluogo solo se la documentazione prodotta, o quella integrativa eventualmente richiesta, dimostrino che le variazioni intervenute hanno determinato una configurazione organizzativa diversa da quella iniziale. In caso contrario, l'istruttoria viene effettuata sulla documentazione prodotta.
- 7.4 L'autorizzazione/accreditamento integrato in caso di ampliamento o di trasferimento ha una durata pari a quella prevista nell'originario decreto.
- 7.5 In caso di variazione del soggetto titolare della struttura e della denominazione della stessa, il cedente e il cessionario devono darne comunicazione entro trenta giorni dalla stipula dell'atto alla Direzione centrale, che richiede l'eventuale documentazione necessaria per dimostrare la conformità ai requisiti di autorizzazione/accreditamento e dispone, entro 30 giorni dal ricevimento della predetta documentazione, il trasferimento della titolarità dell'autorizzazione/accreditamento; il nuovo titolare della struttura può esercitare l'attività solo dalla data del provvedimento con cui viene trasferita la titolarità dell'autorizzazione/accreditamento.
- 7.6 In caso di mera variazione della denominazione della struttura e del direttore sanitario, il titolare della struttura ne dà comunicazione alla Direzione centrale che procede alla conseguente modifica del provvedimento di autorizzazione/accreditamento.
- 7.7 Le strutture private che chiedono l'integrazione dell'autorizzazione/accreditamento ai sensi del paragrafo 7.1 mantengono lo status di soggetto autorizzato/accreditato e l'eventuale accordo contrattuale stipulato con l'Azienda sanitaria, fino al completamento del procedimento di integrazione.
- 7.8 Nelle more del completo allestimento e del rilascio dell'autorizzazione/accreditamento della nuova sede,

qualora la sede precedentemente autorizzata/accreditata non consenta lo svolgimento dell'attività, il provvedimento di autorizzazione/accreditamento si considera sospeso.

a. SOSPENSIONE E REVOCA DELL'AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO

- 8.1 La Direzione centrale esercita l'attività di vigilanza nei confronti delle strutture autorizzate/accreditate, attraverso sopralluoghi di controllo anche senza preavviso;
- 8.2 L'attività di vigilanza è svolta dai valutatori incaricati dalla Direzione Centrale. A conclusione dell'attività di vigilanza, il gruppo di valutazione redige un verbale, con le modalità di cui al paragrafo 2.3 della sezione "Procedimento", contenente un giudizio di conformità o non conformità dei requisiti valutati, ovvero di conformità con l'individuazione di un piano di adeguamento, in analogia a quanto previsto nel successivo paragrafo 2.4;
- 8.3 In caso di rifiuto della struttura a sottoporsi a tali sopralluoghi, la Direzione centrale, sulla base della comunicazione del gruppo di valutazione, adotta il provvedimento di sospensione dell'autorizzazione/accreditamento per un periodo di trenta giorni. Entro quindici giorni dalla scadenza di detto periodo, viene disposto un nuovo sopralluogo, anche senza preavviso. In caso di ulteriore rifiuto, la Direzione centrale adotta il provvedimento di revoca dell'autorizzazione/accreditamento;
- 8.4 Qualora il gruppo di valutazione accerti la non conformità ai requisiti essenziali di autorizzazione/accreditamento, la Direzione Centrale, sulla base di quanto riportato nel verbale – redatto con le modalità di cui al paragrafo 2.3 e fatta salva l'applicazione delle disposizioni di cui al capitolo 3 – adotta il provvedimento di sospensione dell'autorizzazione/accreditamento per un periodo di trenta giorni, prescrivendo l'adeguamento ai predetti requisiti. Alla scadenza del termine di sospensione, la Direzione centrale procede alla verifica dell'adeguamento. In caso di mancato adeguamento, la Direzione Centrale dispone la revoca dell'autorizzazione/accreditamento, con le modalità di cui al paragrafo 8.6;
- 8.5 Qualora il gruppo di valutazione accerti, in qualsiasi momento, la mancata corrispondenza ai requisiti non essenziali di autorizzazione/accreditamento, la Direzione Centrale, sulla base di quanto riportato nel verbale – redatto con le modalità di cui al paragrafo 2.3 – prescrive l'adeguamento ai predetti requisiti, entro i termini di cui al precedente paragrafo 2.5. Alla scadenza dei termini assegnati, in caso di mancato adeguamento, la Direzione Centrale dispone la revoca dell'autorizzazione/accreditamento;
- 8.6 Nelle fattispecie di cui ai paragrafi 8.3, 8.4 e 8.5, prima dell'adozione del provvedimento di sospensione o di revoca dell'autorizzazione/accreditamento, la Direzione centrale invita la struttura interessata a produrre documenti e osservazioni, che vengono valutati dal gruppo di riesame con le modalità di cui al capitolo 3. Qualora il gruppo di riesame ritenga rilevanti i documenti o le osservazioni prodotti dalla struttura, la Direzione centrale può disporre un nuovo sopralluogo o l'individuazione di un piano di adeguamento; qualora, invece, ritenga non rilevanti o infondati i predetti documenti e osservazioni, adotta il provvedimento di sospensione o di revoca dell'autorizzazione/accreditamento;
- 8.7 Determina la sospensione dell'autorizzazione/accreditamento la mancata disponibilità della sede autorizzata/accreditata, nelle more del completo allestimento e del rilascio dell'autorizzazione/accreditamento per la nuova sede, nei casi di ampliamento o di trasferimento di cui ai paragrafi 7.1;
- 8.8 Determina la revoca dell'autorizzazione/accreditamento il trasferimento o l'ampliamento attuata in assenza degli adempimenti di cui al paragrafo 7.1;
- 8.9 In caso di cessazione dell'attività, il soggetto titolare deve darne tempestiva comunicazione alla Direzione centrale, che provvede alla revoca dell'autorizzazione/accreditamento
- 8.10 La comunicazione di dati non veritieri, rilevata dalla Direzione Centrale nella fase istruttoria di cui al capitolo 2, ovvero nelle fasi di monitoraggio o di vigilanza, comporta il diniego del rilascio dell'accreditamento o la revoca dello stesso, ove già concesso; resta fermo quanto previsto dall'art. 76, del D.P.R. 28-12-2000, n. 445, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa";

9. DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

- 9.1 Le RSA e gli Hospice privati provvisoriamente accreditati ai sensi dell'art. 8 quater, comma 6, del D. Lgs. n. 502/1992, devono presentare la domanda finalizzata alla concessione dell'autorizzazione/accreditamento entro e non oltre il termine perentorio di 6 mesi, decorrente dalla pubblicazione sul B.U.R. del provvedimento di approvazione definitiva dei requisiti e della procedura;
- 9.2 Nelle more dell'allestimento del sistema informatizzato, di cui al paragrafo 1.1 della sezione "Procedimento", la domanda di autorizzazione/accreditamento e la documentazione ad essa allegata vengono presentate tramite raccomandata con avviso di ricevimento o tramite posta elettronica certificata (PEC) al seguente indirizzo: sanita.pol.soc@certregione.fvg.it

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE