

## LA GIUNTA REGIONALE

richiamata la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante: “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”;

richiamati gli articoli *8-bis*, *8-ter* e *8-quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229;

richiamato il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 relativo all’approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

richiamata la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5, recante: “Norme per la razionalizzazione dell’organizzazione del servizio sociosanitario regionale, e per il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione”;

visto, in particolare, l’art. 38, comma 3 della legge regionale 5/2000 che prevede che all’accreditamento delle strutture pubbliche o private e dei professionisti che ne facciano richiesta provveda la Giunta regionale, ai sensi delle vigenti disposizioni statali e regionali in materia, attraverso procedura diretta a valutare la presenza, la rispondenza e la permanenza dei requisiti ulteriori di qualificazione dell’attività svolta, dei risultati quali-quantitativi raggiunti e dei fattori impiegati dalla struttura o soggetto autorizzato, pubblico o privato, rispetto a standard, finalità e fabbisogni di assistenza stabiliti dalla Giunta stessa, in conformità agli indirizzi della programmazione sanitaria e socio-assistenziale regionale, per assicurare i livelli essenziali ed appropriati di assistenza, nonché il miglioramento continuo della qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate;

richiamato il decreto del Ministro per la solidarietà sociale 21 maggio 2001, n. 308, che fissa i requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328, recante: “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

richiamato il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002/2004, approvato con legge regionale 4 settembre 2001, n. 18 che prevede, nell’ambito degli obiettivi trasversali, l’individuazione complessiva dei fabbisogni strutturali e produttivi per l’esercizio delle attività svolte a soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione regionale;

richiamato il Piano regionale per la salute ed il benessere sociale per il triennio 2006/2008, approvato con legge regionale 20 giugno 2006, n. 13, ed in particolare l’obiettivo 25 che, all’attività B, prevede l’accreditamento delle strutture, delle attività e dei professionisti in ambito sanitario, al fine di orientare i processi di crescita della qualità del Servizio Sanitario Regionale verso l’eccellenza;

richiamata la legge regionale 6 agosto 2007, n. 19, recante: “Nuove disposizioni in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 52 in data 15 gennaio 2010, concernente l’approvazione di nuove disposizioni in materia di accreditamento delle strutture e delle attività sanitarie e socio-sanitarie svolte sul territorio regionale da soggetti pubblici e privati e del relativo manuale, ai sensi della L.R. 5/2000;

richiamato il Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013, approvato con legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34, che conferma, in termini di continuità con i

precedenti documenti di programmazione socio-sanitaria regionale, i seguenti obiettivi in materia di autorizzazione e accreditamento:

- estendere il regime autorizzativo a tutte le strutture e le attività sanitarie e sociali, come garanzia del livello qualitativo delle prestazioni;
- orientare i processi di crescita della qualità del Servizio Sanitario Regionale verso l'eccellenza;

richiamato il punto 1 del dispositivo della deliberazione della Giunta regionale n. 492 in data 11 aprile 2014, che ha prorogato al 31 dicembre 2018 il termine per la presentazione della richiesta di autorizzazione all'esercizio dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani resi da soggetti pubblici e privati in Valle d'Aosta;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 496 in data 15 aprile 2016, concernente l'approvazione di disposizioni in materia di accreditamento delle strutture residenziali e delle attività in ambito sociale svolte, sul territorio regionale, da soggetti privati e del relativo manuale, ai sensi della l.r. 5/2000 e della L. 328/2000;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1108 in data 19 agosto 2016, che ha approvato, tra l'altro, con decorrenza dal 1° gennaio 2017, nuove disposizioni in materia di realizzazione di strutture ed esercizio di attività in ambito sanitario e sociale;

viste le seguenti Intese della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancite rispettivamente in data 20 dicembre 2012 e 19 febbraio 2015:

- a) Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute degli anni 2010-2012" (Rep. Atti n. 259/CSR);
- b) Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie (Rep. Atti n. 32/CSR)";

rilevato che la Giunta regionale, con propria deliberazione n. 965 in data 31/05/2013, ha recepito l'Intesa di cui alla lettera a) nei suoi principi generali e, con propria deliberazione n. 28 in data 15/01/2016, ha recepito integralmente l'Intesa di cui alla lettera b), comprensiva del cronoprogramma per gli adeguamenti normativi e dei criteri per il funzionamento degli organismi tecnicamente accreditanti, di cui agli Allegati A e B alla stessa deliberazione;

dato atto che il punto 3 del dispositivo della DGR 28/2016 aveva rinviato ad un successivo provvedimento l'approvazione dei nuovi manuali per l'accreditamento istituzionale, in sostituzione di quello approvato con DGR 52/2010, nonché la definizione delle modalità di richiesta e di rilascio dell'accreditamento stesso, nel rispetto dei criteri e dei principi di cui alle Intese sopracitate;

rilevato che la Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari ha organizzato, con funzioni di coordinamento, numerosi incontri con le Strutture regionali dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, nel periodo intercorrente tra marzo e novembre dell'anno 2017, finalizzati allo svolgimento delle seguenti attività:

- a) condivisione di un metodo di lavoro;
- b) analisi e discussione sul contenuto delle schede dei manuali di accreditamento istituzionale per le strutture ospedaliere, extra-ospedaliere, ambulatoriali e di laboratorio, sulla base dei documenti proposti dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, come disposto dalla DGR 28/2016;
- c) riformulazione del contenuto delle schede di cui alla lettera b), in relazione all'esito degli incontri effettuati nonché ad eventuali disposizioni regionali di settore vigenti, da esaminare congiuntamente agli obiettivi di programmazione regionale a breve e medio termine;

evidenziato che dagli incontri effettuati tra le Strutture regionali dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali - in relazione alla complessità della materia dell'accreditamento, che interessa gli ambiti sanitario e sociale e tenuto conto che le attività di cui alle precedenti lettere a) e b) si sono concluse - è emersa la necessità di:

1. procedere all'approvazione delle modalità e dei termini per la richiesta, il rilascio, la modifica, il rinnovo e il mantenimento dell'accreditamento istituzionale in ambito sanitario e sociale – descritte all'Allegato A alla presente deliberazione;
2. rinviare al 31 gennaio 2018 l'approvazione della nuova versione delle schede dei manuali, da formalizzare con apposito provvedimento della Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari, incaricata della riformulazione delle schede dei manuali, in relazione agli esiti degli incontri svolti, nel rispetto di quanto già disposto dalla DGR 28/2016 e dalla soprarichiamata Intesa sancita il 19 febbraio 2015 e recepita da tale deliberazione;

precisato, al riguardo, che la Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari dovrà provvedere - previa approvazione dei manuali con il sopraindicato provvedimento - all'adeguamento del sistema informatico denominato "Assani" mediante la sostituzione delle attuali schede di accreditamento con quelle dei nuovi manuali;

ritenuto necessario, pertanto, per dare attuazione alle normative nazionali e regionali soprarichiamate e per garantire la dovuta semplificazione amministrativa dei procedimenti regionali di accreditamento istituzionale, anche al fine di sviluppare ed applicare il sistema di accreditamento nazionale e le buone pratiche condivise:

1. approvare le nuove disposizioni, contenute nell'Allegato A alla presente deliberazione, in materia di accreditamento delle strutture in ambito sanitario e sociale e delle relative attività svolte sul territorio regionale da soggetti pubblici e privati, ai sensi della l.r. 5/2000;
2. stabilire che l'applicazione delle disposizioni di cui all'Allegato A alla presente deliberazione decorra dal 1° gennaio 2019, per consentire la conclusione di tutte le fasi di lavoro sopraindicate, anche in relazione al termine del 31 dicembre 2018 fissato per la presentazione delle richieste di autorizzazione all'esercizio dei servizi socio-assistenziali rivolti alle persone anziane;
3. stabilire che le istanze di accreditamento istituzionale presentate prima dell'entrata in vigore delle presenti disposizioni, comprese quelle di modifica e di rinnovo di accreditamenti già rilasciati, saranno esaminate ai sensi delle DGR 52/2010 e 496/2016;
4. revocare, con decorrenza dal 1° gennaio 2019, le DGR 52/2010 e 496/2016;
5. rinviare a successivo provvedimento della Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari:
  - l'approvazione delle schede dei manuali di accreditamento, previa condivisione con i competenti uffici dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali;
  - l'approvazione di eventuali disposizioni transitorie ed integrative in materia di accreditamento istituzionale, con particolare riferimento agli aspetti legati al cronoprogramma di cui alla soprarichiamata Intesa sancita il 19 febbraio 2015 e alla composizione e alle funzioni dell'organismo tecnicamente accreditante di cui alla DGR 28/2016;

dato atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi sul bilancio della Regione;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 1815 in data 30.12.2016 concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2017/2019 e delle connesse disposizioni applicative, come adeguato con DGR n. 1530 in data 13.11.2017;

visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dalla Dirigente della Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti

e qualità nei servizi socio-sanitari dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;

su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Luigi Bertschy;

ad unanimità di voti favorevoli

### **DELIBERA**

1. di approvare le nuove disposizioni, contenute nell'Allegato A alla presente deliberazione, di cui forma parte integrante, in materia di accreditamento delle strutture in ambito sanitario e sociale e delle relative attività svolte sul territorio regionale da soggetti pubblici e privati, ai sensi della l.r. 5/2000;
2. di stabilire che l'applicazione delle disposizioni di cui all'Allegato A alla presente deliberazione decorra dal 1° gennaio 2019, per consentire la conclusione di tutte le fasi di lavoro sopraindicate, anche in relazione al termine del 31 dicembre 2018 fissato per la presentazione delle richieste di autorizzazione all'esercizio dei servizi socio-assistenziali rivolti alle persone anziane;
3. di stabilire che le istanze di accreditamento istituzionale presentate prima dell'entrata in vigore delle presenti disposizioni, comprese quelle di modifica e di rinnovo di accreditamenti già rilasciati, saranno esaminate ai sensi delle DGR 52/2010 e 496/2016;
4. di revocare, con decorrenza dal 1° gennaio 2019, le DGR 52/2010 e 496/2016;
5. di rinviare a successivo provvedimento della Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari:
  - l'approvazione delle schede dei manuali di accreditamento, previa condivisione con i competenti uffici dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali;
  - l'approvazione di eventuali disposizioni transitorie ed integrative in materia di accreditamento istituzionale, con particolare riferimento agli aspetti legati al cronoprogramma di cui alla soprarichiamata Intesa sancita il 19 febbraio 2015 e alla composizione e alle funzioni dell'Organismo Tecnicamente Accreditante di cui alla DGR 28/2016;
6. di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi sul bilancio della Regione;
7. di stabilire che la presente deliberazione sia integralmente pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione;
8. di stabilire che la Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari provveda a comunicare l'adozione della presente deliberazione, a tutte le strutture pubbliche e private accreditate alla data della presente deliberazione, a tutte le Strutture organizzative dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, nonché al Direttore Generale e al Direttore della Struttura Complessa di Igiene e sanità pubblica dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta.



**Assessorato sanità, salute e politiche sociali**

**Dipartimento sanità, salute e politiche sociali**

**ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE ED ATTIVITA'**

**IN AMBITO SANITARIO E SOCIALE**

**SVOLTE DA SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI IN VALLE D'AOSTA**

## **1. PREMESSA**

Il perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini, con l'assicurazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), vede l'accreditamento, che in Italia ha carattere istituzionale, come uno strumento di garanzia della qualità delle prestazioni erogate, laddove il concetto di qualità presuppone l'adeguatezza delle diverse dimensioni componenti.

Il modello di accreditamento emerso dalla storia nei diversi Paesi, si configura come un processo di valutazione sistematico e periodico svolto da un "organismo esterno" con l'obiettivo di verificare l'adesione a predeterminati requisiti correlati alla qualità dell'assistenza; tale sistema incentiva l'autovalutazione e il miglioramento continuo della qualità.

Si tratta di un processo che va oltre la verifica della rispondenza a requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e gestionali previsti per l'autorizzazione all'esercizio di attività in ambito sanitario e sociale. Esso implica l'accertamento della capacità di soddisfare determinati livelli di assistenza (qualità dell'offerta, appropriatezza dell'uso delle risorse, modalità di accesso di strutture e di professionisti nell'organizzazione del servizio sanitario pubblico) nonché la verifica della permanenza, nel tempo, dei presupposti di cui trattasi.

Gli obiettivi dell'accreditamento istituzionale consistono sostanzialmente nell'assicurare i livelli essenziali ed uniformi di qualità dell'assistenza, nel potenziare l'erogazione di trattamenti e di prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza nonché nel dare attuazione al nuovo sistema di committenza ed erogazione dei servizi in ambito sanitario e sociale.

Il rilascio dell'accreditamento istituzionale non costituisce, tuttavia, vincolo per le pubbliche amministrazioni e per le aziende sanitarie locali a stipulare accordi contrattuali.

La fase attuale registra la necessità, sia in ambito nazionale sia in ambito regionale, di condividere gli elementi fondamentali del sistema, anche in considerazione dei recenti indirizzi europei, volti a promuovere, all'interno di un comune quadro di riferimento politico e strategico, meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri per garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria sicura e di qualità nell'ambito dell'Unione Europea.

In questo panorama è maturata l'esigenza di favorire la realizzazione di un nuovo modello condiviso che tenga conto delle più avanzate esperienze disponibili, dalle quali emerge la necessità di dare nuova definizione all'oggetto dell'accreditamento, definendo un uniforme sistema di requisiti per l'accreditamento istituzionale, che mantenga l'attenzione sulla dimensione strutturale e che valorizzi gli aspetti preponderanti di un adeguato sistema di governo delle funzioni assistenziali.

## **2. METODOLOGIA**

Le Regioni e le Province Autonome, pertanto, sono chiamate a documentare che nelle rispettive normative di riferimento siano presenti i seguenti criteri, denominati anche fattori di qualità:

- a. Aspetti strutturali
- b. Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sanitarie
- c. Prestazioni e servizi
- d. Competenze del personale
- e. Comunicazione
- f. Appropriatelyzza clinica e sicurezza
- g. Processi di miglioramento ed innovazione
- h. Umanizzazione

I manuali predisposti dall’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali, da riferire alle strutture ospedaliere nonché a quelle extra-ospedaliere, ambulatoriali e di medicina di laboratorio - in attuazione delle disposizioni nazionali e che saranno approvati con apposito provvedimento dirigenziale della Struttura finanziamento del servizio sanitario, investimenti e qualità nei servizi socio-sanitari – elaborano, per ciascuno dei criteri sopracitati, diversi requisiti da verificare nel tempo, per il rilascio, la modifica e il rinnovo dell’accreditamento, sulla base di un ciclo caratterizzato dalle seguenti fasi:

1. Pianificazione
2. Implementazione
3. Controllo, studio e raccolta dei risultati
4. Azione per rendere definitivo e/o migliorare la struttura, il processo o l’esito.

Le schede dei manuali di accreditamento si presenteranno nella seguente forma

N. 1, 2, ..	REQUISITO	Risposta	Evidenza	Osservazioni
FASE1			Doc/strutt	

1. Nella prima colonna (N) sono indicate:
  - la progressione numerica dei requisiti per ciascun criterio/fattore di qualità
  - la progressione numerica delle fasi di attuazione e di verifica del requisito
2. Nella seconda colonna (requisito) è enunciato per esteso il requisito di qualità richiesto, con suddivisione nelle 4 fasi temporali soprariportate, che agevolano l’interpretazione del requisito stesso e ne consentono un’applicabilità graduale, finalizzata a verificare:
  - la presenza di uno o più documenti che evidenzino il rispetto del requisito
  - l’attuazione dei documenti e la loro eventuale implementazione
  - il controllo e la raccolta degli esiti derivanti dall’attuazione dei documenti
  - l’adozione di azioni correttive con relativa verifica.
3. Nella terza colonna (risposta) è trascritta la corrispondenza al requisito utilizzando esclusivamente una delle seguenti opzioni:  
 SI (requisito completamente posseduto)  
 NO (requisito non posseduto)  
 N/A (non applicabile, in caso di requisito non pertinente). Per ogni requisito ritenuto non pertinente alla struttura per la quale è presentata l’istanza di accreditamento, deve essere motivata – per iscritto - la non applicabilità.
4. Nella quarta colonna (evidenza) è indicato il modo con cui deve essere data evidenza del possesso del requisito:  
 “doc” significa che l’evidenza è data dalla presenza di un documento scritto (trasmesso come allegato all’istanza oppure visionato in sede di sopralluogo)  
 “strutt” significa che l’evidenza è data in sede di sopralluogo.
5. Nella quinta colonna (osservazioni) vengono fornite informazioni relative:
  - alle modalità con cui è stata verificata la sussistenza del requisito
  - alle motivazioni dell’eventuale non applicabilità del requisito.

### 3. IL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO

MODALITA' E TERMINI DEL PROCEDIMENTO AMMINISTRATIVO PER L'ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE ED ATTIVITA' IN AMBITO SANITARIO E SOCIALE SVOLTE DA SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI IN VALLE D'AOSTA - AI SENSI DELL'ART. 38 DELLA LEGGE REGIONALE 25 GENNAIO 2000, N. 5 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI.

#### Art. 1

##### (Ambito di applicazione)

1. Il rilascio dell'accREDITamento di strutture ed attività in ambito sanitario e sociale – svolte da soggetti pubblici e privati in Valle d'Aosta - ai sensi dell'art. 38 della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, è subordinato al possesso di uno dei titoli autorizzativi di cui alla DGR 1108/2016, nonché alla verifica del possesso dei requisiti strutturali ed organizzativi comuni e specifici delle schede dei manuali approvati con apposito provvedimento dirigenziale.
2. Le modalità per il rilascio dell'accREDITamento istituzionale, si applicano anche ai casi di ampliamento e trasferimento delle strutture o di modifica di attività già accreditate.

#### Art. 2

##### (Istanza di accREDITamento)

1. L'istanza per il rilascio dell'accREDITamento a strutture ed attività in ambito sanitario e sociale, svolte da soggetti pubblici e privati in Valle d'Aosta, ai sensi della legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 e successive modificazioni, deve essere presentata on line sul sistema informatico denominato "Assani", sottoscritta dal legale rappresentante del soggetto richiedente o suo delegato, e trasmessa alla struttura competente in materia di qualità nei servizi socio-sanitari, dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, in formato cartaceo e in bollo (ad eccezione dei casi di esenzione previsti dalla normativa tributaria vigente), nel rispetto di quanto previsto dall'art. 35 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19 "Nuove disposizioni in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e dall'art. 38 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000 e loro successive modificazioni.
2. La presentazione dell'istanza deve seguire le seguenti fasi:
  - accesso al sistema, utilizzando le credenziali fornite dallo stesso ed inserimento dei dati e dei documenti richiesti nella sezione "Gestione accREDITamenti", rispettivamente sotto le voci "dati istanza", "schede manuale" e "documentazione istanza", da riferire agli aspetti che saranno esplicitati nel provvedimento dirigenziale di approvazione dei manuali;
  - stampa dell'istanza e trasmissione secondo quanto previsto dal precedente comma 1.
3. È fatta salva la facoltà dei soggetti preposti all'esame dell'istanza, di richiedere ogni altro documento utile ai fini dell'accERTAMENTO della sussistenza dei requisiti di cui all'art. 1.
4. Dall'istanza deve emergere se si tratta di:
  - primo accREDITamento;
  - rinnovo di accREDITamento;
  - altro: modifiche<sup>1</sup>, ampliamento o trasferimento della struttura.

---

<sup>1</sup> Si intendono le modifiche sostanziali (quali, ad esempio, la variazione del numero di utenti, la modifica dell'assetto societario nonché modifiche dell'attività svolta), per le quali è necessaria l'approvazione da parte della Giunta regionale, a conclusione di un nuovo procedimento amministrativo – riferito all'autorizzazione all'esercizio e all'accREDITamento - avviato su istanza di parte. Ci possono essere, tuttavia, variazioni che non necessitano di istanza e non danno luogo ad un nuovo procedimento; queste variazioni "formali" devono

### **Art. 3**

#### **(Irricevibilità ed incompletezza delle istanze)**

1. L'istanza è irricevibile<sup>2</sup> nei seguenti casi:
  - quando non è firmata;
  - quando è presentata da un soggetto che non è in possesso di uno dei titoli autorizzativi di cui alla DGR 1108/2016.
2. L'irricevibilità dell'istanza – qualora non sia stato possibile accertarla al momento della sua presentazione – è comunicata in forma scritta, con lettera raccomandata A.R. o con posta elettronica certificata al richiedente, con l'indicazione della relativa motivazione.
3. Se l'istanza è ricevibile, la struttura regionale competente in materia di qualità comunica al richiedente, entro trenta giorni dal suo ricevimento, l'avvio del procedimento o – in caso di incompletezza dell'istanza o di incongruenze nella documentazione presentata – l'eventuale sospensione dei termini per la sua conclusione, in pendenza delle integrazioni richieste.

### **Art. 4**

#### **(Esame delle istanze e termini del procedimento amministrativo)**

1. L'esame delle istanze di accreditamento viene effettuato, in ordine cronologico, solo se le stesse sono complete della necessaria documentazione, nel rispetto di quanto previsto, in materia di termini del procedimento amministrativo, dai successivi commi 6 e 7.
2. Ai fini dell'istruttoria, la struttura regionale competente in materia di qualità acquisisce, dal competente Servizio del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta, il parere tecnico sui requisiti del criterio relativo agli aspetti strutturali.
3. Ai fini dell'istruttoria, la struttura regionale competente in materia di qualità acquisisce, dalla struttura regionale competente per materia, in relazione alla natura della struttura ed alla tipologia di utenza servita, il parere tecnico sui requisiti dei criteri relativi agli aspetti organizzativi.
4. La struttura regionale competente in materia di qualità può anche avvalersi della collaborazione dei competenti servizi ospedalieri e territoriali dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta nonché, previa deliberazione della Giunta regionale, di professionisti esterni all'Amministrazione regionale.
5. Qualora i pareri vincolanti di cui ai precedenti commi 2, 3 e 4 del presente articolo non siano espressi entro il termine di 30 giorni dalla data di richiesta della struttura regionale competente in materia di qualità, essi si intendono favorevoli.
6. Il termine entro cui è concluso il procedimento amministrativo per il rilascio dell'accREDITAMENTO di strutture ed attività in ambito sanitario e sociale, svolte da soggetti pubblici e privati in Valle d'Aosta, è di settantacinque giorni e decorre dalla data in cui l'istanza perviene alla struttura regionale competente in materia di qualità<sup>3</sup>.
7. Nel caso in cui emergano difformità o non perfetta corrispondenza tra quanto dichiarato nelle schede di autovalutazione e quanto verificato in sopralluogo, la struttura competente in materia di qualità, dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ne dà comunicazione al richiedente indicando le difformità rilevate e informando che, in pendenza del ricevimento dei chiarimenti richiesti, i termini per la conclusione del procedimento sono sospesi.

---

comunque essere comunicate alla struttura regionale competente in materia di qualità, la quale dovrà semplicemente prenderne atto.

<sup>2</sup> E non dà, quindi, inizio alla fase istruttoria.

<sup>3</sup> Si vedano i casi di irricevibilità indicati all'art. 3, comma 1, nonché le ipotesi di sospensione dei termini di cui al comma 3 dello stesso articolo e al successivo comma 7 del presente articolo.

**Art. 5**  
**(Esito delle istanze)**

1. L'esito delle istanze di accreditamento – di rilascio o di diniego dell'accREDITAMENTO stesso - è comunicato al richiedente con nota della struttura regionale competente in materia di qualità, nei termini indicati all'art. 4 e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 3 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 19 e successive modificazioni.
2. La deliberazione della Giunta regionale concernente il rilascio dell'accREDITAMENTO, può contenere limitazioni o prescrizioni all'accREDITAMENTO stesso, nel caso in cui l'esito della relativa istanza sia condizionato.

**Art. 6**  
**(Durata dell'accREDITAMENTO)**

1. Il rilascio dell'accREDITAMENTO - concesso con deliberazione della Giunta regionale, per una durata di cinque anni dalla data di adozione della deliberazione stessa, al termine della verifica del possesso dei requisiti<sup>4</sup> delle schede dei manuali di accREDITAMENTO – comporta il passaggio alle successive fasi valide come mantenimento e sviluppo dell'accREDITAMENTO stesso.
2. L'accREDITAMENTO richiesto da un soggetto che sia stato autorizzato all'esercizio nei 12 mesi antecedenti la data di presentazione dell'istanza, viene concesso – con deliberazione della Giunta regionale - per una durata di un anno dalla data di adozione della deliberazione stessa.

**Art. 7**  
**(Mantenimento, sviluppo e rinnovo dell'accREDITAMENTO)**

1. Il mantenimento e lo sviluppo dell'accREDITAMENTO concesso con deliberazione della Giunta regionale, sono assicurati mediante l'acquisizione di documentazione aggiornata da parte della struttura regionale competente in materia di qualità ovvero l'effettuazione di verifiche periodiche sul campo, finalizzate al rispetto dei requisiti esplicitati nelle fasi riferite alle attività di controllo, raccolta dati e adozione di azioni correttive.
2. I soggetti titolari di accREDITAMENTO istituzionale, al fine di conservare tale status, devono presentare, sei mesi prima della scadenza dello stesso, l'istanza di cui all'art. 2, con le modalità sopradescritte.

**Art. 8**  
**(Diffida, sospensione e revoca dell'accREDITAMENTO)**

1. In caso di riscontro, da parte della struttura regionale competente in materia di qualità, della perdita del possesso di uno o più requisiti previsti dal presente manuale per il rilascio dell'accREDITAMENTO oppure del mancato rispetto delle prescrizioni o delle limitazioni riportate nella relativa deliberazione di rilascio dell'accREDITAMENTO, la stessa provvede a notificare un provvedimento di diffida – al soggetto o all'ente titolare dell'accREDITAMENTO - assegnando eventuali prescrizioni ed il termine per la relativa regolarizzazione.
2. In caso di accertamento del mancato adeguamento alle prescrizioni contenute nell'atto di diffida nel termine previsto, la Giunta regionale – su proposta del dirigente della struttura regionale competente in materia di qualità – provvede a sospendere l'accREDITAMENTO rilasciato, assegnando un ulteriore termine per la relativa regolarizzazione.
3. Decorso inutilmente anche il secondo termine assegnato, la Giunta regionale – su proposta del dirigente della struttura regionale competente in materia di qualità – provvede a revocare l'accREDITAMENTO in questione.

---

<sup>4</sup> Per i primi accREDITAMENTI vengono verificati i requisiti delle fasi 1 e 2, con la precisazione che l'obbligatorietà, in sede di prima verifica, vale solo per quelli della fase 1.

4. L'accreditamento può essere, inoltre, immediatamente revocato – fatte salve eventuali responsabilità penali – in caso di revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività nonché per gravi difetti di funzionamento o per gravi violazioni di legge che comportano rilevanti pregiudizi per gli utenti e per gli operatori.
5. La revoca dell'accreditamento comporta, ope legis, la sospensione dell'attività eventualmente svolta per conto di amministrazioni pubbliche o del Servizio sanitario regionale.