

REGIONE PIEMONTE

DIREZIONE A14000 – SANITA' E WELFARE

SETTORE A1414D – Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari

**AVVISO PUBBLICO PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DI STRUTTURE  
SANITARIE AMBULATORIALI PRIVATE**

In esecuzione della D.D. n. 211 del 11 febbraio 2022 ed ai fini di cui all'oggetto è emesso il presente avviso pubblico, volto ad ampliare l'offerta di prestazioni ambulatoriali anche in attuazione del vigente Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA).

Le strutture sanitarie private interessate possono richiedere l'accREDITAMENTO istituzionale esclusivamente per le branche specialistiche ambulatoriali oggetto del fabbisogno riferito all'Area omogenea di programmazione di appartenenza territoriale, come indicate nella tabella di cui all'allegato A).

Le istanze di nuovi accreditamenti di specialità ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 quater del D.Lgs. 502/1992 e smi presentate in relazione al fabbisogno di cui sopra dovranno pervenire, compilando l'allegato fac-simile di domanda, **entro e non oltre il ventesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte**, all'indirizzo PEC del Settore "Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari" [regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it](mailto:regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it) unitamente alla copia dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria rilasciata dai competenti Enti con l'indicazione della tipologia di attività di cui si chiede l'accREDITAMENTO (branca specialistica) e alla restante documentazione da allegare alla richiesta.

Il procedimento di accREDITAMENTO seguirà le procedure e i termini definiti dall'attuale normativa regionale (DGR n. 31-8596 del 22 marzo 2019 e smi, DGR n. 17-803 del 15 ottobre 2010 e smi, DCR n. 616-3149 del 22 febbraio 2000 e smi, DGR n. 32-2366 del 2 novembre 2015, DGR n. 35-3310 del 16 maggio 2016, DD n. 725 del 15 novembre 2017, DD n. 757 del 22 novembre 2018, etc.).

L'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla Regione ed è subordinato al possesso degli ulteriori requisiti di accREDITAMENTO definiti dalle disposizioni nazionali e regionali in materia, ivi compresi i requisiti soggettivi (inesistenza di cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del D.lgs. n. 159 del 6 settembre 2011 per i soggetti interessati e assenza di condanne penali in capo al titolare dell'attività o, nel caso di persone giuridiche, al rappresentante legale della struttura e agli amministratori).

La qualità di soggetto accREDITATO non costituisce vincolo per il SSR a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i..

La qualità di soggetto accREDITATO comporta il rispetto delle norme nazionali (in particolare Legge n. 662/1996, art. 1 comma 5, Legge 30 dicembre 1991, n. 412, art. 4 comma 7, Legge 448/1998, art. 72 comma 7), delle norme regionali e delle fonti contrattuali relative all'incompatibilità del personale sanitario utilizzato; nello specifico, l'attività libero-professionale da parte del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale non può essere svolta presso strutture sanitarie private accREDITATE, anche parzialmente.

Ai fini dell'eventuale contrattualizzazione con l'Azienda Sanitaria di riferimento ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. per l'erogazione di prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSR, nell'istanza di accreditamento l'erogatore dovrà presentare la documentazione e fornire le informazioni di seguito riportate:

- accessibilità dei servizi (orari di apertura, collocazione della struttura nel territorio); ciò anche al fine di tener conto delle zone geograficamente isolate o altrimenti svantaggiate e alla localizzazione territoriale delle strutture accreditate già presenti per favorire una migliore allocazione geografica delle strutture;
- attrezzature utilizzate in relazione alla branca specialistica da accreditare, con descrizione dei dati generali del bene (tipologia, marca/modello, caratteristiche tecniche, azienda produttrice e anno di fabbricazione); ciò al fine di valutare, in sede di contratto, le attrezzature tecnologicamente più evolute;
- volumi totali di attività con riferimento agli ultimi tre anni e con riguardo alle branche specialistiche richieste.

In caso di contrattualizzazione delle attività sanitarie la struttura accreditata si impegna ad assicurare:

- la condivisione con le AA.SS.LL. di parte delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro unico di prenotazione regionale;
- l'adesione al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la condivisione dei dati e dei documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato.

A seguito del rilascio del provvedimento di accreditamento l'elenco delle strutture sanitarie accreditate verrà trasmesso alle Aziende Sanitarie territorialmente competenti.

**TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE: 7 MARZO 2022**

## FABBISOGNO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER AREE OMOGENEE DI PROGRAMMAZIONE

AREE OMOGENEE DI PROGRAMMAZIONE	BRANCHE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI																			
	ALLERGOLOGIA - 01	CARDIOLOGIA - 08	CHIRURGIA VASCOLARE - 14	DERMATOLOGIA - 52	DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA - 79	EMATOLOGIA - 18	ENDOCRINOLOGIA - 19	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA - 58	NEFROLOGIA - 29	NEUROLOGIA - 32	OCULISTICA - 34	ODONTOIATRIA - 35	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - 36	GINECOLOGIA - 37	OTORINOLARINGOIATRIA - 38	PNEUMOLOGIA - 68	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA - 69	REUMATOLOGIA - 71	RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE 1° LIV. - 56	UROLOGIA - 43
Area Provincia di Torino (Asl TO3 - Asl TO4 - Asl TO5)	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X			X	X	X	X	X	X	X
Area Omogenea Piemonte Nord-Est (Asl NO - Asl VCO - Asl VC - Asl BI)	X	X	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Area Omogenea Sud Ovest (Asl CN1 - Asl CN2)	X	X	X	X				X			X		X			X	X	X		X
Area Omogenea Piemonte Sud-Est (Asl AL - Asl AT)		X		X			X	X	X	X		X			X	X	X			



## 2 – DATI DELLA DITTA/SOCIETA'/IMPRESA/ENTE

Denominazione (nome della ditta/società/impresa/ente)

\_\_\_\_\_

Forma giuridica \_\_\_\_\_

codice fiscale / p. IVA \_\_\_\_\_

con sede legale in:

Comune \_\_\_\_\_ prov. |\_\_|\_| Stato \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Telefono fisso / cell. \_\_\_\_\_ fax. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Altro domicilio elettronico per invio delle comunicazioni inerenti la pratica

\_\_\_\_\_

## 3 – DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, dichiara che:

- dispone della struttura sanitaria oggetto della presente richiesta di accreditamento a titolo di:

proprietario con Atto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

conduttore con contratto di locazione del \_\_\_\_\_ registrato il \_\_\_\_\_  
al n. \_\_\_\_\_ per n. anni \_\_\_\_\_

concessionario con contratto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per n. anni \_\_\_\_\_

altro (specificare tipologia e atto) \_\_\_\_\_

- è titolare dell'Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria rilasciata da \_\_\_\_\_ con atto \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per le seguenti attività ambulatoriali (dettagliare specialità ambulatoriali):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Note:

.....  
.....  
.....

## 4 – RICHIESTA ATTIVITA' SANITARIA ACCREDITABILE

STRUTTURA SANITARIA denominata .....

SITA NEL COMUNE DI ..... PROV. ....

INDIRIZZO .....

ORARI DI APERTURA .....

.....

**ATTIVITA' OGGETTO DELLA RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO**

STRUTTURA AMBULATORIALE nelle sottoelencate branche specialistiche:

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

STRUTTURA DI CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA nelle sottoelencate branche specialistiche:

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

codice .....specialità .....

◆ ATTREZZATURE UTILIZZATE in relazione alla branca specialistica da accreditare, con descrizione dei dati generali del bene (tipologia, marca/modello, caratteristiche tecniche, azienda produttrice e anno di fabbricazione)

.....

.....

.....

.....

◆ VOLUMI DI ATTIVITA' con riferimento agli ultimi tre anni (2019-2020-2021) (volumi complessivi e volumi relativi alle branche specialistiche richieste)

.....

.....

.....

.....

In caso di contrattualizzazione delle attività sanitarie ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e smi la struttura si impegna ad assicurare:

- la condivisione con le AA.SS.LL. di parte delle agende di prenotazione e il monitoraggio delle prestazioni al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro unico di prenotazione regionale;
- l'adesione al Fascicolo Sanitario Elettronico attraverso la condivisione dei dati e dei documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato.

Il sottoscritto è consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali ex D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e s.m.i ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- nell'ipotesi di richiesta presentata dal concessionario, dichiarazione di consenso del concedente alla richiesta di accreditamento
- planimetria (in formato pdf e in scala non inferiore a 1:200) della struttura con evidenziati: l'area oggetto di richiesta di accreditamento, gli accessi da e verso l'esterno, destinazioni d'uso delle aree confinanti
- copia dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria di cui si richiede l'accredito rilasciata dai competenti Enti
- autocertificazione resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 circa l'assenza di condanne penali in capo al richiedente l'accredito e, nel caso di persone giuridiche, al rappresentante legale della struttura e agli amministratori ovvero l'elenco delle stesse e di eventuali riabilitazioni
- autocertificazione resa dai soggetti interessati, ai sensi dell'art. 89 del D.lgs. n. 159 del 6 settembre 2011 e s.m.i., circa l'inesistenza di cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del medesimo decreto legislativo