



ALLEGATO ALLA DELIBERA
n. 462 del 11.5.2009

**REGIONE MOLISE
DIREZIONE GENERALE V^**

POLITICHE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA

Allegato A)

Mod. AUT ES

DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE N. 18 DEL 24 GIUGNO 2008 /DIVERSA UTILIZZAZIONE/AMPLIAMENTO/ADATTAMENTO/TRASFORMAZIONE/COMUNICAZIONE VARIAZIONE DEI SEGUENTI REQUISITI NON STRUTTURALI....

Alla Regione Molise – Direzione Generale V^
Via Toscana, 9
86100 CAMPOBASSO



A

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. di _____ il _____ Residente a _____ Via _____ n. _____ Codice Fiscale _____ Telefono n _____

B

In qualità di: <input type="checkbox"/> titolare <input type="checkbox"/> legale rappresentante della: <input type="checkbox"/> Società <input type="checkbox"/> Ente <input type="checkbox"/> Azienda <input type="checkbox"/> Studio _____ Partita IVA _____ con Sede in _____ Via _____ n _____

CHIEDE

Il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (artt. 8 e ss. L.R. n. 18/08) / diversa utilizzazione/ampliamento/adattamento/trasformazione/comunicazione variazione dei seguenti requisiti non strutturali..., a favore della struttura su citata di seguito specificata:

C

Denominata/o (1): _____ che eroga prestazioni (2): _____ in regime (3): _____

Sita/o nel Comune di _____

con una dotazione di (4) n. _____ posti letto

A tale scopo, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, ex art. 76 del predetto D.P.R. n. 445/00 e s.m.i.

DICHIARA

1. che la/lo Struttura/Studio è stata/o realizzata/o in conformità al progetto approvato in sede di autorizzazione alla realizzazione dell'unità immobiliare;
2. che la/lo stessa/o rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti minimi per l'autorizzazione indicati nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto previsto dalla procedura di autorizzazione riportata nel "Manuale dei Requisiti per l'Autorizzazione ed Accredimento delle Strutture Sanitarie" di cui alla DGR n. 1135/08;
3. che la direzione sanitaria/risponsabilità è affidata al dott. _____ nato il _____ a _____ Laureato in _____ presso l'Università degli Studi di _____ il _____ specialista in _____ iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____, il quale con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

A tal fine allega alla presente domanda la necessaria documentazione, così come specificato nelle allegate istruzioni per la compilazione della stessa.

Dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196/2003 e s. m. e i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ed esclusivamente per finalità istituzionali dell'Amministrazione

.....
(luogo, data)

Firma del Direttore Sanitario

Firma del Titolare/Legale Rappresentante

Istruzioni per la compilazione del Modello

La domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, ai sensi degli artt. 8 e ss. della L.R. n. 18/08, va presentata da chi sia stato autorizzato alla realizzazione di una struttura sanitaria o di uno studio odontoiatrico o medico o di altra professione sanitaria, ove si intendano praticare prestazioni che comportino rischio per la sicurezza del paziente, prima dell'inizio dell'attività e deve essere allegata alla domanda per il rilascio del certificato di agibilità, quando dovuto, unitamente alle tabelle redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto dalla procedura di autorizzazione riportata nel "Manuale dei Requisiti per l'Autorizzazione ed Accredimento delle Strutture Sanitarie" giusta D.G.R. n. 1135/08.

La stessa deve essere prodotta in copia unica.

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli Studi associati vanno indicati i nominativi ed i dati anagrafici di tutti gli associati.

Il riquadro B deve essere sempre compilato nel caso in cui la titolarità della Struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica.

Il riquadro C deve essere compilato nel caso dell'esercizio di una Struttura, indicando:

al punto (1) la denominazione della Struttura;

al punto (2) la tipologia delle prestazioni che si intende erogare così individuate:

nel regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti - parte B) del Manuale:

- 1) pronto soccorso ospedaliero
- 2) area di degenza
- 3) reparto operatorio
- 4) punto nascita - blocco parto
- 5) rianimazione e terapia intensiva
- 6) terapia semintensiva
- 7) terapia iperbarica
- 8) radioterapia
- 9) day-hospital
- 10) day-surgery
- 11) medicina trasfusionale e frigoemoteca
- 12) anatomia patologica
- 13) cardiocirurgia
- 14) laboratorio di emodinamica
- 15) unità operativa di riabilitazione
- 16) unità operativa per gravi cerebrolesioni
- 17) unità operative per la riabilitazione delle gravi disabilità in età evolutiva (ugdee)
- 18) allergologia
- 19) analgesia
- 20) diabetologia
- 21) dermatologia
- 22) pneumologia
- 23) oculistica
- 24) urologia
- 25) medicina nucleare
- 26) odontoiatria



- 27) utic
- 28) ostetricia-ginecologia
- 29) terapia intensiva neonatale
- 30) nido
- 31) pediatria
- 32) ortopedia
- 33) cardiologia
- 34) gastroenterologia
- 35) nefrologia
- 36) malattie infettive
- 37) neurologia
- 38) psichiatria
- 39) ematologia
- 40) oncologia
- 41) lungodegenza post-acuzie
- 42) geriatria
- 43) unità operativa farmaceutica ospedaliera (gestione farmaci e materiale sanitario)
- 44) servizio di sterilizzazione
- 45) servizio di disinfezione e disinfestazione
- 46) servizio cucina-dispensa
- 47) servizio lavanderia-guardaroba
- 48) servizio mortuario

nel regime ambulatoriale - parte C) del Manuale :

- 1) assistenza specialistica ambulatoriale e poliambulatoriale
- 2) chirurgia ambulatoriale
- 3) medicina di laboratorio
- 4) punto prelievo esterni
- 5) attività di diagnostica per immagini
- 6) medicina nucleare
- 7) dialisi
- 8) cardiologia
- 9) endoscopia
- 10) medicina dello sport
- 11) odontoiatria
- 12) ambulatorio di medicina fisica e riabilitazione
- 13) centri ambulatoriali di riabilitazione
- 14) presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale

nel regime di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno – parte D) del Manuale:

- 1) Presidi extraospedalieri che erogano prestazioni di riabilitazione a ciclo continuativo e/o diurno

nel regime termale – parte E) del Manuale:

- 1) stabilimenti termali

al punto (3) il regime individuato come sopra: ricovero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti; ambulatoriale; ricovero a ciclo continuativo e/o diurno; termale.

al punto (4) la dotazione dei posti letto nel caso di stabilimenti ospedalieri.

La domanda deve essere sottoscritta dal direttore sanitario o comunque dal sanitario responsabile e dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante o da tutti gli associati in studio.

La domanda va presentata dopo la realizzazione della struttura anche quando non sia prescritto il certificato di agibilità.

Alla domanda deve essere allegata la documentazione descritta di seguito:

- autocertificazione concernente la conformità al possesso dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, costituita da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (contenuta nel modulo della domanda stessa) firmata dal Responsabile della struttura organizzativa con allegate copie fotostatiche del "Manuale dei Requisiti per l'Autorizzazione ed Accredimento delle Strutture Sanitarie", giusta D.G.R. n. 1135/08, autocompilate e firmate singolarmente dal Responsabile di ciascuna struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di intervento oggetto di autorizzazione e di interesse per tipologia di struttura. Il predetto Manuale è disponibile su Internet: www.regione.molise.it, link-avvisi, bandi e concorsi e sul link-sanità (occorre precisare che le parti specifiche inserite nel Manuale non contemplano tutte le discipline esistenti in ambito regionale, perciò le strutture che non dovessero trovare rappresentata nel Manuale la loro parte specifica – in particolare alcune tipologie di degenze e di ambulatori - dovranno possedere e, quindi, autocompilare soltanto le relative parti generali);
- Piantina planimetrica dei locali, in scala 1:100;
- Copia documento di identità;
- Certificazione di destinazione d'uso e certificazione di agibilità dell'unità immobiliare;
- descrizione dell'attività sanitaria, da produrre in un'unica relazione concernente i punti di cui al manuale giusta DGR 1135/08 come indicato:
 - parte A-Politica, obiettivi, attività, punti:
 - 01-Responsabilità della Direzione;
 - 02-Documentazione dell'Organizzazione;
 - parte A Diritti dei cittadini, informazione all'utenza e carta dei servizi pubblici sanitari: punti:
 - 01.Finalità;
 - 02-Accessibilità degli utenti;
 - parte A Struttura organizzativa punti:
 - 01-Definizione della struttura organizzativa;
 - 04-Continuità;
 - 06-Procedure per la gestione delle informazioni sanitarie;
 - parte A Gestione risorse tecnologiche: punto:
 - 03-Inventario delle apparecchiature biomediche;
- copia della dichiarazione di conformità degli impianti installati alla L. n. 46/90, solo per le strutture costruite anteriormente al '90;
- indicazione del nominativo dello specialista di branca, in possesso di titolo professionale adeguato alla tipologia delle prestazioni erogate od equipollente.

** Si precisa che, ai sensi di quanto previsto dall'art. 26 della L.R. 18/08, per "diversa utilizzazione" si intende la destinazione della medesima struttura all'esercizio di attività assistenziali del tutto diverse da quelle preesistenti; per "ampliamento" si intende sia un incremento di natura edilizia sia un aumento di ricettività in termini di posti letto, ferma restando la tipologia di attività precedentemente esercitata; per "adattamento" si intende un intervento di natura edilizia per l'adeguamento della struttura stessa, ferma restando la tipologia di attività precedentemente esercitata; per "trasformazione" si intende un intervento che comporta l'attivazione di nuove funzioni riconducibili in una delle categorie di cui all'articolo 6 comma 1, della legge cit.

** In caso di istanza di comunicazione della variazione di requisiti non strutturali, occorrerà indicare quali siano le variazioni non strutturali da apportare al provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria rilasciato in data _____ con il n. _____ :

(specificare tenendo presente che nel caso di variazione del responsabile sanitario deve essere adottata la seguente formula):

“la direzione sanitaria/responsabilità, sarà affidata al dott. _____
nato il _____ Laureato in _____
presso l'Università degli studi di _____ il _____
specialista in _____
iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____

Il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

Ulteriore documentazione potrà essere richiesta nel corso dell'istruttoria.