

DOMANDA PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE (NUOVA COSTRUZIONE, AMPLIAMENTO, TRASFORMAZIONE, TRASFERIMENTO) DI UNA STRUTTURA SANITARIA O SOCIO-SANITARIA (ART. 3 L.R. 31 luglio 2007, n. 32)

MOD 01

Al Sindaco del Comune di

e p.c. :

Al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale di _____

Via _____

Al Direttore della Direzione Sanità Regionale

Regione Abruzzo

Via Conte di Ruvo, 74

65127 PESCARA

A

Il/la sottoscritto/a in qualità di titolare o di delegato dello Studio Associato _____

Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Codice Fiscale n° _____ Telefono n° _____

B

In qualità di titolare/legale rappresentante della Società/Ente/Azienda _____

Partita IVA _____ con Sede in _____

Via _____ n° _____

Consapevole che:

- 1) è vietata la realizzazione di strutture sanitarie o socio-sanitarie non compatibili con gli strumenti della programmazione sanitaria regionale previsti dalla L.R. n. 32 del 2007 (Piano Sanitario Regionale, piani stralcio, atto del fabbisogno);
- 2) le stesse strutture devono rispettare i requisiti minimi tecnologici, strutturali ed impiantistici previsti nel manuale di Autorizzazione

con la presente

CHIEDE

il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione:

C

di una struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1) :

per l'erogazione di prestazioni (2): _____

in regime (3): _____

con una dotazione di n° _____ posti letto

D

di uno studio di professione sanitaria: _____

nella unità immobiliare da realizzare (o sita) in codesto Comune, via _____

avente le caratteristiche indicate nel progetto redatto in conformità ai requisiti minimi tecnologici, strutturali ed impiantistici dettagliati nel manuale di Autorizzazione e per la quale (ove dovuto) chiede il rilascio del permesso a costruire.

Si elencano di seguito i documenti allegati:

Data_____

Firma_____

Istruzioni per la compilazione del MOD 01 “Domanda per l’autorizzazione alla realizzazione (nuova costruzione, ampliamento, trasformazione, trasferimento) di una struttura sanitaria o socio-sanitaria (L.R. n. 32/2007)”

La domanda di autorizzazione alla realizzazione, ampliamento, trasformazione, trasferimento di una struttura sanitaria o socio sanitaria, di uno studio odontoiatrico, o medico, o di altra professione sanitaria ove si intendano praticare prestazioni che comportano rischio per la sicurezza del paziente, va presentata congiuntamente alla richiesta di permesso a costruire corredata da:

- attestazione di avvenuto pagamento dei diritti sanitari;
- relazione tecnico illustrativa dell'intervento proposto;
- copia del progetto architettonico: planimetrie, prospetti, sezioni, che deve garantire il rispetto dei requisiti minimi tecnologici strutturali ed impiantistici dettagliati nel Manuale di Autorizzazione;
- i certificati di agibilità degli impianti;
- il certificato prevenzione incendi.

La richiesta di autorizzazione deve essere prodotta in n. tre copie (una per il Comune, una per la Regione ed una per l'Azienda USL) per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, redatta in forma di domanda su apposito modulo (MOD01) allegando i documenti sotto elencati:

- autocertificazione concernente la conformità del progetto al possesso dei requisiti minimi costituita da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal Responsabile della struttura con allegate copie fotostatiche del Manuale di autorizzazione autocompilate e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di intervento oggetto di autorizzazione;
- eventuali documenti attestanti il possesso di requisiti contrassegnati nel Manuale con un asterisco. Qualora in uno stesso documento sia attestato il possesso di più requisiti, questi vanno segnalati in allegato al documento stesso, richiamando il codice paragrafo e il numero del requisito;
- esclusivamente per l'autorizzazione predefinitiva (di cui all'art. 11 L.R. n. 32/2007) autocertificazione relativa allo stato di fatto della struttura e dettagliato Programma di Adeguamento di cui al comma 2 art. 11 L.R. n. 32/2007.

Le documentazioni e autocertificazioni necessarie devono indicare inoltre:

- i dati anagrafici del soggetto richiedente nel caso lo stesso sia persona fisica;
- la sede e la ragione sociale nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;
- la sede e la denominazione nel caso in cui il richiedente sia un soggetto pubblico;
- la tipologia delle prestazioni che si intendono erogare;
- la tipologia di regime (ambulatoriale, ricovero ospedaliero, residenziale/semiresidenziale, termale).

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente. Nel caso degli studi associati libero-professionali la domanda deve essere sottoscritta da uno dei soci dello studio delegato a sottoscrivere da tutti gli altri soci. Copia della delega alla firma va allegata alla domanda.

Il riquadro B deve essere 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 della realizzazione di una struttura indicando:

- al punto (1) la denominazione della struttura;
- al punto (2) la tipologia delle prestazioni che si intende erogare;
- al punto (3) specificare la tipologia di regime come di seguito indicato:

3.1. regime ambulatoriale:

- | | |
|--|--|
| 1) Ambulatori di specialistica medica | 8) Recupero e rieducazione funzionale (ex art. 26 L. 833 del 23.12.1978 “Istituzione del sistema sanitario nazionale”) |
| 2) Ambulatori di specialistica chirurgica | 9) Dialisi |
| 3) Ambulatori di specialistica odontoiatrica | 10) Terapia iperbarica |
| 4) Ambulatori delle professioni specialistiche sanitarie | 11) Consultori familiari |
| 5) Medicina di laboratorio | 12) Centri di salute mentale, |
| 6) Diagnostica per immagini | 13) Trattamento delle tossicodipendenze |
| 7) Ambulatori di riabilitazione (stabilimenti di fisiochinesi terapia) | 14) Poliambulatori |

3.2. regime di ricovero ospedaliero:

- 1) Presidi Ospedalieri che erogano prestazioni a ciclo continuativo o diurno per acuti e post acuti.

3.3. regime residenziale e semiresidenziale:

- 1) attività riabilitativa extraospedaliera per portatori di disabilità sensoriali fisiche e psichiche (art. 2 comma 1 lettera C n. 1 L.R. n. 32/2007);
- 2) attività di tutela della salute mentale ad esclusione delle strutture destinate all'accoglienza di persone con problematiche psico-sociali (art. 2 comma 1 lettera C n. 2 L.R. n. 32/2007),
- 3) attività di tutela di soggetti affetti da dipendenze patologiche; (art. 2 comma 1 lettera C n. 3 L.R. n. 32/2007);
- 4) attività di assistenza di soggetti non esclusivamente anziani, in esiti di patologie fisiche, psichico-sensoriali o miste, non autosufficienti e non assistibili a domicilio (Centri Residenziali, Residenze Assistite, Residenze Sanitarie Assistenziali) (art. 2 comma 1 lettera C n. 4 L.R. n. 32/2007);
- 5) attività di cure palliative rivolte ai malati terminali (Hospice); (art. 2 comma 1 lettera C n. 5 L.R. n. 32/2007).

3.4. regime termale (complessi e stabilimenti termali).

Il riquadro D deve essere compilato nel caso in cui la domanda si riferisca alla realizzazione di studi medici, odontoiatrici e delle professioni sanitarie di cui al comma 1 dell'art. 8 ter del D.Lgs. 229/99 eroganti prestazioni di chirurgia ambulatoriale elencate nell'Allegato B4 "Lista procedure chirurgiche eseguibili in regime ambulatoriale" L.R. 23.06.2006 n. 20, ovvero procedure diagnostiche di particolare complessità o che comportino un concreto rischio per la sicurezza del paziente ai sensi del comma 1 dell'art. 8 ter del D.Lgs. 229/1999.

La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante.

Questa domanda non deve essere presentata nel caso in cui si proceda alla realizzazione di modifiche non strutturali e nei casi per i quali è sufficiente la comunicazione di cui al MOD 04 (comunicazione all'ASL territorialmente competente) secondo quanto previsto all'art. 2 comma 3 L.R. n. 32/2007.