

MANUALE DELLE PROCEDURE

INDICE

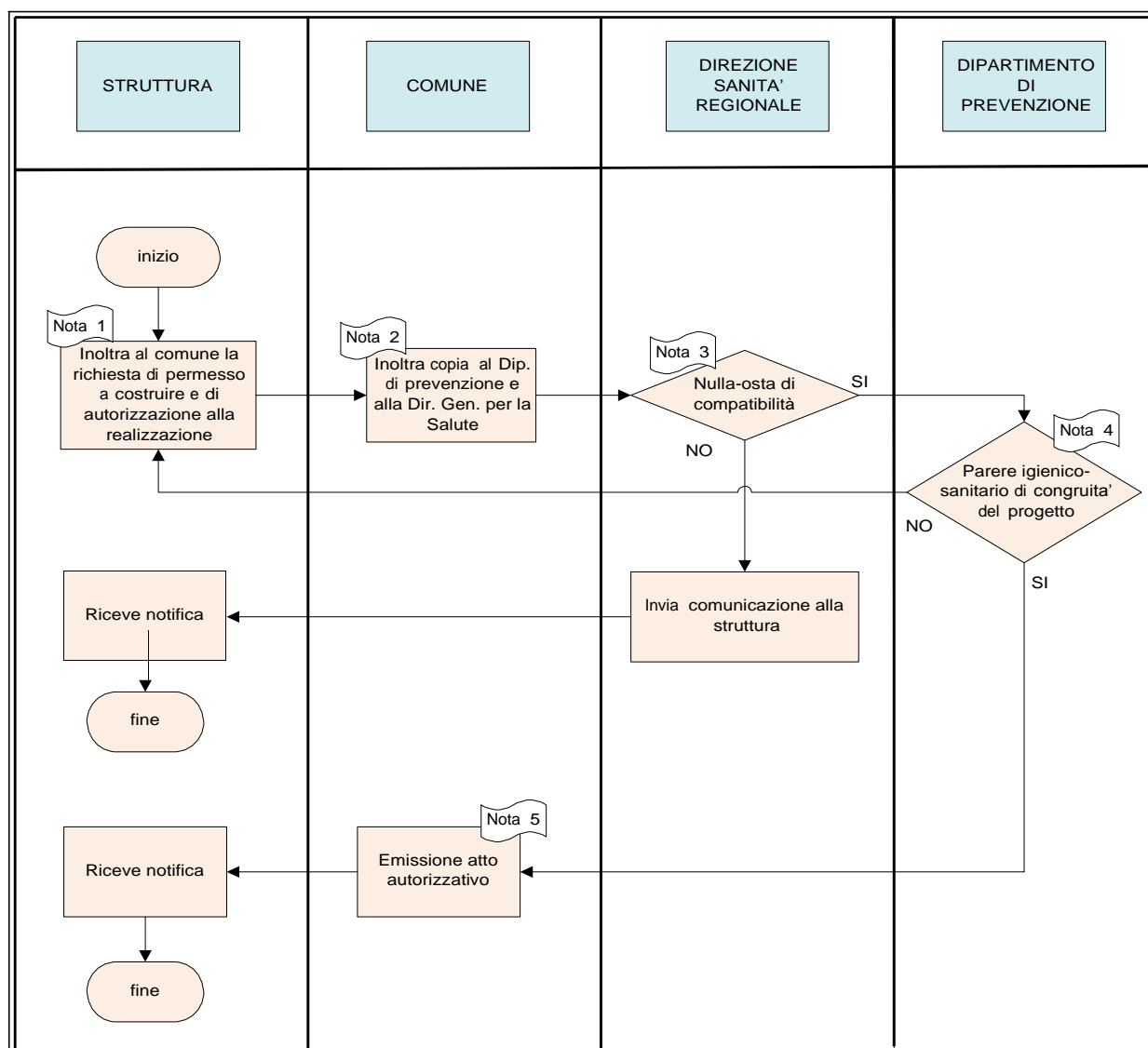
Procedura autorizzazione alla realizzazione	pag. 2
Procedura autorizzazione all'esercizio.....	pag.5
Procedura di accreditamento istituzionale.....	pag. 7
Modulo "Domanda per l'autorizzazione alla realizzazione".....	pag. 10
Istruzioni per la compilazione del modulo "Domanda per l'autorizzazione alla realizzazione".....	pag. 13
Modulo "Domanda per l'autorizzazione all'esercizio".....	pag. 15
Istruzioni per la compilazione del modulo "Domanda per l'autorizzazione all'esercizio".....	pag. 18
Modulo "Domanda per l'accredimento istituzionale"	pag. 20
Istruzioni per la compilazione del modulo "Domanda per l'accredimento istituzionale".....	pag. 22
Allegato A alla domanda di rilascio dell'accredimento istituzionale.....	pag. 24

LEGGE REGIONALE 24 Giugno 2008, n. 18
Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di
strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie,
accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture
sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private

PROCEDURA AUTORIZZAZIONE REALIZZAZIONE
(Articolo 5)

Lo scopo del presente documento è quello di definire la procedura (fasi, tempi, responsabilità, modulistica) di richiesta e di concessione dell'autorizzazione alla realizzazione, secondo quanto previsto dall'art. 5 L.R. n. 18/2008. Tale procedura si applica a tutti gli aventi causa che chiedono la realizzazione, l'ampliamento ed il trasferimento in altro Comune di struttura sanitaria o socio-sanitaria e a tutte le strutture, gli studi ed i professionisti autorizzati predefinitivamente ai sensi dell'art. 10 della L.R. n. 18/2008 che intendono chiedere l'autorizzazione definitiva.

La **procedura di autorizzazione alla realizzazione** è descritta nel seguente diagramma di flusso e nelle note associate.



Descrizione delle attività

NOTA 1

I soggetti pubblici e privati che intendono realizzare, ampliare, trasformare o trasferire una struttura di cui all'art. 6 comma 1 della L.R. n. 18/2008 inoltrano al comune territorialmente competente:

- ☐ la richiesta di permesso a costruire;
- ☐ la richiesta di autorizzazione alla realizzazione della struttura.

La richiesta di permesso a costruire deve essere 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 alla realizzazione della struttura deve essere 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 autocompilato e firmato singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di intervento oggetto di autorizzazione;

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).

NOTA 2

La documentazione della richiesta di cui alla NOTA 1 è inviata dalla struttura al Comune in triplice copia. Una copia della documentazione è immediatamente trasmessa dal Comune al Dipartimento di Prevenzione della Asrem competente per territorio per il parere igienico sanitario di congruità del progetto (art. 7, L.R. n. 18/ 2008), e un'altra copia alla Direzione Generale per la salute per il nulla-osta di compatibilità (art. 7, commi 4, 5 e 6 L.R. n. 18/2008).

Il Comune e la Regione possono richiedere, previa reciproca informazione, eventuale integrazione della documentazione fornita dagli aventi causa.

NOTA 3

Il nulla-osta di compatibilità di cui art. 7, commi 4, 5 e 6 L.R. n. 18/2008, viene determinato a cura del competente Servizio della Direzione Generale per la salute e rilasciato previo parere obbligatorio e vincolante, da rendere entro e non oltre sessanta giorni - per le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica

in regime ambulatoriale e per gli studi professionali singoli e associati, mono o polispecialistici di cui al comma 2 dell'art. 8 ter D.Lgs 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – ed entro e non oltre centoventi giorni per le strutture residue a più elevata complessità – dalla presentazione della domanda e comunque entro sessanta giorni dall'istruzione della pratica da parte del servizio competente, della tipologia di attività richieste in relazione al fabbisogno complessivo ed alla localizzazione territoriale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti in ambito regionale.

NOTA 4

Il Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente rilascia il parere positivo igienico-sanitario di cui all'art. 7 L.R. n. 18/2008, previa verifica, entro sessanta giorni dalla ricezione della domanda, della congruità del progetto rispetto ai requisiti minimi strutturali, tecnologici ed impiantistici previsti nell'apposito manuale.

NOTA 5

Il permesso a costruire e l'autorizzazione alla realizzazione sono rilasciate dal comune contestualmente, entro centottanta giorni dalla presentazione della domanda.

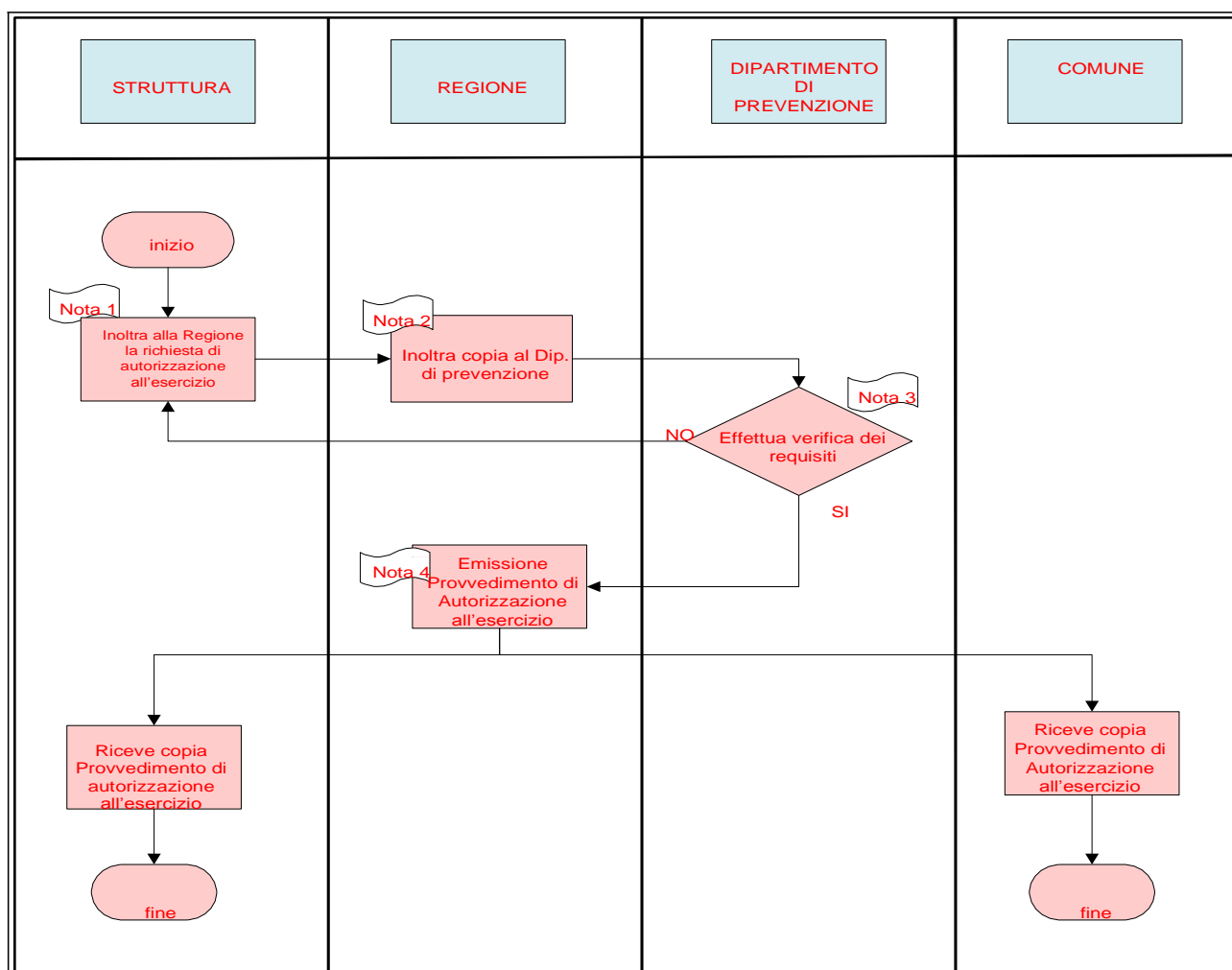
Il Comune non può rilasciare le autorizzazioni di sua spettanza senza l'esito positivo della verifica di compatibilità regionale e del parere igienico sanitario (art. 7, commi 4, 5, 6 e 7 L.R. n. 18/2008).

LEGGE REGIONALE 24 Giugno 2008, n. 18
Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private

PROCEDURA AUTORIZZAZIONE ESERCIZIO
(Articolo 8)

Lo scopo del presente documento è quello di definire la procedura (fasi, tempi, responsabilità, modulistica) di richiesta e di concessione dell'autorizzazione all'esercizio d'attività sanitaria e socio-sanitaria, secondo quanto previsto dall'art. 8 L.R. n. 18/2008. Tale procedura si applica a tutti i soggetti, già autorizzati ai sensi dell'art. 7 L.R. n. 18/2008, per l'avvio delle specifiche attività descritte al comma 1 dell'art. 6 L.R. n. 18/2008.

La **procedura di autorizzazione all'esercizio** è descritta nel seguente diagramma di flusso e nelle note associate.



NOTA 1

I soggetti autorizzati alla realizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie ai sensi dell'articolo 7 della L.R. n. 18/2008 terminati i lavori e comunque prima dell'utilizzo delle medesime, devono chiedere alla Regione Molise il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle specifiche attività descritte al comma 1 dell'art. 6 L.R. n. 18/2008.

La domanda redatta su apposito modulo (MOD02) contiene le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà concernenti la conformità dell'opera al progetto approvato e le necessarie autocertificazioni relative al possesso dei requisiti minimi definiti nel Manuale di autorizzazione.

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 sanitarie e socio-sanitarie autorizzate;
- ☐ eventuali prescrizioni volte a garantire l'effettivo rispetto dei requisiti minimi condizionanti l'autorizzazione alle realizzazioni di cui art. 7 L.R. n. 18/ 2007;
- ☐ il nome e i titoli accademici del direttore sanitario.

La sostituzione del direttore sanitario deve essere comunicata alla Regione per la variazione del provvedimento di autorizzazione.

NOTA 2

La documentazione della richiesta di cui alla Nota 1 è inviata dalla struttura alla Regione in duplice copia. Una copia è immediatamente trasmessa al Dipartimento di Prevenzione della Asrem, competente per territorio, per la verifica del rispetto dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e di dotazione di personale definiti nel Manuale di autorizzazione.

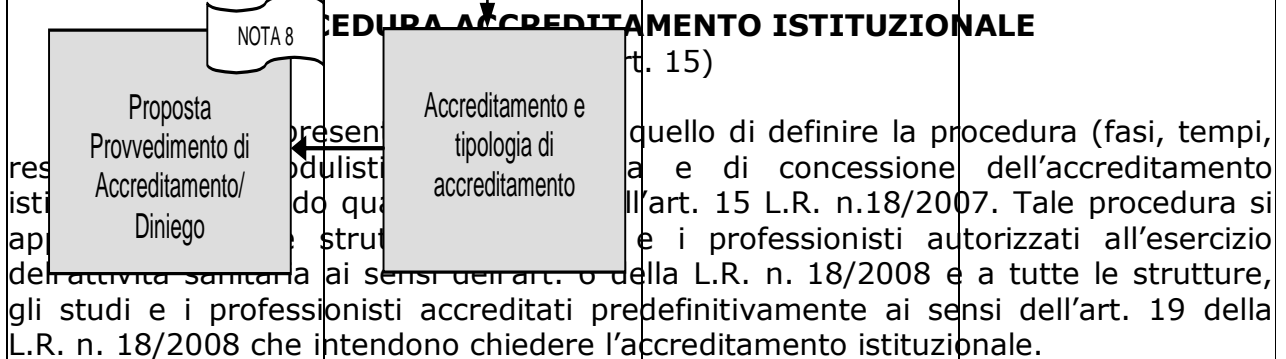
NOTA 3

Il Dipartimento di Prevenzione effettua la verifica dell'effettivo rispetto dei requisiti minimi entro sessanta giorni dal ricevimento della domanda. La documentazione dell'avvenuta verifica viene tempestivamente inviata dal Dipartimento di Prevenzione alla Regione - Direzione Generale per la Salute.

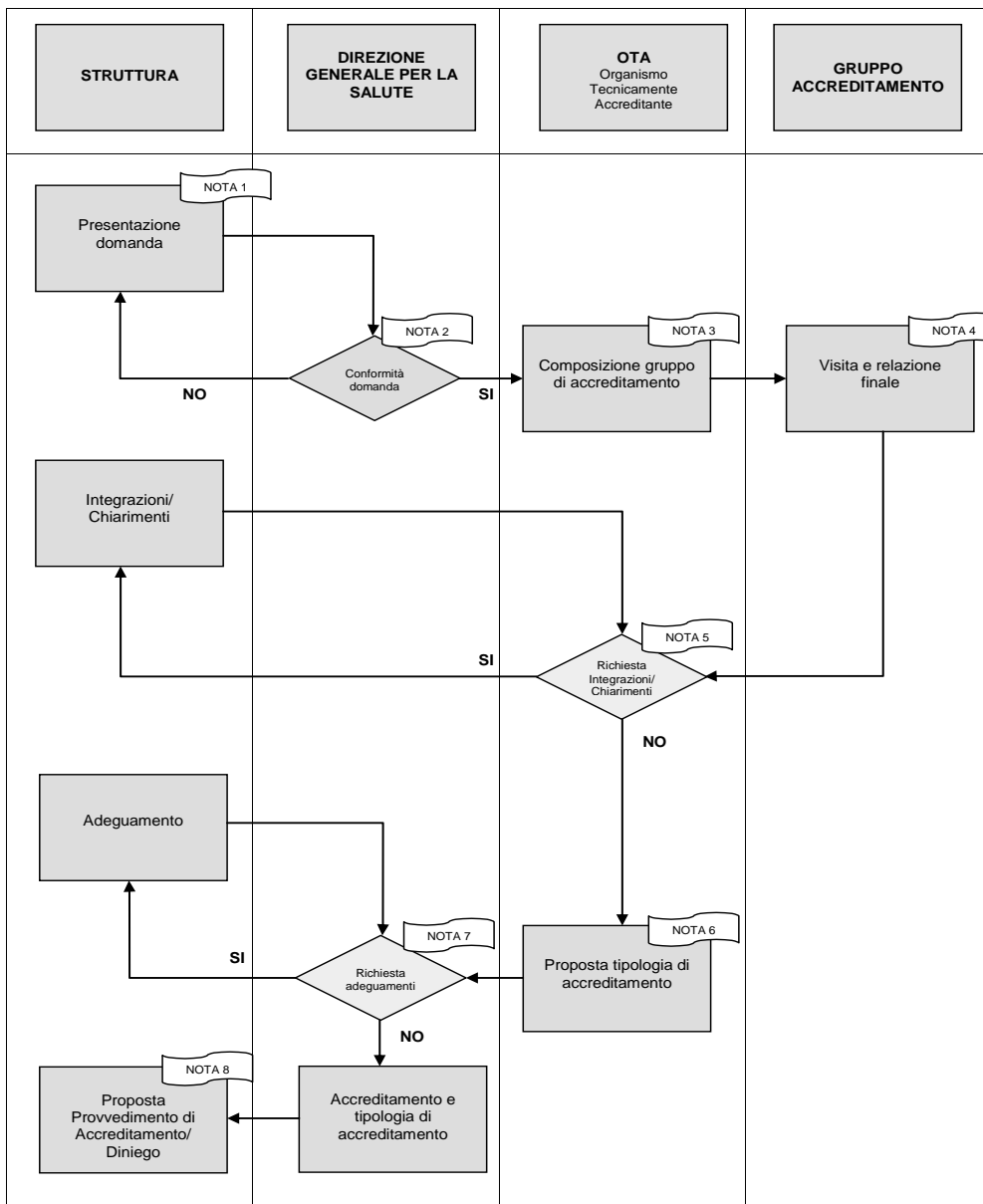
NOTA 4

La Regione - Direzione Generale per la Salute rilascia il provvedimento di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria o socio-sanitaria al rappresentante legale richiedente entro novanta giorni dalla presentazione della domanda. Copia di tale certificato va inoltrata dalla Direzione Generale per la Salute al Comune.

LEGGE REGIONALE 24 **Norme regionali in materia di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie, accreditamento istituzionale e accreditamento di strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private** **n. 18**



La **procedura di accreditamento** è descritta nel seguente diagramma di flusso e nelle note associate.



NOTA 1

I soggetti autorizzati all'esercizio dell'attività sanitaria ai sensi dell'articolo 8 della L.R. n. 18/2008 ed i soggetti accreditati temporaneamente ai sensi dell'art. 19 L.R. n. 18/2008 che intendono chiedere l'accreditamento istituzionale inoltrano la relativa domanda alla Regione. La domanda va redatta sull'apposito "Modulo per l'Accreditamento Istituzionale" (Mod. Acc. Ist. 01) Allegato 1.

NOTA 2

Il Dirigente del Servizio competente della Direzione Generale per la Salute verifica la completezza della documentazione (domanda ed allegati). In caso di esito negativo della verifica di conformità della domanda, il Dirigente del Servizio competente della Direzione Generale per la Salute respinge la domanda e comunica il relativo provvedimento all'interessato nel termine di trenta giorni dal ricevimento della domanda medesima. Le domande accettate vengono inviate dal Dirigente del Servizio competente della Direzione Generale per la Salute all' Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.).

NOTA 3

L' Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) compone il Gruppo di Accreditamento avvalendosi dei valutatori esterni e notifica la visita alla struttura richiedente.

L' Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) effettua, nei termini previsti dal regolamento, apposita visita presso la struttura da accreditare.

NOTA 4

Al termine della visita, l' Organismo Tecnicamente Accreditante (O.T.A.) redige la relazione finale che viene inviata al Dirigente del Servizio competente della Direzione Generale per la Salute.

NOTA 5

Qualora il Dirigente del Servizio competente della Direzione Generale per la Salute rilevi l'opportunità di eventuali integrazioni e/o chiarimenti, verranno comunicate al legale rappresentante della struttura che entro 15 giorni dalla comunicazione della Regione farà pervenire alla stessa le integrazioni e i chiarimenti necessari. Se necessario il Dirigente del Servizio competente della Direzione Generale per la Salute attiverà nuovamente l' O.T.A. per un'ulteriore visita.

NOTA 6

Il Dirigente Responsabile dell' O.T.A. trasmette alla Direzione Generale per la Salute la propria proposta secondo la seguente scala:

- ☐ Diniego Accreditamento;
- ☐ Accreditamento con prescrizioni e tempi di adeguamento;
- ☐ Accreditamento Istituzionale con definizione della classe di accreditamento, ai sensi dell'articolo 6 della L.R. n. 18/2008.

NOTA 7

Il Dirigente del Servizio competente della Direzione Generale per la Salute valuta la tipologia di Accreditamento, su proposta motivata dell' O.T.A., e predispone il

provvedimento per il livello di accreditamento o il diniego dello stesso.

Nel caso di Accreditamento con prescrizione sarà richiesto al Legale rappresentante della struttura di provvedere, entro novanta giorni, all'adeguamento.

NOTA 8

La Direzione Generale per la Salute propone il provvedimento per il livello di accreditamento o il diniego dello stesso.

La Struttura Commissariale, entro venti giorni dal ricevimento della proposta con Decreto del Commissario ad acta formalizza l'atto.

I relativi atti formali vengono notificati dal Servizio competente della Direzione Generale per la Salute al rappresentante legale della struttura e, per conoscenza, alla ASREM.

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 Unico di Prevenzione

P.zza della Vittoria n. 14

86100 CAMPOBASSO

Alla Direzione Generale per la Salute

Regione Molise

Via Genova n. 11

86100 CAMPOBASSO

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;
- 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. 18/2008)”

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 autocompilato e firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di intervento oggetto di autorizzazione;

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 fisiochinesiterapia) | 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. 6 comma 1 lettera C L.R. n. 18/2008);
- 2) attività di tutela della salute mentale ad esclusione delle strutture destinate all'accoglienza di persone con problematiche psico-sociali (art. 6 comma 1 lettera D L.R. n. 18/2008),
- 3) attività di tutela di soggetti affetti da dipendenze patologiche; (art. 6 comma 1 lettera D 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. 6 comma 1 lettera D L.R. n. 18/2008);
- 5) attività di cure palliative rivolte ai malati terminali (Hospice); (art. 6 comma 1 lettera D 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, 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. 6 comma 3 L.R. n. 18/2008.

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' SANITARIA
O SOCIO-SANITARIA (ART. 4 L.R. n. 18/2008)**

MOD 02

Alla Direzione Generale per la Salute

Regione Molise
Via Genova n. 11
86100 CAMPOBASSO

e p.c. :

Al Dipartimento Unico di Prevenzione

P.zza della Vittoria n. 14
86100 CAMPOBASSO

Al Sindaco del Comune di _____

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° _____

Chiede il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (o socio-sanitaria)

C

nella struttura sanitaria (o socio-sanitaria) denominata (1) :

per l'erogazione di prestazioni (2): _____

in regime (3): _____

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

D

di uno studio di professione sanitaria: _____

realizzato nella unità immobiliare sita in codesto Comune, via _____

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- ☐ che la/lo struttura/studio è stata/o realizzata/o in conformità al progetto approvato in sede di autorizzazione alla realizzazione dell'unità immobiliare;
- ☐ che la/lo stessa/o rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti minimi indicati nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto nel manuale integrativo di cui al comma 2 art. 5 L.R. n. 18/2008;
- ☐ che la direzione sanitaria/responsabilità è 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.

Si elencano di seguito i documenti allegati:

Data _____

Firma del Direttore sanitario : _____
(per esteso)

Firma del Titolare o Legale rappresentante: _____
(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del MOD 02 “Domanda per il rilascio dell’autorizzazione all’esercizio dell’attività sanitaria o socio-sanitaria art. 4 L.R. n. 18/2008”

La domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria va presentata, da chi sia stato autorizzato alla realizzazione di una struttura sanitaria o socio 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 nel manuale integrativo di cui al comma 2 art. 5 L.R. n. 18/2008.

La stessa deve essere prodotta in tre copie (una per il Comune, una per la Regione ed una per l'Azienda USL del territorio) per tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, allegando i documenti sottoelencati:

- ☐ autocertificazione concernente la conformità della struttura al possesso dei requisiti minimi costituita da una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà firmata dal Legale rappresentante con allegate copie fotostatiche del Manuale di autorizzazione autocompilate (check list) firmate singolarmente dal Responsabile della singola struttura organizzativa, in numero corrispondente alle aree di attività oggetto di autorizzazione;
- ☐ piantina planimetrica dei locali in scala 1:100;
- ☐ copia documento di identità del richiedente;
- ☐ certificato di agibilità dell'unità immobiliare;
- ☐ certificato di destinazione d'uso.

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 soggetti ad autorizzazione vanno indicati i nominativi ed i dati anagrafici di tutti gli associati.

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 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:

- 15) ambulatori di specialistica medica,
- 16) ambulatori di specialistica chirurgica,
- 17) ambulatori di specialistica odontoiatrica,
- 18) ambulatori delle professioni specialistiche sanitarie,
- 19) medicina di laboratorio,
- 20) diagnostica per immagini,
- 21) ambulatori di riabilitazione (stabilimenti di fisiochinesiterapia),
- 22) recupero e rieducazione funzionale (ex art. 26 L. 833 del 23.12.1978 “Istituzione del sistema sanitario nazionale),
- 23) dialisi,
- 24) terapia iperbarica,
- 25) consultori familiari,

- 26) centri di salute mentale,
- 27) trattamento delle tossicodipendenze,
- 28) poliambulatori

3.2. regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti e post acuti.

3.3. regime residenziale e semiresidenziale:

- 6)attività riabilitativa extraospedaliera per portatori di disabilità sensoriali fisiche e psichiche (art. 6 comma 1 lettera C L.R. n. 18/2008);
- 7)attività di tutela della salute mentale ad esclusione delle strutture destinate all'accoglienza di persone con problematiche psico-sociali (art. 6 comma 1 lettera D L.R. n. 18/2008);
- 8)attività di tutela di soggetti affetti da dipendenze patologiche (art. 6 comma 1 lettera C L.R. n. 18/2008);
- 9)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. 6 comma 1 lettera C L.R. n. 18/2008);
- 10)attività di cure palliative rivolte ai malati terminali (Hospice); (art. 6 comma 1 lettera C L.R. n. 18/2008).

3.4. regime termale (complessi e stabilimenti termali).

3.5. 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

al punto (4) la dotazione dei posti letto nel caso di presidi ospedalieri o strutture residenziali o semiresidenziali.

Il riquadro D deve essere compilato nel caso in cui la domanda si riferisca ad uno studio odontoiatrico, medico o di altre professioni sanitarie di cui al comma 1 dell'art. 8 ter del D.Lgs. 229/99 eroganti prestazioni di chirurgia ambulatoriale, 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; in caso di studi associativi libero-professionali da uno dei soci dello studio delegato a sottoscrivere da parte di tutti gli altri soci; copia della delega alla firma va allegata alla domanda.

N.B.

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

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL' ACCREDITAMENTO E DI MODIFICA DELLA CLASSE
DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE (ART. 6
L.R. n. 18/2008)**

Mod. Acc. Ist. 01

Al Direttore della Direzione Sanità Regionale

Alla Direzione Generale per la Salute

Regione Molise
Via Genova n. 11
86100 CAMPOBASSO

A

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Codice Fiscale n°: _____ Telefono n° _____

B

☐ titolare ☐ legale rappresentante della: ☐ Società ☐ Ente ☐ Azienda ☐ Studio

Partita IVA _____ con Sede in _____

Via _____ n° _____

Chiede il rilascio:

☐ **dell'accREDITAMENTO istituzionale**

☐ **della modifica della classe di accREDITAMENTO da _____ a _____**

C

Per: ☐ il Presidio ☐ l'Ambulatorio ☐ lo Studio Medico

Denominato (1): _____

Sito nel Comune di _____

Via / P. zza _____ n. _____

Tipologia di struttura (2): _____

la cui configurazione è riportata nell'allegato A alla presente domanda debitamente compilato ed accluso alla presente.

N.B.: Va indicato l'esatto numero di P.L. ove presenti.

Per servizi ed ambulatori la presenza va indicata con un "Si" o con un "No";

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara:

- che per il Presidio, Ambulatorio, Studio Medico (*) è stata rilasciata l'autorizzazione definitiva all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, oppure è stata presentata domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio sanitaria (art 8 della L.R. n. 18/2008);
- che la struttura si trova nella condizione di accreditamento temporaneo di cui art. 19 della L.R. n. 18/2008;
- che il Presidio, Ambulatorio, Studio Medico (*) possiede i requisiti di accreditamento come indicato nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto previsto dalla procedura di accreditamento riportata nella prima parte del Manuale di Accreditamento;
- che la direzione sanitaria/responsabilità (*) è affidata a:

Dott. _____

nato il _____ Laureato in _____

il _____ presso l'Università degli studi di _____

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.

Allega inoltre alla domanda la necessaria documentazione, così come specificato nelle istruzioni per la compilazione della stessa.

Data: _____

Firma del Direttore Sanitario

Firma del Titolare o Legale rappresentante

(*) Cancellare la voce che non interessa

Istruzioni per la compilazione del Mod. Acc. Ist. 01 "Domanda per il rilascio dell'accreditamento e di modifica della classe di accreditamento delle strutture sanitarie o socio-sanitarie (Art. 6 L.R. n.32/2007)"

La domanda di accreditamento, ai sensi degli art. 6 e 12 della L.R. n.32/2007, va presentata unitamente alle tabelle redatte, sottoscritte e documentate in conformità a quanto richiesto dalla procedura di accreditamento riportata nella prima parte del Manuale di Accreditamento.

La stessa deve essere prodotta in copia unica.

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente. La domanda deve essere sottoscritta dal titolare del Presidio, Ambulatorio, Studio Medico o dal suo legale rappresentante, in caso di studi associativi libero-professionali da uno dei soci dello studio delegato a sottoscrivere da parte di tutti gli altri soci. Copia della delega alla firma va allegata alla domanda.

Il riquadro B deve essere sempre compilato in tutte le parti di interesse;

Il riquadro C deve essere compilato in tutte le parti di interesse indicando:

al punto (1) la denominazione del Presidio, Ambulatorio, Studio Medico;

al punto (2) specificare la tipologia di struttura come di seguito indicato:

- ☐ regime ambulatoriale,
- ☐ regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti e post acuti,
- ☐ regime residenziale e semiresidenziale,
- ☐ regime termale (complessi e stabilimenti termali),
- ☐ 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

La domanda deve essere sottoscritta dal direttore sanitario o comunque dal sanitario responsabile e dal titolare del Presidio, Ambulatorio, Studio Medico o dal suo legale rappresentante o dal delegato alla firma (vedi riquadro A).

Alla domanda deve essere allegata la documentazione descritta di seguito:

1) copia dell'atto di autorizzazione definitiva all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, rilasciato dalla Regione, oppure copia della domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria, ai sensi dell'art. 8 della L.R. n. 18/2008;

2) autocertificazione concernente la conformità al possesso dei requisiti per l'accREDITamento costituita da:

- a) una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (contenuta nel modulo della domanda stessa) firmata dal Responsabile del Presidio, Ambulatorio, Studio Medico o dal suo legale rappresentante;

- b) copie fotostatiche delle parti del Manuale di Accredитamento, firmate singolarmente, attinenti i criteri generali di accredитamento della struttura e quelli specifici per le attività per cui si chiede l'accredитamento e riportate nell'allegato A,
- c) dichiarazione autocertificante il possesso di tutti i requisiti considerati come livello essenziale per l'accredитamento (Art. n. 17, comma 2 L.R. n. 18/2008);

3) fotocopia di un documento di identità dei sottoscrittori la domanda qualora quest'ultima venga inviata per posta.

ALLEGATO A Alla Domanda Di Rilascio Accreditamento

STRUTTURE: RESIDENZE EXTRAOSPEDALIERE				
TIPOLOGIA STRUTTURA	Posti Letto autorizzati all'esercizio	Posti Letto residenziali da Accreditare	Posti Letto semi-residenziali da Accreditare	Attività Ambulatoriale da Accreditare
RESIDENZE PER ANZIANI NON-AUTOSUFFICIENTI				
RSA Anziani				
RSA Demenze				
Residenze Assistenziali				
RESIDENZE PSICHIATRICHE				
Residenze riabilitative per la post-acuzie				
Case famiglia				
Gruppi appartamento di convivenza				
Residenze protette				
RESIDENZE RIABILITATIVE PER PORTATORI DI DISABILITA'				
Residenze di Riabilitazione Estensiva				
USAP				
RSA Disabili adulti				
RSA Disabili adulti gravi				
Residenze minorazioni plurisensoriali età evolutiva				
Residenze disturbi comportamento e patologie neuropsichiatriche età evolutiva				
Semiresidenziale/Ambulatoriale				
RESIDENZE PER DIPENDENZE PATOLOGICHE				
Comunità terapeutiche				
HOSPICE				
Hospice				
Altro: _____				

STRUTTURE: Ospedali/Casa di Cura e Ambulatori						
Ospedale/Casa di Cura		N. Posti Letto Totali dello P.O./C.C.				
<u>Cod Min</u>	<u>DISCIPLINE</u>	<u>PL Ordinari</u>	<u>PL Day</u>	<u>Servizio</u>	<u>PL di AFO</u>	<u>Ambulatorio</u>
1	Allergologia					
2	Day Hospital (esclusivamente dedicato ad attività di Day Hospital Multispecialistico)					
5	Angiologia					
6	Cardiochirurgia pediatrica					
7	Cardiochirurgia					
8	Cardiologia (Per i letti di Unità Coronarica inclusi nel reparto utilizzare il codice 50)					
9	Chirurgia generale					
10	Chirurgia maxillo-facciale					
11	Chirurgia pediatrica					
12	Chirurgia plastica					
13	Chirurgia toracica					
15	Medicina sportiva					
14	Chirurgia vascolare					
18	Ematologia					
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione					
<u>Cod Min</u>	<u>DISCIPLINE</u>	<u>PL Ordinari</u>	<u>PL Day</u>	<u>Servizio</u>	<u>PL di AFO</u>	<u>Ambulatorio</u>
20	Immunologia (Per i Posti Letto utilizzare il codice 18)					

21	Geriatría					
24	Malattie Infettive e Tropicali					
25	Medicina del Lavoro					
26	Medicina Generale					
27	Medina Legale					
28	Unità Spinale					
29	Nefrologia					
30	Neurochirurgia					
32	Neurologia					
33	Neuropsichiatria infantile					
34	Oculistica					
36	Ortopedia e traumatologia					
37	Ostetricia e ginecologia (Per il nido codice 39.31)					
38	Otorinolaringoiatria					
39	Pediatria					

<u>Cod Min</u>	<u>DISCIPLINE</u>	<u>PL Ordinari</u>	<u>PL Day</u>	<u>Servizio</u>	<u>PL di AFO</u>	<u>Ambulatorio</u>
40	Psichiatria					
41	Medicina termale					
42	Tossicologia					
43	Urologia					
46	Grandi Ustioni pediatriche					
47	Grandi ustionati					
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)					
49	Terapia intensiva					
49. 07	Unità Intensiva cardiochirurgica					
50	Unità coronarica					
52	Dermatologia					
55	Farmacologia clinica					
56	Recupero e riabilitazione funzionale					
57	Fisiopatologia della riproduzione umana					
58	Gastroenterologia					
60	Lungodegenti					

<u>Cod Min</u>	<u>DISCIPLINE</u>	<u>PL Ordinari</u>	<u>PL Day</u>	<u>Servizio</u>	<u>PL di AFO</u>	<u>Ambulatorio</u>
61	Medina nucleare					
62	Neonatologia					
64	Oncologia					
65	Oncoematologia pediatrica					
66	Oncoematologia					
67	Pensionanti					
68	Pneumologia					
70	Radioterapia					
71	Reumatologia					
73	Terapia intensiva neonatale					
74	Radioterapia oncologica					
75	Neuro- riabilitazione					
76	Neurochirurgia pediatrica					
77	Nefrologia pediatrica					
78	Urologia pediatrica					

<u>Cod. Min</u>	<u>POSTI LETTO TECNICI</u>	<u>Posti Letto</u>
35	Odontoiatria	
39.31	Pediatria Nido	
54	Emodialisi	
51	Osservazione Breve (Ex codice Astanteria)	
97	Detenuti	

<u>Cod. Min</u>	<u>SERVIZI</u>	<u>Servizio da Accreditare</u>
3	Anatomia ed istologia patologica	
69	Radiologia	
	Anestesia	
	Laboratorio analisi	
	Farmacia	
	Sala operatoria	
	Centro trasfusionale	