

**MODELLO 2**  
**ampliamento, riduzione e trasformazione dell'attività**



Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
(titolare/legale rappresentante)

di \_\_\_\_\_  
(ragione sociale o denominazione completa)

con sede legale in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

autorizzato/a all'esercizio di attività sanitaria presso la struttura sanitaria privata denominata \_\_\_\_\_

ubicata in \_\_\_\_\_  
(indirizzo completo)

**CHIEDE**

ai sensi della L.R. 5 agosto 2009 n. 51, il rilascio dell'autorizzazione:

all'ampliamento dell'attività erogata in **regime ambulatoriale** come sotto specificato:

a) prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriale

discipline<sup>1</sup>

attività<sup>2</sup>

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

1 Indicare le discipline individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 2

2 Indicare le attività per le quali sono previsti requisiti specifici individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera B1

b) prestazioni ambulatoriali di base di riabilitazione funzionale  
disabilità trattate<sup>3</sup>

alla riduzione       alla trasformazione

dell'attività erogata in **regime ambulatoriale** come sotto specificato:

---



---

all'ampliamento dell'attività erogata in **regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti** come sotto specificato:

c) prestazioni di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti

c1) discipline <sup>4</sup>	n. posti letto	attività <sup>5</sup>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

c2) strutture organizzative funzionali

denominazione	n. posti letto	discipline <sup>5</sup> accorpate	attività <sup>6</sup>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

alla riduzione       alla trasformazione

dell'attività erogata in **regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti** come sotto specificato:

---



---



---

all'ampliamento dell'attività erogata in **regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta** come sotto specificato:

	<i>diurno n. posti</i>	<i>ciclo continuativo n. posti letto</i>	disabilità trattate <sup>6</sup>
Riabilitazione funzionale	_____	_____	_____
Salute mentale	<i>diurno n. posti</i>	<i>ciclo continuativo n. posti letto</i>	
Tossicodipendenze	<i>diurno n. posti</i>	<i>ciclo continuativo n. posti letto</i>	

3 Indicare le disabilità trattate individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera B2

4 Indicare le discipline individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 2

5 Indicare le attività per le quali sono previsti requisiti specifici individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera C1

6 Indicare le disabilità trattate individuate fra quelle indicate nell'allegata tabella 3 il cui codice inizia con la lettera D1

- alla riduzione     alla trasformazione

dell'attività erogata in **regime di ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post-acuta** come sotto specificato:

---

---

- Le attività oggetto di autorizzazione prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive e pertanto presenta contestualmente la richiesta di autorizzazione ai sensi del D. Lgs. 230/95.
- Le attività oggetto di autorizzazione non prevedono detenzione o detenzione ed impiego di apparecchiature radiogene o sostanze radioattive.

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. del 30 giugno 2003, n.196 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.

FA PRESENTE

che, in relazione alla variazione di attività prevista, si rendono necessarie le seguenti variazioni:

	SI'	NO
strutturali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tecnologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
del personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dell'organizzazione interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

1. relazione dettagliata circa le prestazioni e le attività previste;
2. liste di autovalutazione relative agli aspetti interessati dalle variazioni;  
*nel caso di variazioni strutturali:*
3. planimetria dei locali in scala 1:100 (timbrata, datata e sottoscritta da tecnico compilatore e dal richiedente) idonea ad identificare le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione;  
*nel caso di variazioni nell'attrezzatura:*
4. inventario delle attrezzature sanitarie, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione;  
*nel caso di variazioni del personale:*
5. elenco del personale, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione;  
*nel caso di variazioni dell'organizzazione interna:*
6. documento in cui viene esplicitata l'organizzazione interna generale, per singolo presidio e articolazione organizzativa, evidenziando le variazioni connesse all'intervento di ampliamento e/o riduzione e/o trasformazione.

data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma

**TABELLE****Tabella 1: tipologie di presidi in relazione al regime di erogazione delle prestazioni**

B1.a	Presidi ambulatoriali: prestazioni di specialistica e diagnostica - classe 1 (extraospedaliero)
B1.b	Presidi ambulatoriali: prestazioni di specialistica e diagnostica - classe 2 (intraospedaliero)
B2.1	Centro o presidio ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale
B2.3	Consultorio familiare
C1.cl A	Presidi di ricovero a ciclo continuo e diurno per acuti di classe A
C1.cl B	Presidi di ricovero a ciclo continuo e diurno per acuti di classe B
C1.cl C	Presidi di ricovero a ciclo continuo e diurno per acuti di classe C - Presidio autonomo di Day Surgery
D1.1 a	Presidio di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo A
D1.1 b	Presidio di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di tipo B
D1.2	Presidio di salute mentale: centro diurno psichiatrico
D1.3.a	Presidio di salute mentale: struttura residenziale psichiatrica terapeutico-riabilitativa
D1.3.b	Presidio di salute mentale: struttura residenziale psichiatrica socio-riabilitativa ad alta intensità assistenziale
D1.3.c	Presidio di salute mentale: struttura residenziale psichiatrica socio-riabilitativa a bassa intensità assistenziale
D1.4.a	Struttura di riabilitazione per tossicodipendenti
D1.4.b	Struttura educativo assistenziale per tossicodipendenti

**Tabella 2: elenco delle discipline**

Si riportano le discipline di interesse fra quelle indicate nel Decreto del Ministero della Sanità 30 gennaio 1998 e successive modifiche ed integrazioni. Per le discipline equipollenti, si rinvia alla Tabella B del decreto.

<b>DISCIPLINE</b>
allergologia e immunologia
anatomia patologica
anestesia e rianimazione
angiologia
audiologia e foniatra
biochimica clinica
cardiochirurgia
cardiologia
chimica analitica
chirurgia generale
chirurgia maxillo-facciale

chirurgia pediatrica
chirurgia plastica e ricostruttiva
chirurgia toracica
chirurgia vascolare
dermatologia e venerologia
ematologia
endocrinologia
epidemiologia
farmacologia e tossicologia clinica
gastroenterologia
genetica medica
geriatria
ginecologia e ostetricia
laboratorio di genetica medica
malattie dell'apparato respiratorio
malattie infettive
malattie metaboliche e diabetologia
medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro
medicina dello sport
medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza
medicina fisica e riabilitazione
medicina interna
medicina legale
medicina nucleare
medicina trasfusionale
microbiologia e virologia
nefrologia
neonatologia
neurochirurgia
neurofisiopatologia
neurologia
neuropsichiatria infantile
neuroradiologia
odontoatria
oftalmologia
oncologia
ortopedia e traumatologia
otorinolaringoiatria
patologia clinica (lab.di analisi chimico-cliniche e microbiologia)
pediatria
psichiatria
psicologia
psicoterapia
radiodiagnostica
radioterapia
reumatologia
scienza dell'alimentazione e dietetica
urologia

**Tabella 3: attività**

Devono essere espressamente indicate nella domanda di autorizzazione tutte quelle attività che si intendono svolgere per le quali le disposizioni vigenti prevedano requisiti specifici.

Le attività devono essere esplicitate chiaramente all'interno della disciplina di riferimento (es: *disciplina*: Cardiologia, *attività*: Ecocardiografia oppure *disciplina*: Oculistica, *attività*: Chirurgia ambulatoriale - interventi esclusa anestesia generale)

B1.1.a	Laboratorio generale di base
B1.1.e	Laboratorio monodisciplinare
B1.1.f	Laboratorio generale pluridisciplinare
B1.1.d	Punto prelievo decentrato
B1.2.a	Ecografia
B1.2.b	Risonanza magnetica
B1.2.c	Tomografia computerizzata
B1.2.f	Risonanza magnetica settoriale
B1.2.g	Ortopantomografia
B1.2.h	Mammografia
B1.2.i	Mineralometria ossea (MOC)
B1.4.a	Ecocardiografia
B1.4.b	Ecocardiografia transesofagea
B1.4.c	Elettrocardiografia dinamica
B1.4.d	Ecostress
B1.4.e	Ergometria
B1.5	Endoscopia
B1.7.a	Chirurgia ambulatoriale - interventi anche in anestesia generale
B1.7.b	Chirurgia ambulatoriale - interventi esclusa anestesia generale
B1.8	Dialisi
B1.9	Indirizzo riabilitativo <sup>8</sup>
B1.10	Medicina ad indirizzo estetico
B1.11.a	Interventi P.M.A. livello 1
B1.11.b	Interventi P.M.A. livello 2
B1.11.f	Interventi P.M.A. livello 3
B1.12.a	Medicina dello sport I livello
B1.12.b	Medicina dello sport II livello
B2.1.a	Disabilità fisica
B2.1.b	Disabilità psichica
B2.1.c	Disabilità sensoriale
B2.1.d	Disabilità miste
C1.3.a	Degenza pediatrica

8 Solo per le discipline di cardiologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, ortopedia e traumatologia

C1.3.b	Degenza malattie infettive
C1.3.c	Degenza riabilitazione <sup>9</sup>
C1.3.d	Degenza psichiatrica
C1.3.e	Lungodegenza <sup>10</sup>
C1.4	Day hospital
C1.5.a	Day surgery – struttura organizzativa autonoma
C1.5.b	Day surgery – struttura organizzativa dedicata
C1.5.c	Day surgery – posti letto dedicati
D1.1.a	Disabilità fisica
D1.1.b	Disabilità psichica
D1.1.c	Disabilità sensoriale
D1.1.d	Disabilità miste
D1.1.e	Accoglienza bambini di età inferiore ai 4 anni

---

9 Solo per le discipline di cardiologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, ortopedia e traumatologia

10 Solo per le discipline di geriatria e medicina interna