





Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud

Via Marconi, 66

80059 Torre del Greco

**OGGETTO:** REVOCA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N° 403 DEL 04/07/2012 – PRESA D'ATTO ED ADOZIONE DEL NUOVO REGOLAMENTO ORGANIZZATIVO DELLA COMMISSIONE PREVISTA DAL D.G.R.C. 7301/01 "DEFINIZIONE DEI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, IMPIANTISTICI ED ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE ED ALL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA REGIONE CAMPANIA



IL DIRIGENTE RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Dirigente Responsabile, dott. Adele Carotenuto, in qualità di sostituto del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, giusta deliberazione del Direttore Generale prot. n. 809 del 19/10/2018, e delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica e amministrativa della stessa, resa dallo stesso dirigente responsabile proponente a mezzo della sottoscrizione della presente;

Dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.Lgs.30 giugno 2003 n.196, ed al Regolamento aziendale, in materia di protezione dei dati personali, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n°52 del 17 Gennaio 2018, redatto in conformità alle prescrizioni del Regolamento Europeo n° 679 del 27 Aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190;

**Premesso che:**

con la Deliberazione del Direttore Generale n°403 del 04/07/2012, avente ad oggetto : APPROVAZIONE REGOLAMENTO DELLA COMMISSIONE PREVISTA DALLA D.G.R.C. 7301/01 - "DEFINIZIONE DEI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE ED ALL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA REGIONE CAMPANIA" si era provveduto ad approvare il regolamento disciplinante le attività della Commissione 7301/01 ;

con la Deliberazione del Direttore Generale n°677 del 04/09/2018 avente ad oggetto: Costituzione nuova Commissione aziendale per il rilascio dei pareri ai fini autorizzativi, previsti dalla DGRC n° 7301/01 veniva costituita la nuova Commissione;

**Considerato che :**

con la Deliberazione del Direttore Generale n°42 del 25/01/2017 avente ad oggetto: "APPROVAZIONE MANUALE OPERATIVO - AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO PER STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE CHE EROGANO PRESTAZIONI ASSISTENZIALI IN REGIME RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE, DOMICILIARE E AMBULATORIALE (O TERRITORIALE)" veniva elaborato un manuale operativo per l' "uniformità di azioni su tutte le sequenze del processo organizzativo" nell'ambito del rapporto tra l'Azienda e le strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate;

**Ritenuto necessario**

Adottare un Nuovo Regolamento, alla luce della semplificazione dell'iter endoprocedimentali e dell'uniformità di azioni su tutte le sequenze del processo organizzativo;

**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

Per i motivi espressi in premessa, di

1. **Revocare** la Deliberazione del Direttore Generale n°403 del 04/07/2012 avente ad oggetto: APPROVAZIONE REGOLAMENTO DELLA COMMISSIONE PREVISTA DALLA D.G.R.C. 7301/01 - "DEFINIZIONE DEI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE ED ALL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA REGIONE CAMPANIA";
2. **Prendere atto** ed adottare il Nuovo Regolamento, parte integrante del presente provvedimento, disciplinante le attività della Commissione 7301/2001, da espletarsi ai fini del raggiungimento degli obiettivi regionali ed aziendali in tema di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private della Regione Campania;
3. **Dare mandato** al Presidente della Commissione a liquidare le spettanze ai componenti della Commissione, agli esperti incaricati di volta in volta e a quanti a vario titolo coinvolti nella l'attività autorizzatoria, svolta fuori dall'orario di servizio, così come stabilito dalla Deliberazione del Commissario Straordinario n 148 del 03/04/2015

**Il Dirigente Responsabile del Dipartimento di Prevenzione  
Presidente della Commissione ex DGRC 7301/01  
Dr. Adele Carotenuto**

## Il Direttore Generale

In forza della D.G.R.C. n° 375 del 13/07/2016 e del D.P.G.R.C. n° 165 del 19/07/2016

Preso atto della dichiarazione resa dal dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy;

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario  
Dr. Luigi Caterino

Il Direttore Amministrativo  
Dr. Domenico Gancillo

## DELIBERA di

1. **Revocare** la Deliberazione del Direttore Generale n°403 del 04/07/2012 avente ad oggetto: APPROVAZIONE REGOLAMENTO DELLA COMMISSIONE PREVISTA DALLA D.G.R.C. 7301/01 - "DEFINIZIONE DEI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE ED ALL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA REGIONE CAMPANIA";
2. **Prendere atto** ed adottare il Nuovo Regolamento, parte integrante del presente provvedimento, disciplinante le attività della Commissione 7301/2001, da espletarsi ai fini del raggiungimento degli obiettivi regionali ed aziendali in tema di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private della Regione Campania;
1. **Dare mandato** al Presidente della Commissione a liquidare le spettanze ai componenti della Commissione, agli esperti incaricati di volta in volta e a quanti a vario titolo coinvolti nella l'attività autorizzatoria, svolta fuori dall'orario di servizio, così come stabilito dalla Deliberazione del Commissario Straordinario n 148 del 03/04/2015

Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva, dell'esecuzione della presente deliberazione, che viene resa immediatamente esecutiva, data l'urgenza, e curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dal D.L.gs 14 marzo 2013 n° 33 e s.m.i.

Il Direttore Generale  
dott.ssa Antonietta Costantini

## REGOLAMENTO

### ORGANIZZATIVO DELLA COMMISSIONE PREVISTA DAL D.G.R.C. 7301/01 "DEFINIZIONE DEI REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI, IMPIANTISTICI ED ORGANIZZATIVI MINIMI PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA REALIZZAZIONE ED ALL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELLA REGIONE CAMPANIA" "NUOVO REGOLAMENTO"

Ai sensi del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, in ordine alla potestà organizzativa delle pubbliche amministrazioni e viste le sottoelencate norme in materia di autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie delle strutture pubbliche e private della Regione Campania:

- D.lgs. 30.12.1992, n. 502;
- D.P.R. 14.01.1997;
- D.lgs. 19.06.1999, n. 229;
- DGRC. 30.03.2001, n. 1364;
- DGRC. 07.08.2001, n. 3958;
- DGRC. 23.11.2001, n. 6418;
- DGRC. 31.12.2001, n. 7301

Vista la precedente deliberazione n°403 del 04/07/2018 con la quale il Direttore Generale ASL Napoli 3 sud costituisce la Nuova Commissione Aziendale per il rilascio dei pareri ai fini autorizzativi, previsti dal DGRC n. 7301/2001.

Vista, altresì, la deliberazione n° 42 del 25/01/2017 avente ad oggetto: "APPROVAZIONE MANUALE OPERATIVO - AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO PER STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE CHE EROGANO PRESTAZIONI ASSISTENZIALI IN REGIME RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE, DOMICILIARE E AMBULATORIALE (O TERRITORIALE)" veniva elaborato un manuale operativo per l' "uniformità di azioni su tutte le sequenze del processo organizzativo" nell'ambito del rapporto tra l'Azienda e le strutture sanitarie e sociosanitarie accreditate;

#### Art 1 - Istituzione della Commissione e sede operativa

- 1.1 La Commissione è composta da un Presidente e da un minimo di sei componenti nominati, con provvedimento, dal Direttore Generale.
- 1.2 La Commissione ha sede operativa presso i locali del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Napoli 3 Sud.

#### Art. 2 - Presidente della Commissione

Il Presidente della Commissione è il Direttore del Dipartimento di Prevenzione della ASL Napoli 3 Sud, così come previsto nel D.G.R.C. n. 7301/01.

### **Art. 3 - Attribuzioni del Presidente**

Il Presidente della Commissione ha le seguenti prerogative:

- 3.1 Convoca le sedute con le modalità previste dal successivo art. 6;
- 3.2 Propone l'ordine del giorno secondo le modalità previste dal successivo art. 8;
- 3.3 Richiede l'integrazione della Commissione con altri esperti secondo le modalità previste dai successivi art. 9, 10 e 11;
- 3.4 Rilascia il parere secondo le modalità previste dal successivo art. 20;
- 3.5 Dà mandato alla Segreteria di trasmettere alla Commissione Regionale il parere in merito alle istanze di autorizzazione inoltrate dai legali rappresentanti, ai fini della realizzazione di nuove strutture sanitarie pubbliche e private. Il parere espresso tiene conto del fabbisogno territoriale (Piano Aziendale Territoriale) dell'Asl Napoli 3 sud -.
- 3.6 Dà mandato alla Segreteria di trasmettere le risultanze dei procedimenti in corso o definiti, ai sindaci territorialmente competenti, attraverso modalità di trasmissione certa (raccomandata A.R., posta elettronica certificata, consegna a mano con timbro e firma per ricevuta)

### **art. 4 - Compiti del Segretario**

- 4.1 Custodisce gli atti acquisiti al protocollo in entrata e/o in uscita del Dipartimento di Prevenzione;
- 4.2 Cataloga le pratiche per struttura, tramite apposita applicazione informatica;
- 4.3 Redige i verbali della Commissione;
- 4.4 Convoca i componenti su disposizione del Presidente;
- 4.5 Cura la gestione burocratica della segreteria, avvalendosi del supporto del personale amministrativo/informatico congruamente assegnato;
- 4.6 Applica il tariffario regionale per le prestazioni rese, nell'ambito delle specifiche materie di interesse, nei confronti di ciascun soggetto giuridico istante.
- 4.7 Verifica che la documentazione trasmessa dal legale rappresentante della struttura sanitaria e/o socio sanitaria, a corredo dell'istanza inoltrata al Sindaco di competenza sia conforme a quanto previsto dalle vigenti disposizioni. In caso di carenza o di difformità emerse in corso di verifica, il Segretario invita il legale rappresentante a provvedere all'adeguamento secondo normativa, entro massimo trenta giorni dalla richiesta.
- 4.8 Trasmette alla Commissione Regionale il parere in merito alle istanze di autorizzazione inoltrate dai legali rappresentanti e trasmette le risultanze dei procedimenti in corso o definiti, ai sindaci territorialmente competenti. con modalità di trasmissione certa (raccomandata A.R., posta elettronica certificata, consegna a mano con timbro e firma per ricevuta)
- 4.9 Verbalizza i lavori della Commissione

### **art. 5 - Compiti della Commissione "7301" ASL-Na3 sud**

I compiti della Commissione sono così riassunti:

5.1 Verifica il possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, impiantistici ed organizzativi di ogni struttura già in esercizio;

5.2 Rilascia parere in merito alla sussistenza dei requisiti per l'autorizzazione alla realizzazione e autorizzazione all'esercizio di nuove strutture sanitarie e/o sociosanitarie, ovvero alla trasformazione o ampliamento dell'attività già svolta, ovvero trasferimento di sede, sul territorio comunale di propria competenza.;

5.3 Svolge verifiche, presso le sedi operative delle strutture sanitarie e/o socio sanitarie, avvalendosi di operatori delle UU.OO.PP.CC., del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti, ovvero di altro personale della dirigenza e/o comparto individuato dal Presidente della Commissione, allo scopo di accertare il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e impiantistici dichiarati dal legale rappresentante delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie, alla luce di quanto previsto dal DGRC 7301/2001.

#### **Art. 6 - La convocazione delle sedute**

6.1 Il Presidente convoca la Commissione, almeno tre giorni prima della data stabilita, con la indicazione dell'o.d.g. della seduta. La Commissione si riunisce in via ordinaria una volta a settimana presso la sede del Dipartimento di Prevenzione ASL Napoli 3 sud.

6.2 Il Presidente, in caso di indisponibilità della sede consueta, può scegliere una sede diversa.

6.3 Il Presidente, per motivate ed urgenti esigenze, può disporre la convocazione in seduta straordinaria della Commissione, anche più volte nella settimana, con avviso di almeno due giorni prima.

6.4 La Commissione non si riunisce di norma nel mese di agosto, nel periodo natalizio (per due settimane), nel periodo pasquale e nei giorni festivi.

#### **Art. 7 - Regolarità delle sedute della Commissione – Validità delle Decisioni**

7.1 - Le riunioni della Commissione sono validamente costituite con la presenza del 50% +1 dei componenti, escluso il Presidente.

7.2 In caso di assenza o impedimento del Presidente, lo stesso provvederà a delegare formalmente le relative funzioni a un componente effettivo della Commissione.

7.3 Le determinazioni della Commissione vengono assunte a maggioranza dei suoi membri. In caso di presenza di un numero pari di componenti nella seduta della Commissione, prevale il voto del Presidente.

7.4 Del lavoro della Commissione è redatto apposito verbale, predisposto dalla Segreteria e firmato, alla chiusura dei lavori, da ogni Componente presente alla seduta. Ogni membro può chiedere di far inserire a verbale una propria dichiarazione.

7.5 In caso di assenza ingiustificata da parte di membri della Commissione a tre riunioni consecutive, il Presidente, sentiti gli altri membri della Commissione, ne dà comunicazione al Direttore Generale.

#### **Art. 8 - L'ordine del giorno**

8.1 L'ordine del giorno è programmato dal Presidente per ogni seduta.

8.2 In caso di convocazione straordinaria, l'ordine del giorno deve essere chiaramente riportato nella lettera di convocazione.

8.3 L'ordine del giorno, inviato per le sedute straordinarie, deve contenere tutti i riferimenti degli atti che dovranno essere discussi in seduta di Commissione.

#### **Art. 9 - La richiesta di integrazione pro tempore di un esperto**

9.1 La Commissione può integrare i Componenti con un esperto dell'ASL Napoli 3 sud, così come già indicato nella deliberazione n. 59 del 3 febbraio 2012, e successive modificazioni e/o integrazioni, del Direttore Generale.

In base alla tipologia delle strutture da esaminare possono essere interpellati i dirigenti e/o tecnici esperti della ASL Napoli 3 sud, competenti per i settori:

1. Assistenza a ciclo continuo;
2. Diagnostica per immagini;
3. Dialisi;
4. Laboratorio analisi;
5. Riabilitazione;
6. Tossicodipendenza;
7. Geriatria;
8. Salute mentale;
9. Legale.
10. Ginecologia ed Ostetricia.

La convocazione degli esperti avviene, con preavviso di almeno 5 giorni, tramite P.E.C. o altra modalità certa.

#### **Art. 10 - La collaborazione con le UU.OO. di Prevenzione Collettiva dell'Asl Napoli 3 sud**

10.1 Il Presidente della Commissione si avvale della collaborazione delle UU.OO. di Prevenzione Collettiva, ovvero di dirigenti del Dipartimento di Prevenzione.

10.2 I dirigenti delle UU.OO. di Prevenzione Collettiva sono incaricati dal Presidente della verifica presso le sedi operative delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie, ai soli fini autorizzativi, del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e impiantistici delle Strutture Sanitarie ricadenti nel territorio di competenza delle stesse o secondo diversa disposizione del Presidente della Commissione.

10.3 La singola U.O. di Prevenzione Collettiva deve essere dotata del modello unico, di cui all'art. 12, fornito dal Presidente della Commissione, per ogni specifica tipologia di "attività sanitaria", ai fini dell'accertamento del possesso dei requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici.

10.4 La singola U.O. di Prevenzione Collettiva effettua la verifica, attraverso l'utilizzo del modello unico di cui al punto 10.3 e dichiara il possesso o meno dei requisiti per la singola struttura sanitaria valutata.

10.5 La U.O. di Prevenzione Collettiva collabora con la Commissione ai soli fini previsti dal DGRC 7301.

**Art. 11 - La collaborazione con le UU.OO. di distretti - Servizi Centrali Tecnici e Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri dell'ASI-NA3 sud.**

11.1 Il Presidente della Commissione, sentiti i Componenti, si avvale, ove ritenuto necessario, della collaborazione delle UU.OO. Distrettuali. La richiesta di collaborazione va esplicitata al Direttore Sanitario del distretto di competenza attraverso nota scritta e con allegata eventuale documentazione a corredo di ogni singolo quesito.

11.2 Il Presidente della Commissione, sentiti i Componenti, si avvale, ove ritenuto necessario, della collaborazione di specifiche professionalità incardinate nelle UUOCC: Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Immobiliare; Sviluppo e Gestione attrezzature Sanitarie.

11.3 Il Presidente della Commissione, sentiti i Componenti, si avvale, ove ritenuto necessario, della collaborazione di specifiche professionalità incardinate negli Ospedali Riuniti Aziendali.

**Art. 12 – Modulistica.**

12.1 – Per l'accertamento del possesso dei requisiti richiesti, al fine di uniformare i rispettivi criteri di verifica, la Commissione adotterà, per ogni tipologia di struttura (branca specialistica) la modulistica predisposta ed approvata a maggioranza, quale atto interno di trasparenza ed uniformità di comportamento.

**Art. 13 - Programmazione delle visite di verifica presso le sedi delle Strutture Sanitarie.**

13.1 La programmazione delle visite di verifica presso strutture richiedenti, deve essere improntata ai principi di trasparenza, imparzialità e buona amministrazione.

13.2 Il sopralluogo di verifica sarà definito presso le Strutture Sanitarie entro trenta giorni dall'affidamento dell'incarico.

13.3 Il funzionario incaricato concorda con il legale rappresentante della struttura richiedente la data dell'effettuazione del sopralluogo di verifica.

**Art. 14 - Valutazione preliminare del materiale documentale.**

La segreteria della Commissione, preso atto del numero di protocollo dell'istanza, con allegata documentazione, e della data in cui essa è stata acquisita presso il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Napoli 3 Sud, tenuto conto dell'elenco dei documenti prodotti dal legale rappresentante della struttura sanitaria richiedente, svolge le seguenti attività:

14.1 Esamina la documentazione preliminare esibita dal richiedente e trasmessa dall'Autorità Sindacale del comune di competenza, verificando la presenza di:

- a. Modello, di cui al DGRC 7301/2001 (mod. AEser 1, AEser 2, AReal 1, AReal 2 AReal 3, AReal 4, AReal 4bis, AReal 5);
- b. Documentazione attestante i requisiti previsti dal DGRC 7301/2001 e successive specifiche normative in materia di autorizzazioni;
- c. Idonea planimetria dello stato dei luoghi asseverata, datata, firmata e timbrata (con timbro di congiunzione delle pagine) da tecnico abilitato di parte.

La planimetria deve essere completa (pianta e due sezioni aggiornate della struttura), in scala 1:100, quotata in ogni sua parte (altezza di ogni singolo locale, altezza vani

porta, altezza e superficie vani finestre, altezza disimpegni, altezza servizi).

Le destinazioni d'uso di ogni singolo ambiente devono essere riportate nella stessa planimetria (o in legenda a parte facilmente identificabile) e conformi ai requisiti strutturali, previsti dal DGRC 7301-01, per la branca per cui si richiede l'autorizzazione all'esercizio.

- d. Trascorsi inutilmente i trenta giorni dalla richiesta di integro della documentazione, mancante o carente, al legale rappresentante della struttura la Commissione chiuderà la pratica con parere NEGATIVO per impossibilità alla prosecuzione dell'iter autorizzativo. Tale parere sarà trasmesso al Sindaco competente.

#### **Art. 15 - Calendario della disamina degli atti.**

15.1 La Commissione, ai fini del rispetto dei termini previsti dal DGRC 7301, esamina prioritariamente gli atti pervenuti dalla data della propria costituzione e del relativo insediamento, seguendo l'ordine cronologico assegnato dal protocollo dipartimentale dell'ASL Napoli 3 Sud;

15.2 Le pratiche pregresse, rispetto alla costituzione ed all'insediamento della Commissione, saranno evase rispettando la sequenza cronologica del protocollo dipartimentale;

15.3 Fra le pratiche di cui ai punti 15.1 e 15.2 avranno priorità:

- a. le richieste di trasferimento di attività nell'ambito della stessa ASL Napoli 3 sud, senza ampliamento o trasformazione delle attività svolte e già autorizzate.
- b. Le istruttorie già avviate (sopralluoghi già svolti, documentazione già esaminata, ecc)
- c. Le pratiche attivate per ottemperare a disposizioni Regionali contenenti specificati termini temporali.

#### **Art. 16 – Modalità di svolgimento della verifica.**

16.1 – La verifica del possesso dei requisiti minimi strutturali, organizzativi, impiantistici e tecnologici del centro, richiedendo specifiche competenze, può essere effettuata dal singolo funzionario competente in materia, in modo autonomo, ovvero collegialmente con altri funzionari incaricati.

16.2- Il Funzionario formalmente incaricato dal Presidente della Commissione 7301, si reca presso la sede operativa della struttura, dopo aver concordato ufficialmente ora e data con il legale rappresentante della struttura sanitaria e/o sociosanitaria richiedente. I successivi eventuali incontri, saranno concordati con il legale rappresentante del centro richiedente con le modalità di cui sopra.

#### **Art.17 - Fase di verifica.**

17.1 Durante il sopralluogo per la verifica dei requisiti, il Funzionario, in base alle sue competenze specifiche, è tenuto, obbligatoriamente, a procedere alla:

- a. osservazione diretta dei requisiti della struttura, delle tecnologie e dell'impiantistica, così come specificati nei moduli approvati dalla Commissione
- b. asseverazione della conformità o non conformità riportata nel modello unico riferito alla specifica tipologia.

17.2 La non conformità di alcuni o di parte dei requisiti va comunicata dal Funzionario al legale rappresentante della struttura o a suo delegato, e annotata in calce al modello unico, nell'apposito spazio, con acquisizione della firma del legale rappresentante, a cui sarà rilasciata copia dello stesso, al momento.

**Art. 18 - Fase Finale del sopralluogo per la verifica dei requisiti.**

18.1 Per tutte le non conformità rilevate, il Funzionario incaricato dell'accertamento, può concedere un tempo massimo di trenta giorni per la risoluzione delle stesse.

18.2 Il tempo massimo entro cui adeguare il centro ai requisiti minimi richiesti dalle vigenti disposizioni non può superare i 60 (sessanta) giorni dalla data di stesura del verbale di prima verifica.

18.3 Il Funzionario, allo scadere del tempo concesso per la risoluzione della non conformità, deve dare comunicazione al Presidente dalla Commissione delle risultanze delle stesse, entro il decimo giorno successivo alla scadenza dei tempi precedentemente fissati.

18.4 Il legale rappresentante della struttura sottoposta a verifica, che abbia ricevuto prescrizioni, può richiedere ulteriore proroga, solo se motivata, tramite richiesta formale al Presidente della Commissione 7301, entro i 7 (sette) giorni antecedenti la scadenza dei termini prescritti. Il Presidente della Commissione 7301 valuta le motivazioni e, in caso di riscontro positivo, ne dà comunicazione al Funzionario incaricato.

18.5 il Funzionario incaricato, scaduto ogni termine concesso, comunica le risultanze conclusive del sopralluogo al Presidente della Commissione. La mancata eliminazione delle difformità, entro i tempi stabiliti, comporta la trasmissione al Sindaco territorialmente competente del parere NEGATIVO per carenza dei requisiti.

Il Presidente della Commissione 7301, sentita la Commissione, ne dà comunicazione al Sindaco del comune di riferimento e al legale rappresentante.

18.6 Al compimento della istruttoria tecnica i vari verbali di sopralluogo per accertare il possesso dei requisiti minimi sono trasmessi alla Commissione che, collegialmente, esprimerà il parere definitivo e saranno allegati alla pratica formando parte integrale della stessa.

18.7 In caso di pratiche particolarmente complesse o in caso di dubbi, la Commissione può effettuare un ulteriore sopralluogo collegiale formata da almeno tre membri oltre lo/gli esperti di branca.

**Art. 19 – Stesura del parere definitivo.**

19.1 Il parere definitivo deve contenere esplicito riferimento alla identificazione della struttura sanitaria richiedente e del legale rappresentante della stessa.

19.2 Il parere definitivo deve contenere esplicito riferimento alla tipologia di attività autorizzata in base al DGRC 7301-2001, dei dati anagrafici e del titolo di studio del Direttore Sanitario, ove presente.

19.3 Il parere definitivo deve essere sottoscritto dal Presidente e dai Componenti della Commissione 7301-2001.

**Art. 20 – Modalità per l'invio del parere definitivo al Sindaco.**

20.1 A conclusione dell'istruttoria, la Commissione redige parere definitivo per il successivo inoltro al Sindaco del comune di competenza.

20.2 Il Segretario è incaricato dell'invio del parere espresso dalla Commissione al Sindaco, oltre ad eventuale ulteriore documentazione, tramite raccomandata A/R, posta elettronica certificata o consegna a mano con timbro e firma per ricevuta.

**Art. 21 – Norme transitorie**

Il presente regolamento sostituisce a tutti gli effetti il precedente, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n 403 del 4 Luglio 2012.



Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullo)

*Marco Tullo*

**TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 23 NOV. 2018 / A:**

<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE	
<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE AMM. AZIENDALE	U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
<input checked="" type="checkbox"/>	COLLEGIO SINDACALE	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. AFFARI ISTTT. E SEGRETERIE	U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE	U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
	U.O.C. AFFARI GENERALI	U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO, TRASPARENZA, TUTELA, COMUNICAZIONE	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. AFFARI LEGALI	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.	U.O.C. CONTROLLI INTEGRATI INTERNI ED ESTERNI	DISTRETTO N. 55
	U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE	DIPARTIMENTO RADIODIAGNOSTICA	DISTRETTO N. 56
		DIPARTIMENTO MEDICINA LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA	DISTRETTO N. 57
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B	COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA	DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIO	OO.RR. AREA NOLANA
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
	U.O.C. FASCE DEBOLI	<input checked="" type="checkbox"/> DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
	U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U.	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 48	
	U.O.C. SVILUPPO E GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE	DISTRETTO N. 49	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA SUD
	U.O.C. VALORIZZAZIONE E MANUT. PATRIMONIO IMMOBILIARE	DISTRETTO N. 50	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA NORD
	U.O.C. SISTEMI INFORMATICI ITC	DISTRETTO N. 51	
	U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBNO	DISTRETTO N. 52	