

REGIONE LAZIO
DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI
Comunicazione inizio attività studio medico o odontoiatrico singolo o associato
(L.R. n. 4/2003; Regolamento regionale N. 2/2007 e s.m.i. D.G.R. 447/2015)

Alla ASL ROMA 3
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Via dell'Imbrecciato, 71/b-73
00149 – Roma

p.c.

Al Direttore della Direzione
“Salute e Politiche Sociali”
REGIONE LAZIO
PEC: autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it

all’Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di.....
LORO SEDI

OGGETTO: Deliberazione della Giunta regionale del Lazio n. 447/2015.
Comunicazione di inizio attività dello _____(1).

Il sottoscritto _____
nato a _____ (____), il _____
residente in _____ (____) via/piazza _____
_____ n. _____, domiciliato in _____ (____)
via/piazza _____, n. _____, in qualità di titolare
dello _____ (1)
sito in _____ via/piazza _____
n. _____, piano _____, int. _____,

COMUNICA

ai sensi della Deliberazione della Giunta regionale del Lazio n. 447/2015 l’apertura dello studio predetto, a decorrere dalla data di spedizione/di consegna della presente comunicazione, per lo svolgimento dell’attività di _____;

DICHIARA

altresì, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, per se e per gli altri medici professionisti operanti nello studio:

- 1) che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all’art. 67 del D. Lgs. 159/2011;
- 2) l’assenza di condanne penali e di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- 3) di non essere a conoscenza di procedimenti penali in corso;
- 4) l’assenza di situazioni di incompatibilità con l’attività svolta presso lo studio;
- 5) nello studio sopra indicato opera esclusivamente, ovvero, operano in qualità di associati (2):

a) _____ (3) – Dott./ssa _____
_____, nata a _____

il _____, residente a _____
in via/piazza _____ n. _____
laureato/a in _____
con specializzazione in _____
iscritto/a all'Albo degli Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di _____
con il numero d'ordine _____;

b) _____ (3) – Dott./ssa _____
_____, nata a _____

il _____, residente a _____
in via/piazza _____ n. _____
laureato/a in _____
con specializzazione in _____
iscritto/a all'Albo degli Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di _____
con il numero d'ordine _____;

6) le prestazioni erogate nello studio predetto:

a) non rientrano tra quelle soggette ad autorizzazione regionale all'esercizio dell'attività sanitaria e socio sanitaria (L.R. n. 4/2003);

b) non comportano interventi di chirurgia ambulatoriale, ovvero, procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o un rischio per la sicurezza del paziente;

c) rientrano in quelle considerate a minore invasività, come da elenco allegato "1" alla Deliberazione della Giunta regionale del Lazio n. _____ del _____;

7) le apparecchiature e le attrezzature presenti nello studio sono utilizzate dai rispettivi professionisti per l'esercizio dell'attività professionale a fianco di ciascuno indicata nell'ambito dell'attività complementare della stessa e senza refertazione per terzi (utilizzo occasionale e saltuario);

8) nell'immobile in premessa indicato non operano altri professionisti medici/operano i seguenti professionisti medici (2):

Dott. _____ - _____ (3);

Dott. _____ - _____;

Dott. _____ - _____;

Dott. _____ - _____;

Dott. _____ - _____;

ognuno dei quali ha trasmesso all'Azienda USL competente analoga comunicazione di inizio attività, allegata/e alla presente;

9) nello studio in premessa indicato operano i seguenti collaboratori:

a) _____, _____ (4);

b) _____, _____;

c) _____, _____;

10) di aver ottemperato alle norme in materia di igiene e sicurezza;

11) di aver redatto il Documento sulla Valutazione dei Rischi, ove previsto;

12) che l'unità immobiliare sede dell'attività sanitaria risponde a tutti i requisiti urbanistici previsti dalle vigenti disposizioni che disciplinano la materia.

ALLEGA

1) la fotocopia del documento di identità valido del dichiarante e degli altri professionisti operanti nello studio;

2) la planimetria generale dell'immobile in scala 1:100, a firma di tecnico abilitato, dalla quale risultano: l'intestazione, le destinazioni d'uso di ciascun locale, le relative altezze, la sezione, le superfici di ciascun locale e il rapporto con le superfici finestrate (o, in alternativa, l'idoneo sistema di ricambio d'aria ivi presente);

3) copia del titolo di possesso dell'immobile, registrato (contratto di locazione, comodato d'uso,

- altro diritto reale di godimento), ovvero, copia del contratto di locazione del locale in uso o copia del contratto di sub locazione del locale in uso;
- 4) copia del contratto di smaltimento dei rifiuti speciali a nome del soggetto che effettua la comunicazione ove richiesto dalla tipologia di attività svolta;
 - 5) elenco delle apparecchiature utilizzate da ogni singolo professionista;
 - 6) copia delle analoghe comunicazioni effettuate da altri professionisti operanti all'interno dell'unità immobiliare;

COMUNICO

altresì, il nominativo del rappresentante dell'associazione di categoria designato a presenziare al controllo che sarà effettuato dall'Azienda USL competente:

_____ - _____ (5).
_____, _____

Firma

- (1) specificare la tipologia dello studio (es.: Studio singolo, studio associato)
- (2) cancellare la parte che non interessa;
- (3) specificare la branca medica tra quelle ufficialmente previste dal D.M. 30.1.1998 e successive modifiche – tab. B (es.: odontoiatria, ginecologia, cardiologia, ecc.);
- (4) specificare la qualifica (es.: infermiere, assistente alla poltrona, segretaria, ecc.);
- (5) indicare la sigla o la denominazione completa dell'associazione e il nominativo del soggetto designato.

**ELENCO DELLE DISCIPLINE MEDICHE E DELLE RELATIVE PRESTAZIONI
CONSIDERATE A MINORE INVASIVITA'**

CARDIOLOGIA

1. Iniezioni endovenose sclerosanti

CHIRURGIA GENERALE

1. Agoaspirazione di idrocele
2. Agoaspirazione di cisti della mammella
3. Agoaspirazione o incisione di ascesso della mammella
4. Agobiopsia delle stazioni linfonodali superficiali (inguinali, ascellari, latero-cervicali)
5. Anorettosigmoidoscopia con o senza biopsia
6. Aspirazione o incisione di ascesso, ematoma e sieroma della cute e del tessuto sottocutaneo
7. Asportazione di condilomi
8. Asportazione di lesione pedunculata
9. Biopsia e asportazione dei tessuti cutanei e sottocutanei
10. Cateterismo vescicale
11. Cistoscopia retrograda transuretrale
12. Cromocistoscopia
13. Curettage di unghia, matrice ungueale o plica ungueale
14. Esame urodinamico
15. Esofago-gastroduodenoscopia con o senza biopsia o altri esami diagnostici
16. Exeresi di cisti sebacee
17. Exeresi di lipomi sottocutanei fino a 4 cm di diametro
18. Frenulotomia peniena
19. Incisione di cisti pilonidale
20. Incisione di ascesso perianale e di emorroide trombizzata procidente
21. Infiltrazione di cheloide
22. Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nei tessuti molli
23. Ph-metria esofagea
24. Rimozione di corpo estraneo dalla cute e sottocute

CHIRURGIA PLASTICA - DERMATOLOGIA

1. Biopsia (incisionale di lesioni sospette di malignità a scopo diagnostico, shaving, escissionale, etc.)
2. Chemiochirurgia cutanea (peeling chimici superficiali e medi)
3. Crioterapia medica (neve carbonica)
4. Dermoabrasione degli strati cutanei superficiali
5. Drenaggio di idrosadenite, ascesso, perionissi, follicoliti suppurate, favo
6. Elettrotricogenesi
7. Epilazione
8. Escarectomia di tessuto necrotico da infezione, ustione
9. Exeresi di lipomi sottocutanei fino a 4 cm di diametro
10. Fotoringiovanimento non ablativo
11. Fototerapia con radiazioni non ionizzanti (UVB, UVA)
12. Frenulotomia linguale e labiale
13. Frenulotomia peniena
14. Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo
15. Incisione di ascessi cutanei

16. Infiltrazione di cheloide e di altre neoformazioni cutanee
17. Onicectomia
18. Ossigenazione iperbarica
19. Radiofrequenza
20. Revisione di cicatrice non aderente ai piani fasciali profondi
21. Rimozione di adenoma sebaceo
22. Rimozione di angiocheratoma
23. Rimozione di angioma (piano, rubino, spider, etc)
24. Rimozione di cheratosi (attinica, seborroica)
25. Rimozione di chiazza ipercromica
26. Rimozione di cisti (mucosa, sebacea, pilonidale, etc.)
27. Rimozione di condilomi acuminati
28. Rimozione di dermatofibroma
29. Rimozione di fibrangioma
30. Rimozione di fibroma mollusco
31. Rimozione di granuloma piogenico teleangectasico
32. Rimozione di lago venoso delle labbra
33. Rimozione di lentigo simplex
34. Rimozione di linfangioma
35. Rimozione di milio
36. Rimozione di mollusco contagioso
37. Rimozione di nevo (epidermico verrucoso, moriforme, sebaceo, di miescher, di unna, etc)
38. Rimozione di pecilodermia di civatte
39. Rimozione di siringoma
40. Rimozione di tatuaggio
41. Rimozione di teleangectasie del volto e degli arti inferiori
42. Rimozione di tessuto cicatriziale distrofico
43. Rimozione di tricoepitelioma
44. Rimozione di verruca (volgari, plantare, piana, filiforme, etc.)
45. Rimozione di xantelasma palpebrale
46. Terapia iniettiva a base di filler

CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA

1. Bendaggio elastocompressivo
2. Iniezioni endovenose sclerosanti
3. Mesoterapia
4. Piccoli atti chirurgici su ulcere, cute e vene superficiali con incisioni inferiori a 2 cm
5. Sceroterapia con liquidi e/o con schiuma, ecoguidata e non, dalle teleangectasie ai tronchi safenici
6. Trattamento delle ulcere degli arti inferiori
7. Trombectomia sia con anestesia locale che senza

GINECOLOGIA

1. Agoaspirazione di cisti della mammella
2. Agoaspirazione di cisti vaginale
3. Asportazione di condilomi vulvari, vaginali, cervicali e perineali
4. Diatermocoagulazione di vulva, portio e vagina
5. Incisione ascesso ghiandole Bartolino
6. Inserimento e rimozione IUD
7. Isteroscopia
8. Prove urodinamiche

Pag. 2/4

9. Sonoisterografia
10. Trattamenti laser della regione cervicale, vaginale e vulvo perineale

OCULISTICA

1. Applicazione terapeutica di lente a contatto
2. Depilazione per trichiasi
3. Elettrolisi delle ciglia
4. Estrazione corpi estranei superficiali della cornea e congiuntiva
5. Iniezione peribulbare
6. Iniezione sottocongiuntivale
7. Irrigazione dell'occhio
8. Lavaggio vie lacrimali
9. Medicazione oftalmica
10. Trattamenti laser sull'iride, sul cristallino (cataratta secondaria), per patologie vascolari retiniche e per patologie tumorali retino-coroideali

ODONTOIATRIA

1. Conservativa
2. Endodonzia
3. Gnatologia
4. Igiene e profilassi cavo orale
5. Implantologia esclusi gli impianti zigomatici
6. Interventi che non comportano il grande rialzo del seno mascellare
7. Interventi che comportano asportazione di neoformazioni dei tessuti duri e molli dei mascellari di natura non neoplastica
8. Interventi sul mascellare inferiore che non prevedano trasposizione del nervo alveolare inferiore
9. Odontoiatria infantile
10. Ortodonzia fissa e mobile
11. Parodontologia
12. Protesi fisse e mobili
13. Sbiancamento dentale
14. Trattamenti di medicina estetica limitati alla zona delle labbra correlati ad un protocollo di cura odontoiatrica completa proposto al paziente

OTORINOLARINGOIATRIA

1. Agoaspirato anche eco guidato del distretto otorinolaringoiatrico
2. Asportazione delle cisti del cavo orale
3. Biopsie nel distretto otorinolaringoiatrico
4. Causticazione di varici nasali
5. Esercizi di riabilitazione foniatrica
6. Esercizi di riabilitazione vestibolare
7. Frenulotomia linguale e labiale
8. Incisione dei dotti salivari con asportazione di calcoli
9. Iniezione di filler nella cute o nelle mucose labiali
10. Lisi di aderenze nasali
11. Medicazione di ferite del distretto otorinolaringoiatrico
12. Messa a punto di protesi uditive
13. Miringotomia con o senza inserzione di neotuba
14. Riduzione di fratture delle ossa proprie del naso senza incisione

15. Riduzione di volume dei turbinati inferiori con strumenti elettromedicali
16. Riduzione di volume strumentale dell'ugola
17. Rimozione di corpi estranei da orecchio o naso o faringe

18. Terapia iniettiva a base di tossina botulinica