

REGIONE
ABRUZZO



Studi medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie

Attività in autorizzazione all'esercizio e SCIA
(art. 2, commi 1- bis, 1-ter, 2 e 2-bis L.R.
32/2007)

Documento di indirizzo

REGIONE ABRUZZO

INTRODUZIONE

L'art. 8-ter del D.Lgs. 502/1992 ha definito il regime di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie; in particolare, il comma 2 ha stabilito che sono assoggettate ad autorizzazione all'esercizio l'avvio di attività di studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie che siano attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

Con modifiche apportate alle norme regionali in materia di autorizzazione e accreditamento istituzionale in sanità dall'art. 26, comma 32, lettera b), punto 3), della L.R. 25 gennaio 2024, n. 4 – aventi decorrenza dal 1° gennaio 2024 - la Regione ha introdotto, tra gli altri, i commi 1-bis, 1-ter e modificato i commi 2 e 2-bis dell'art. 2 della L.R. 32/2007.

Secondo il comma 1-bis dell'art. 2, *“sono assoggettati all'autorizzazione all'esercizio gli studi medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, nonché le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche e le strutture per l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie di assistenza domiciliare”*.

Il comma 1-ter ha sancito invece che sono esclusi dall'ambito applicativo del comma 1-bis gli studi medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie, anche organizzati in forma associata o di società tra professionisti, ove il professionista esercita l'attività professionale erogando prestazioni sanitarie che utilizzano procedure mediche, terapeutiche o diagnostiche non invasive o di minore invasività o di minor rischio per la sicurezza del paziente, individuate con deliberazione della Giunta regionale.

Secondo la normativa regionale (comma 2 e 2-bis dell'art. 2), lo svolgimento dell'attività professionale medica, odontoiatrica o sanitaria presso gli studi di cui al comma 1-ter è soggetto a segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) presentata in via telematica allo sportello unico delle attività produttive (SUAP) del comune territorialmente competente, nel rispetto della normativa vigente in materia di igiene, sanità e sicurezza dei locali. Il Comune dà notizia della SCIA ricevuta al Dipartimento di Prevenzione della ASL territorialmente competente; la SCIA è accompagnata dalla documentazione di corredo prevista dal presente documento.

Studi e ambulatori medici: caratteristiche e natura

In base alla normativa nazionale e regionale, l'attività sanitaria può essere svolta in forma di:

a) studio professionale (art. 1, comma 6, lett. b L.R. 32/2007) medico, odontoiatrico e delle altre professioni sanitarie, attivo in forma singola o associata – compresa la forma organizzativa STP - , struttura perlopiù riconducibile all'apporto libero-professionale del professionista o dei professionisti - con prevalenza del lavoro personale rispetto a quello strumentale e/o organizzativo. L'avvio di studio professionale è soggetto ad autorizzazione comunale ove attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente. Nello studio professionale è prevalente la componente di professione intellettuale, per esercitare la quale è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi (Art. 2229 Codice Civile).

b) in forma di ambulatorio e poliambulatorio (art. 1, comma 6, lett. c e d L.R. 32/2007), dotata di maggiore complessità organizzativa e in termini di risorse umane e materiali, assoggettata al regime dell'autorizzazione comunale alla realizzazione (art. 3 L.R. 32/07) e all'esercizio (art. 4 L.R. 32/07), previo parere di compatibilità programmatica, svolta prevalentemente in una forma societaria prevista dal Libro V del Codice Civile, anche con il ricorso alla disciplina speciale della Società tra Professionisti (STP).

Studi non soggetti ad autorizzazione all'esercizio e soggetti al regime di SCIA (Segnalazione Certificata di inizio attività)

Gli studi medici, odontoiatrici e delle altre professioni sanitarie, anche organizzati in forma associata o di STP non sono assoggettati al regime dell'autorizzazione all'esercizio, ai sensi dell'art. 2, comma 1-ter della L.R. 32/2007 e dei commi 2 e 2-bis, ove il professionista eserciti l'attività professionale erogando prestazioni sanitarie che utilizzano procedure mediche, terapeutiche o diagnostiche non invasive o di minore invasività o di minor rischio per la sicurezza del paziente.

Ai fini di determinare se uno studio medico, singolo o associato, sia soggetto ad autorizzazione all'esercizio, si dovrà preventivamente accertare:

a) che non vengano erogate prestazioni di diagnostica per immagine e analisi cliniche, di chirurgia ambulatoriale e di recupero e riabilitazione funzionale ai fini di refertazione ai terzi (in quanto, ai sensi del comma 2 dell'art. 8-ter L. 502/92, trattasi di attività di specialistica ambulatoriale soggetta ad autorizzazione);

b) che le apparecchiature radiologiche o elettromedicali, se presenti, vengano utilizzate esclusivamente per l'esercizio dell'attività complementare a quella specialistica e senza refertazione per terzi (utilizzo occasionale e saltuario);

c) che vengano erogate prestazioni considerate a minore invasività di cui all'elenco **Allegato 1**.

Per quel che attiene all'erogazione di prestazioni considerate a minore invasività e come tali non implicanti un rischio per la sicurezza del paziente, occorre precisare che la valutazione del rischio va determinata rispetto a concrete situazioni in ordine alle quali sia noto, anche in base ad evidenze scientifiche, che possono determinarsi effetti e conseguenze pregiudizievoli, sia come causa diretta della prestazione in sé per la sua specifica natura o per la possibilità di eventi indesiderati anche a distanza di tempo. L'entità delle conseguenze, per essere considerata significativa, deve avere caratteristiche di gravità e probabilità statistica/epidemiologica non remota. Non è sufficiente che sia teoricamente possibile un evento indesiderato, ma anche che esso possa provocare conseguenze significative sul paziente. In ragione di ciò e della delicatezza insita nella fase di valutazione del rischio, è possibile optare comunque per la scelta di richiedere la procedura autorizzativa da parte degli studi che svolgono attività chirurgiche, non solo per i rischi immediati (ad es. emorragie) ma anche per quelli più subdoli di tipo infettivo (epatite B, infezioni da HIV).

Sono da considerare a minore invasività le procedure diagnostiche e terapeutiche invasive che soddisfano tutti i criteri di seguito indicati:

- a) non apertura chirurgica delle sierose;
- b) rischio statisticamente trascurabile di complicazioni infettive;
- c) rischio statisticamente trascurabile di complicanze immediate;
- d) interventi che non comportano sedazione farmacologica profonda;
- e) previsione di non significativo dolore post procedura.

Sono invasive tutte le procedure diagnostiche e terapeutiche diverse da quelle sopra individuate.

Per l'individuazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche considerate a minore invasività si dovrà fare riferimento alla tabella **Allegato 1** al presente documento, distinta per le varie discipline mediche.

MODELLO UNICO DI

AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

DI STUDI MEDICI, ODONTOIATRICI E DELLE ALTRE PROFESSIONI SANITARIE ATTREZZATI PER EROGARE PRESTAZIONI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE OVVERO PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE DI PARTICOLARI COMPLESSITA' O CHE COMPORTANO UN POTENZIALE RISCHIO PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

(Art. 8-ter, comma 2, D.Lgs. 502/1992 - Art. 2, comma 1-bis e Art. 4 L.R.n.32/2007 ss.mm.ii.)

Modello 1

Spazio per marca da bollo
ove non esente

oppure

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO (14 caratteri)

Al SUAP del Comune di

A mezzo PEC o piattaforma telematica cui il Comune
aderisce

Il/la sottoscritto/a Nato/a a Prov il Residente a Via/Piazza n
Codice Fiscale Telefono

Titolare / Contitolare Legale rappresentante dello studio denominato

Codice Fiscale Partita IVA con Sede in Indirizzo PEC PEO

CHIEDE

- l'autorizzazione all'esercizio
- l'autorizzazione all'ampliamento di attività
- l'autorizzazione al/alla

riduzione ampliamento trasformazione trasferimento di locali

ANNOTAZIONI:

oppure

COMUNICA

- la cessazione totale di attività la sospensione dell'attività per oltre 60 gg.
 la parziale cessazione di attività
relativa al ramo / branca

le seguenti variazioni come da seguenti attestazioni e allegazioni¹

del sopra denominato studio avente la seguente forma giuridica e organizzativa²

STP – Società tra Professionisti

soggetto ad autorizzazione regionale all'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria (L.R. n. 32/2007, art. 2, comma 1-bis), in quanto attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente per la branca / branche / specialità di

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

DICHIARA

- che lo studio è attrezzato per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un potenziale rischio per la sicurezza del paziente, ricomprese, per l'ambito chirurgico, nella "Lista delle procedure chirurgiche eseguibili in regime ambulatoriale" di cui all'Allegato B4 della L.R. 20 del 23 giugno 2006 e ss.mm.ii.
- le apparecchiature e le attrezzature presenti nello studio sono utilizzate dai rispettivi professionisti per l'esercizio dell'attività professionale in modo complementare alla stessa e senza refertazione per terzi (utilizzo occasionale e saltuario);
- nel caso di presenza di personale dipendente o assimilabile, il rispetto della normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D. Lgs. 81/2008) in relazione a:
 - valutazione dei rischi;
 - designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dei rischi (RSPP);
 - nomina del medico competente se prevista;
 - adempimento degli obblighi di informazione, formazione e addestramento di cui agli artt. 36 e 37;
 - designazione dei lavoratori incaricati all'attuazione delle misure di prevenzione incendi, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza;
- di assicurare al personale in servizio la piena contribuzione previdenziale ed assicurativa secondo quanto previsto dalle normative vigenti, nonché l'applicazione del CCNL di categoria ovvero di altro accordo sindacale stipulato a livello nazionale;
- che nello studio in premessa indicato:

non operano altri professionisti medici / non medici

¹ ad es., a titolo non esaustivo, le sostituzioni e le integrazioni del personale medico e non medico, operante nello studio; tutte le variazioni e trasformazioni, intervenute nella natura giuridica o nel modello organizzativo, che comportano un subentro o possono incidere in senso costitutivo sull'autorizzazione esistente.

² ad es. specificare se studio medico o odontoiatrico o delle altre professioni sanitarie riconosciute dal Ministero della Salute e se studio singolo/associato / polimedico, etc.

operano i seguenti professionisti medici / non medici:

- a) Dott./Dott.ssa - branca o specialità
- b) Dott./Dott.ssa - branca o specialità
- c) Dott./Dott.ssa - branca o specialità
- d) Dott./Dott.ssa - branca o specialità
- e) Dott./Dott.ssa - branca o specialità

ognuno dei quali ha trasmesso al SUAP competente analogo comunicazione di inizio attività, allegata/e alla presente;

- a) nato/a a il , residente a in via/piazza n. laureato/a in
con specializzazione in iscritto/a all'Albo degli della provincia di con il numero d'ordine ;
- b) nato/a a il , residente a in via/piazza n. laureato/a in
con specializzazione in iscritto/a all'Albo degli della provincia di con il numero d'ordine ;
- c) nato/a a il , residente a in via/piazza n. laureato/a in
con specializzazione in iscritto/a all'Albo degli della provincia di con il numero d'ordine ;
- d) nato/a a il , residente a in via/piazza n. laureato/a in
con specializzazione in iscritto/a all'Albo degli della provincia di con il numero d'ordine ;
- e) nato/a a il , residente a in via/piazza n. laureato/a in
con specializzazione in iscritto/a all'Albo degli della provincia di con il numero d'ordine ;

- che la struttura rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi indicati nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate, tratte dal Manuale di Autorizzazione;
- di aver provveduto alla valutazione dei rischi di incendio ed all'adozione delle conseguenti misure di prevenzione e protezione, secondo i disposti del D.M. 10 marzo 1998 "Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro", delle norme relative alla prevenzione incendi per attività d'ufficio (Decreto 8 giugno 2016) e norme tecniche successive applicabili ai sensi del DPR 151/2011 ottemperando alle necessarie SCIA/comunicazioni in ambito SUAP VVFF;
- di essere in possesso del seguente titolo giuridico di disponibilità della sede:

- proprietà
- locazione, estremi di registrazione presso AE
- altro estremi di registrazione

- estremi del certificato di agibilità con destinazione d'uso dei locali ;
- che la struttura oggetto dell'istanza (barrare l'opzione che interessa):

è soggetta non è soggetta

alla Valutazione Antisismica ai sensi della normativa vigente

Data

Firma del titolare/contitolare o legale rappresentante:

Si autorizza ai fini del trattamento dei dati personali raccolti ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 679/2016. Si informa che i dati personali (relativi a persone fisiche) da Lei forniti saranno trattati, da parte di Regione Abruzzo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati raccolti vengono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 del Regolamento. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dal GDPR, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso regolamento con il termine "trattamento". I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla informativa e/o dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. L'interessato ha il diritto di conoscere, correggere, aggiornare i dati personali che lo riguardano o di chiederne la cancellazione entro i limiti stabiliti dall'art. 17 del Regolamento europeo.

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA'

DI STUDI MEDICI, ODONTOIATRICI E DELLE ALTRE PROFESSIONI SANITARIE SVOLGENTI PROCEDURE MEDICHE, TERAPEUTICHE O DIAGNOSTICHE NON INVASIVE O DI MINORE INVASIVITA' O DI MINOR RISCHIO PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

(Artt. 19 e 19-bis L. 7 agosto 1990, n. 241 - Art. 2, commi 1-ter, 2 e 2-bis L.R.n.32/2007 ss.mm.ii.)

Modello 2

Al SUAP del Comune di

A mezzo PEC o piattaforma telematica cui il Comune aderisce

Alla ASL di
Dipartimento di Prevenzione
A mezzo PEC

Il/la sottoscritto/a Nato/a a Prov il Residente a Via/Piazza n.

Codice Fiscale Telefono in qualità di

Titolare / Contitolare Legale rappresentante dello studio denominato

Codice Fiscale Partita IVA con Sede in Indirizzo PEC PEO

DICHIARA DI PRESENTARE

SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' (SCIA)

oppure

COMUNICA

la riduzione l'ampliamento la trasformazione il trasferimento
di locali

la cessazione totale di attività la sospensione dell'attività
 la parziale cessazione di attività
relativa al ramo / branca

Le seguenti variazioni come da seguenti attestazioni e allegazioni³:

³ ad es., a titolo non esaustivo, le sostituzioni e le integrazioni del personale medico e non medico, operante nello studio; tutte le variazioni e trasformazioni, intervenute nella natura giuridica o nel modello organizzativo, che comportano un subentro o possono incidere in senso costitutivo sull'autorizzazione esistente.

del sopra denominato studio avente la seguente forma giuridica e organizzativa⁴

STP – Società tra Professionisti

non soggetto ad autorizzazione regionale all'esercizio dell'attività sanitaria e socio sanitaria (L.R. n. 32/2007, art. 2, commi 1-ter, 2 e 2-bis), in quanto eroga prestazioni sanitarie che utilizzano procedure mediche, terapeutiche o diagnostiche non invasive o di minore invasività o di minor rischio per la sicurezza del paziente per la branca / branche / specialità

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

DICHIARA

- che presso lo studio sono erogate prestazioni sanitarie che utilizzano procedure mediche, terapeutiche o diagnostiche non invasive o di minore invasività o di minor rischio per la sicurezza del paziente;
- che tali prestazioni rientrano in quelle considerate a minore invasività, come da elenco **Allegato 1**;
- che le apparecchiature e le attrezzature presenti nello studio sono utilizzate dai rispettivi professionisti per l'esercizio dell'attività professionale in modo complementare alla stessa e senza refertazione per terzi (utilizzo occasionale e saltuario);
- nel caso di presenza di personale dipendente o assimilabile, il rispetto della normativa in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D. Lgs. 81/2008) in relazione a:
 - valutazione dei rischi;
 - designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dei rischi (RSPP);
 - nomina del medico competente se prevista;
 - adempimento degli obblighi di informazione, formazione e addestramento di cui agli artt. 36 e 37;
 - designazione dei lavoratori incaricati all'attuazione delle misure di prevenzione incendi, di evacuazione dei luoghi di lavoro in caso di pericolo grave ed immediato, di salvataggio, di primo soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza;
- che nello studio in premessa indicato:
 - non operano altri professionisti medici / non medici
 - operano i seguenti professionisti medici / non medici:

- a) Dott./Dott.ssa - (*)
- b) Dott./Dott.ssa - (*)
- c) Dott./Dott.ssa - (*)
- d) Dott./Dott.ssa - (*)
- e) Dott./Dott.ssa - (*)

ognuno dei quali ha trasmesso al SUAP competente analoga segnalazione di inizio attività, allegata/e alla presente;

a) nato/a a _____ il _____, residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ laureato/a in _____

⁴ ad es. specificare se studio medico o odontoiatrico o delle altre professioni sanitarie riconosciute dal Ministero della Salute e se studio singolo/associato / polimedico, etc.

con specializzazione in _____ iscritto/a all'Albo degli _____ della provincia di _____ con il numero d'ordine _____ ;

b) nato/a a _____ il _____, residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ laureato/a in _____
 con specializzazione in _____ iscritto/a all'Albo degli _____ della provincia di _____ con il numero d'ordine _____ ;

c) nato/a a _____ il _____, residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ laureato/a in _____
 con specializzazione in _____ iscritto/a all'Albo degli _____ della provincia di _____ con il numero d'ordine _____ ;

d) nato/a a _____ il _____, residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ laureato/a in _____
 con specializzazione in _____ iscritto/a all'Albo degli _____ della provincia di _____ con il numero d'ordine _____ ;

e) nato/a a _____ il _____, residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ laureato/a in _____
 con specializzazione in _____ iscritto/a all'Albo degli _____ della provincia di _____ con il numero d'ordine _____ ;

- che la struttura rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è dotata dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi indicati nelle schede allegate redatte, sottoscritte e documentate, tratte dal Manuale di Autorizzazione;
- di aver provveduto alla valutazione dei rischi di incendio ed all'adozione delle conseguenti misure di prevenzione e protezione, secondo i disposti del D.M. 10 marzo 1998 "Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro", delle norme relative alla prevenzione incendi per attività d'ufficio (Decreto 8 giugno 2016) e norme tecniche successive applicabili ai sensi del DPR 151/2011 ottemperando alle necessarie SCIA/comunicazioni in ambito SUAP VVFF.
- di essere in possesso del seguente titolo giuridico di disponibilità della sede (allegare titolo):

- proprietà
- locazione, estremi di registrazione presso AE
- altro _____ estremi di registrazione

- estremi del certificato di agibilità con destinazione d'uso dei locali _____ ;
- che la struttura oggetto dell'istanza (barrare l'opzione che interessa):

è soggetta non è soggetta

alla Valutazione Antisismica ai sensi della normativa vigente

Data

Firma del Titolare o Legale rappresentante:

Si autorizza ai fini del trattamento dei dati personali raccolti ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR 679/2016. Si informa che i dati personali (relativi a persone fisiche) da Lei forniti saranno trattati, da parte di Regione Abruzzo, adottando le misure idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata. I dati raccolti vengono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento ai sensi dell'art. 6 del Regolamento. Il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente sia con l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprendono, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dal GDPR, tutte le operazioni, o complesso di operazioni, previste dallo stesso regolamento con il termine "trattamento". I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla informativa e/o dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite. L'interessato ha il diritto di conoscere, correggere, aggiornare i dati personali che lo riguardano o di chiederne la cancellazione entro i limiti stabiliti dall'art. 17 del Regolamento europeo.

ALLEGATI ALLE ISTANZE

- copia del documento di identità in corso di validità dei sottoscrittori della domanda
- copia del progetto architettonico che deve garantire il rispetto dei requisiti minimi tecnologici strutturali ed impiantistici dettagliati nel Manuale di Autorizzazione e, in particolare, planimetria della struttura in scala 1:100, datata e sottoscritta da tecnico abilitato, quotata, riportante la numerazione di ogni locale con la relativa destinazione d'uso, le altezze, la superficie netta, i rapporti aeranti e illuminanti, la disposizione delle attrezzature, degli arredi e dei sanitari, il layout comprovante l'abbattimento delle barriere architettoniche, le dimensioni di porte e finestre;
- dichiarazioni di conformità degli impianti ex DM 37/2008;
- certificato di prevenzione incendi;
- relazione descrittiva delle modalità di sterilizzazione della strumentazione utilizzata;
- elenco delle apparecchiature utilizzate da ogni singolo professionista;
- copia delle analoghe comunicazioni effettuate dagli altri professionisti eventualmente operanti all'interno dell'unità immobiliare;
- elenco del personale impiegato per l'esercizio della propria attività;
- copia del contratto di smaltimento dei rifiuti speciali a nome del soggetto che effettua la comunicazione ove richiesto dalla tipologia di attività svolta;
 - eventuali documenti attestanti il possesso di requisiti dichiarati del Manuale e non già a disposizione della Pubblica Amministrazione. 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;
 - esito della valutazione antisismica ove prevista ai sensi della normativa vigente;
 - per i soggetti esenti da imposta di bollo dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 38 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445) attestante il diritto all'agevolazione fiscale con richiamo della normativa che la prevede.

ELENCO PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE A MINORE INVASIVITA' SOGGETTE A SCIA

Cardiologia		
1	Iniezioni endovenose sclerosanti	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Generale		
1	Agoaspirazione di cisti della mammella (ecoguidata o non)	<input type="checkbox"/>
2	Agoaspirazione o incisione semplice di ascesso della mammella	<input type="checkbox"/>
3	Agoaspirazione/puntura evacuativa di idrocele	<input type="checkbox"/>
4	Agobiopsia delle stazioni linfonodali superficiali (inguinali, ascellari, latero-cervicali)	<input type="checkbox"/>
5	Aspirazione di ascesso, ematoma, sieroma della cute e del tessuto sottocutaneo	<input type="checkbox"/>
6	Asportazione di condilomi	<input type="checkbox"/>
7	Asportazione di lesione pedunculata	<input type="checkbox"/>
8	Biopsia e asportazione dei tessuti cutanei e sottocutanei	<input type="checkbox"/>
9	Cateterismo vescicale	<input type="checkbox"/>
10	Cistoscopia retrograda transuretrale	<input type="checkbox"/>
11	Cromocistoscopia	<input type="checkbox"/>
12	Curettage di unghia, matrice ungueale o plica ungueale	<input type="checkbox"/>
13	Esame urodinamico	<input type="checkbox"/>
14	Esofago-gastroduodenoscopia con o senza biopsia o altri esami diagnostici	<input type="checkbox"/>
15	Exeresi di cisti sebacee	<input type="checkbox"/>
16	Exeresi di lipomi sottocutanei fino a 4 cm di diametro	<input type="checkbox"/>
17	Frenulotomia peniena	<input type="checkbox"/>
18	Incisione di ascesso perianale	<input type="checkbox"/>
19	Incisione di fistola o cisti pilonidale	<input type="checkbox"/>
20	Infiltrazione di cheloide	<input type="checkbox"/>
21	Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nei tessuti molli	<input type="checkbox"/>
22	Ph-metria esofagea	<input type="checkbox"/>
23	Retto-sigmoidoscopia con endoscopio rigido con o senza biopsia	<input type="checkbox"/>
24	Rimozione di corpo estraneo dalla cute e sottocute	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Plastica - Dermatologia		
1	Biopsia (incisionale di lesioni sospette di malignità a scopo diagnostico, shaving, escissionale, etc.)	<input type="checkbox"/>
2	Chemiochirurgia cutanea (peeling chimici superficiali e medi)	<input type="checkbox"/>
3	Crioterapia medica (neve carbonica)	<input type="checkbox"/>
4	Dermoabrasione degli strati cutanei superficiali	<input type="checkbox"/>
5	Drenaggio di idrosadenite, ascesso, perionissi, follicoliti suppurate, favo	<input type="checkbox"/>
6	Elettrotricotomia	<input type="checkbox"/>
7	Epilazione	<input type="checkbox"/>
8	Escarectomia di tessuto necrotico da infezione, ustione	<input type="checkbox"/>
9	Exeresi di lipomi sottocutanei fino a 4 cm di diametro	<input type="checkbox"/>
10	Fotoringiovanimento non ablativo	<input type="checkbox"/>
11	Fototerapia con radiazioni non ionizzanti (UVB, UVA)	<input type="checkbox"/>

12	Frenulotomia linguale e labiale	<input type="checkbox"/>
13	Frenulotomia peniena	<input type="checkbox"/>
14	Incisione con rimozione di corpo estraneo da cute e tessuto sottocutaneo	<input type="checkbox"/>
15	Incisione di ascessi cutanei	<input type="checkbox"/>
16	Infiltrazione di cheloide e di altre neoformazioni cutanee	<input type="checkbox"/>
17	Onicectomia	<input type="checkbox"/>
18	Ossigenazione iperbarica	<input type="checkbox"/>
19	Radiofrequenza	<input type="checkbox"/>
20	Revisione di cicatrice non aderente ai piani fasciali profondi	<input type="checkbox"/>
21	Rimozione di adenoma sebaceo	<input type="checkbox"/>
22	Rimozione di angiocheratoma	<input type="checkbox"/>
23	Rimozione di angioma (piano, rubino, spider, etc)	<input type="checkbox"/>
24	Rimozione di cheratosi (attinica, seborroica)	<input type="checkbox"/>
25	Rimozione di chiazza ipercromica	<input type="checkbox"/>
26	Rimozione di cisti (mucosa, sebacea, pilonidale, etc.)	<input type="checkbox"/>
27	Rimozione di condilomi acuminati	<input type="checkbox"/>
28	Rimozione di dermatofibroma	<input type="checkbox"/>
29	Rimozione di fibrangioma	<input type="checkbox"/>
30	Rimozione di fibroma mollusco	<input type="checkbox"/>
31	Rimozione di granuloma piogenico teleangectasico	<input type="checkbox"/>
32	Rimozione di lago venoso delle labbra	<input type="checkbox"/>
33	Rimozione di lentigo simplex	<input type="checkbox"/>
34	Rimozione di linfangioma	<input type="checkbox"/>
35	Rimozione di milio	<input type="checkbox"/>
36	Rimozione di mollusco contagioso	<input type="checkbox"/>
37	Rimozione di nevo (epidermico verrucoso, moriforme, sebaceo, di miescher, di unna, etc)	<input type="checkbox"/>
38	Rimozione di pecilodermia di civatte	<input type="checkbox"/>
39	Rimozione di siringoma	<input type="checkbox"/>
40	Rimozione di tatuaggio	<input type="checkbox"/>
41	Rimozione di teleangectasie del volto e degli arti inferiori	<input type="checkbox"/>
42	Rimozione di tessuto cicatriziale non aderente ai piani fasciali profondi	<input type="checkbox"/>
43	Rimozione di tricoepitelioma	<input type="checkbox"/>
44	Rimozione di verruca (volgari, plantare, piana, filiforme, etc.)	<input type="checkbox"/>
45	Rimozione di xantelasma palpebrale	<input type="checkbox"/>
46	Terapia iniettiva a base di filler	<input type="checkbox"/>
47	Terapia iniettiva a base di tossina botulinica	<input type="checkbox"/>
Chirurgia Vascolare - Angiologia		
1	Bendaggio elastocompressivo	<input type="checkbox"/>
2	Iniezioni endovenose sclerosanti	<input type="checkbox"/>
3	Mesoterapia	<input type="checkbox"/>
4	Piccoli atti chirurgici su ulcere, cute e vene superficiali con incisioni inferiori a 2 cm	<input type="checkbox"/>
5	Scleroterapia con liquidi e\o con schiuma, ecoguidata e non, dalle teleangectasie ai tronchi safenici	<input type="checkbox"/>
6	Trattamento delle ulcere degli arti inferiori	<input type="checkbox"/>
7	Trombectomia sia con anestesia locale che senza	<input type="checkbox"/>
Ginecologia		

1	Agoaspirazione di cisti della mammella	<input type="checkbox"/>
2	Agoaspirazione di cisti vaginale	<input type="checkbox"/>
3	Asportazione di condilomi vulvari, vaginali, cervicali e perineali	<input type="checkbox"/>
4	Diatermocoagulazione portio	<input type="checkbox"/>
5	Inserimento e rimozione IUD	<input type="checkbox"/>
6	Isteroscopia	<input type="checkbox"/>
7	Prove urodinamiche	<input type="checkbox"/>
8	Sonoisterografia	<input type="checkbox"/>
Oculistica		
1	Applicazione terapeutica di lenti a contatto	<input type="checkbox"/>
2	Depilazione per trichiasi	<input type="checkbox"/>
3	Elettrolisi delle ciglia	<input type="checkbox"/>
4	Estrazione corpi estranei superficiali dalla cornea e congiuntiva	<input type="checkbox"/>
5	Iniezione peribulbare	<input type="checkbox"/>
6	Iniezione sottocongiuntivale	<input type="checkbox"/>
7	Irrigazione dell'occhio	<input type="checkbox"/>
8	Lavaggio vie lacrimali	<input type="checkbox"/>
9	Medicazione oftalmica	<input type="checkbox"/>
10	Trattamenti laser sull'iride, sul cristallino (cataratta secondaria), per patologie vascolari retiniche e per patologie tumorali retino-coroideali	<input type="checkbox"/>
Odontoiatria		
1	Conservativa	<input type="checkbox"/>
2	Endodonzia	<input type="checkbox"/>
3	Gnatologia	<input type="checkbox"/>
4	Igiene e profilassi cavo orale	<input type="checkbox"/>
5	Implantologia esclusi gli impianti zigomatici	<input type="checkbox"/>
6	Interventi che comportano asportazione di neoformazioni dei tessuti duri e molli dei mascellari di natura non neoplastica	<input type="checkbox"/>
7	Interventi che non comportano il grande rialzo del seno mascellare	<input type="checkbox"/>
8	Interventi sul mascellare inferiore che non prevedano trasposizione del nervo alveolare inferiore	<input type="checkbox"/>
9	Odontoiatria infantile	<input type="checkbox"/>
10	Ortodonzia fissa e mobile	<input type="checkbox"/>
11	Parodontologia	<input type="checkbox"/>
12	Protesi fisse e mobili	<input type="checkbox"/>
13	Sbiancamento dentale	<input type="checkbox"/>
14	Trattamenti di medicina estetica limitati alla zona delle labbra correlati ad un protocollo di cura odontoiatrica completa proposto al paziente	<input type="checkbox"/>
Otorinolaringoiatria		
1	Agoaspirato anche eco guidato del distretto otorinolaringoiatrico	<input type="checkbox"/>
2	Asportazione di cisti del cavo orale diagnosticate come tali	<input type="checkbox"/>
3	Biopsie nel distretto otorinolaringoiatrico	<input type="checkbox"/>
4	Causticazione di varici nasali anteriori	<input type="checkbox"/>
5	Esercizi di riabilitazione foniatrica	<input type="checkbox"/>
6	Esercizi di riabilitazione vestibolare	<input type="checkbox"/>
7	Frenulotomia linguale e labiale	<input type="checkbox"/>
8	Incisione dei dotti salivari con asportazione di calcoli	<input type="checkbox"/>

9	Iniezione di filler nella cute o nelle mucose labiali	<input type="checkbox"/>
10	Lisi di aderenze nasali	<input type="checkbox"/>
11	Medicazione di ferite del distretto otorinolaringoiatrico	<input type="checkbox"/>
12	Messa a punto di protesi uditive	<input type="checkbox"/>
13	Miringotomia con o senza inserzione di tubo (grummet)	<input type="checkbox"/>
14	Riduzione di fratture delle ossa proprie del naso senza incisione	<input type="checkbox"/>
15	Riduzione di volume dei turbinati inferiori con strumenti elettromedicali	<input type="checkbox"/>
16	Riduzione di volume strumentale dell'ugola	<input type="checkbox"/>
17	Rimozione di corpi estranei da orecchio o naso o faringe senza incisione	<input type="checkbox"/>
18	Terapia iniettiva a base di tossina botulinica	<input type="checkbox"/>