

Pec Direzione Generale

Da: Per conto di: autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it <posta-certificata@legalmail.it>
Inviato: giovedì 28 gennaio 2021 10:22
A: protocollo@pec.aslroma3.it; protocollo@pec.aslromad.it;
ospedale@pec.ospedaleisraelitico.it
Oggetto: POSTA CERTIFICATA: Protocollo nr: 83316 - del 28/01/2021 - REGLAZIO - Regione Lazio ospedale israelitico via fulda roma rimodulazione
Allegati: postacert.eml (6,67 MB); daticert.xml
Firmato da: posta-certificata@legalmail.it

Messaggio di posta certificata

Il giorno 28/01/2021 alle ore 10:22:08 (+0100) il messaggio "Protocollo nr: 83316 - del 28/01/2021 - REGLAZIO - Regione Lazio ospedale israelitico via fulda roma rimodulazione" è stato inviato da "autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it" indirizzato a:

ospedale@pec.ospedaleisraelitico.it
protocollo@pec.aslroma3.it
protocollo@pec.aslromad.it

Il messaggio originale è incluso in allegato.

Identificativo messaggio: 92125894.0199A74F.484CCB83.663F13E4.posta-certificata@legalmail.it

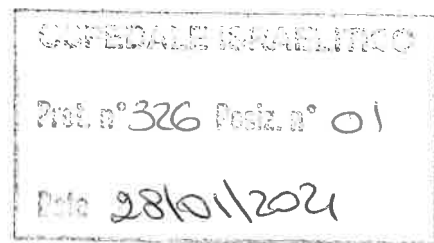
L'allegato daticert.xml contiene informazioni di servizio sulla trasmissione.

Certified email message

On 28/01/2021 at 10:22:08 (+0100) the message "Protocollo nr: 83316 - del 28/01/2021 - REGLAZIO - Regione Lazio ospedale israelitico via fulda roma rimodulazione" was sent by "autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it" and addressed to:

ospedale@pec.ospedaleisraelitico.it
protocollo@pec.aslroma3.it
protocollo@pec.aslromad.it

The original message is attached.



Message ID: 92125894.0199A74F.484CCB83.663F13E4.posta-certificata@legalmail.it

The daticert.xml attachment contains service information on the transmission

Pec Direzione Generale

Da: autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it
Inviato: giovedì 28 gennaio 2021 10:21
A: protocollo@pec.aslroma3.it; protocollo@pec.aslromad.it;
ospedale@pec.ospedaleisraelitico.it
Oggetto: Protocollo nr: 83316 - del 28/01/2021 - REGLAZIO - Regione Lazio ospedale
israelitico via fulda roma rimodulazione
Allegati: 1424-REG-1611825609227-israelitico.pdf; REGLAZIO.REGISTRO
UFFICIALE.2021.0083316.pdf; Segnatura.xml

Invio di documento protocollato

Oggetto: ospedale israelitico via fulda roma rimodulazione
Data protocollo: 28/01/2021
Protocollato da: REGLAZIO - Regione Lazio
Allegati: 3



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione socio sanitaria
Area Autorizzazione Accreditamento e Controlli

GR/39/02

Prot.

TRASMISSIONE TRAMITE PEC

Roma, lì

Direzione Generale
ASL Roma3

p.c. Legale Rappresentante
Ospedale Israelitico
Via Fulda 14
Roma

Oggetto: Istanza di rimodulazione dell'attività sanitaria dell'Ospedale Israelitico di Roma, Via Fulda 14

Con riferimento all'istanza acquisita alla Regione Lazio con prot. 837060/2020, del Legale Rappresentante dell'Ospedale Israelitico di Roma, Via Fulda 14, ed a seguito del parere favorevole espresso dall'Area Rete Ospedaliera e Specialistica in merito alla compatibilità rispetto al fabbisogno di assistenza per rimodulazione dell'attività sanitaria, si chiede di effettuare le verifiche previste dalla normativa vigente in materia.

Ai sensi dell'art. 7 della Legge 241/1990, si comunica che il responsabile del procedimento è Edda Marchi- e.mail: emarchi@regione.lazio.it.

Il Dirigente

Daniela Russetti

Il funzionario responsabile

Edda Marchi



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
AREA RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

Dirigente Area
Autorizzazione, Accreditamento e Controlli
Dott.ssa Daniela Russetti

Oggetto: Regolamento Regionale 20/2019 art. 4, comma 2. Ospedale Israelitico, sito in Roma, Via Fulda, 14.
Richiesta di parere obbligatorio e vincolante concernente la verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno di assistenza.

In riferimento alla Vs. richiesta prot. 0854080/2020 di cui in oggetto, relativa all'istanza di parere preventivo di compatibilità rispetto alla rimodulazione dell'attività sanitaria presentata dall'Ospedale Israelitico sito in Roma, Via Fulda, 14, di cui all'art. 4, comma 2, e vista la nota prot. n. 1094100/2020 (allegata) inviata dall'Ospedale Israelitico, a firma del Direttore Sanitario, che rimodula ulteriormente la configurazione della struttura sanitaria, verificata la compatibilità rispetto al fabbisogno di assistenza, si esprime parere favorevole.

Cordiali saluti.

Il Dirigente dell'Area

(Giuseppe Spiga)

EM

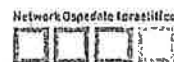
VIA R. R. GARIBALDI, 7
00145 ROMA

TEL + 39 06 51681
FAX + 39 06 51684665

WWW.REGIONE.LAZIO.IT
areareteospedaliera@regione.lazio.it
reteospedaliera@regione.lazio.legalmail.it



Ospedale Israelitico
insieme a te, da sempre.



ORDINARI			ACCREDITATI DCA 72/2016	RIMODULAZIONE ACCREDITATI
05	01	Angiologia	10	0
21	01	Geriatria	24	24
26	01	Medicina Generale*	27	29
36	01	Ortopedia e Traumatologia	12	16
58	01	Gastroenterologia	6	6
64	01	Oncologia	12	12
68	01	Broncopneumologia	4	8
Totale			95	95

* come da DCA 257/2017

Day Surgery			ACCREDITATI DCA 72/2016	RIMODULAZIONE ACCREDITATI
05	01	Angiologia **	1	0
09	01	Chirurgia Generale	3	0
36	01	Ortopedia	8	0
38	01	Otorino	1	0
43	01	Urologia	1	0
98	01	Day Surgery Multidisciplinare	0	14
Totale			14	14

** Di Medico

Day Hospital			ACCREDITATI DCA 72/2016	RIMODULAZIONE ACCREDITATI
64	01	Oncologia	5	5
Totale			5	5

			ACCREDITATI DCA 72/2016	RIMODULAZIONE ACCREDITATI
Totale			114	114

OSPEDALE ISRAELITICO
DIRETTORE SANITARIO
Dott. SSA Gabriella Ergastri

6/10/2020

for the Paper

Via Fulda, 14 - 00148 Roma / Piazza San Bartolomeo all'Isola, 21 - 00186 Roma / Via Veronese, 53 - 00146 Roma / Via Veronese, 59 - 00146 Roma

Centralino unificato Tel. 06.65.58.91 - www.ospedaleisraelitico.it

Sede Legale: Piazza San Bartolomeo all'Isola, 21 - 00186 Roma - Tel. 06.68.28.14.42 - Fax 06.68.28.14.90
E-mail: info@ospedaleisraelitico.it

Codice Fiscale 80203290582 - Partita IVA 02133341004



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria
Area Autorizzazione, Accreditamento e Controlli
Prot.

Roma, li

Al Dirigente dell'Area
Rete Ospedaliera e specialistica
SEDE

OGGETTO: Regolamento Regionale 20/2019, art. 4 comma 2. Ospedale Israelitico, sito in Roma Via Fulda, 14. Richiesta di parere obbligatorio e vincolante concernente la verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno di assistenza.

In riferimento all'istanza di cui all'oggetto, si trasmette, per il seguito di competenza, la documentazione pervenuta in data 30/9/2020, prot. 837060, concernente l'istanza di parere obbligatorio e vincolante concernente la verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno di assistenza per la rimodulazione dell'attività sanitaria dell'Ospedale Israelitico sito in Roma, Via Fulda, 14.

Pertanto, al fine del prosieguo dell'attività istruttoria, si prega di effettuare la verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno di assistenza, di cui al comma 2 dell'art. 4 del R.R. 20/2019, dandone comunicazione a questa Area.

Il Dirigente

Daniela Russetti

Il Funzionario

Edda Marchi

Modello B - Richiesta parere preventivo di compatibilità- Dic 2019

REGIONE LAZIO
DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
 Richiesta parere preventivo di compatibilità
 (L.R. n. 4/2003; R.R. n. 20/2019)

Al Direttore della Direzione
 "Salute e Integrazione Socio Sanitaria"
 REGIONE LAZIO
 PEC: autorizzazione-accreditamenti@regione.lazio.legalmail.it
 PEC: reteospedaliera@regione.lazio.legalmail.it
 PEC: rcteterritorio@regione.lazio.legalmail.it

OGGETTO: Richiesta di parere preventivo obbligatorio e vincolante ex art. 6, comma 1 quinquies legge regionale n. 4/2003 e R.R. 20/2019

Il sottoscritto GIOVANNI NACCARATO
 nato a ROMA (PR), il 02/04/1972
 residente in ROMA (PR) via/piazza EUFRASIA
 n. 16, domiciliato in _____
 via/piazza _____, n. _____, in qualità di titolare
 dello OSPEDALE ISRAELITICO
 sito in ROMA via/piazza S. BARTOLOMEO ALL' ISOLA
 n. 81, piano _____, int. _____

RICHIESTE IL PARERE PREVENTIVO DI COMPATIBILITA'

per:

- ☐ APERTURA (art. 2, comma 1 lett. a) R.R. 20/2019)
☐ AMPLIAMENTO (art. 2, comma 1 lett. b) R.R. 20/2019)
☐ TRASFORMAZIONE (art. 2, comma 1 lett. c) R.R. 20/2019)
☐ TRASFERIMENTO DI SEDE (art. 2, comma 1 lett. d) R.R. 20/2019)
☐ VARIAZIONE ATTIVITA' (art. 2, comma 1 lett. e) R.R. 20/2019)
☒ RIMODULAZIONE ATTIVITA' (art. 2, comma 1 lett. f) R.R. 20/2019)

DELLA SOTTOINDICATA STRUTTURA:

denominazione: OSPEDALE ISRAELITICO CAP _____
 sita in ROMA tel. _____
00148 via/piazza FULDA 11
0668281476 e-mail DIREZIONE @ OSPEDALE ISRAELITICO.IT

**PER L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE
E/O SOCIO-SANITARIE SOTTOSPECIFICATE**

☒ Attività di ricovero ospedaliero in acuzie e/o post acuzie a ciclo continuativo e/o diurno di cui all'art. 4, comma 1 lett. b) L.R. n. 4/2003 per le discipline di:

Codice disciplina ospedaliera	Descrizione disciplina ospedaliera	Ordinario PL ¹	Diurno PL	Rimodulazione	
				Ordinario PL ¹	Diurno PL
1	Allergologia				
5	Angiologia	11	1	0	0
6	Cardiochirurgia pediatrica				
7	Cardiochirurgia				
8	Cardiologia				
9	Chirurgia generale		3	1	0
10	Chirurgia maxillo facciale				
11	Chirurgia pediatrica				
12	Chirurgia plastica				
13	Chirurgia toracica				
14	Chirurgia vascolare				
15	Medicina sportiva				
18	Enatologia				
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione				
20	Immunologia				
21	Geriatrica	25		24	
24	Malattie infettive e tropicali				
25	Medicina del lavoro				
26	Medicina generale	29		31	
27	Medicina legale				

¹ Inserire numero posti letto

Modello 0 - Richiesta parere preventivo di compatibilità - tal 2019

Codice disciplina ospedaliera	Descrizione disciplina ospedaliera	Ordinario PL ²	Diurno PL	Rinodulazione	
				Ordinario PL ²	Diurno PL
28	Unità spinale				
29	Nefrologia				
30	Neurochirurgia				
31	Nido				
32	Neurologia				
33	Neuropsichiatria infantile				
34	Oculistica				
35	Odontoiatria e stomatologia				
36	Ortopedia e traumatologia	17	8	20	0
37	Ostetricia e ginecologia				
38	Otorinolaringoiatria		1		0
39	Pediatria				
40	Psichiatria				
41	Medicina temale				
43	Urologia		1		0
46	Grandi ustioni pediatriche				
47	Grandi ustioni				
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)				
49	Terapia intensiva				
50	Unità coronarica - UTIC				
51	Astuteria				
52	Dermatologia				
54	Emodialisi				
56	Recupero e riabilitazione funzionale				
57	Fisiopatologia della riproduzione umana				

Modello B - Richiesta parere preventivo di compatibilità-Dic 2019

Codice disciplina ospedaliera	Descrizione disciplina ospedaliera	Ordinario PL	Diurno PL	Rimodulazione	
				Ordinario PL	Diurno PL
58	Gastroenterologia	7		6	
60	Lungodegenti				
61	Medicina nucleare				
62	Neonatologia				
64	Oncologia	13	5	12	5
65	Oncomatologia pediatrica				
66	Oncomatologia				
68	Pneumologia	5		8	
70	Radioterapia				
71	Reumatologia				
73	Terapia intensiva neonatale				
74	Radioterapia oncologica				
75	Neuro - riabilitazione				
76	Neurochirurgia pediatrica				
77	Nefrologia pediatrica				
78	Urologia pediatrica				
96	Terapia del dolore				
98	Day Surgery Multidisciplinare				19

☐ Attività di assistenza territoriale extra-ospedaliera in regime residenziale e/o semiresidenziale, a ciclo continuativo o diurno sottospecificate, di cui all'art. 4, comma 1 lett. c) L.R. n. 4/2003 (es. psichiatrica, assistenza a persone non autosufficienti anche anziane, disabilità fisica psichica o sensoriale, hospice.):

Modello B - Richiesta parere preventivo di compatibilità- Dic 2019

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità, anche penali, previste per il caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA¹

altresi, che la struttura sarà oggetto di interventi edilizi soggetti a:

- A. ☐ SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITA' (SCIA) ai sensi degli articoli 22 e ss. del DPR 380/2001;
- B. ☐ COMUNICAZIONE DI INIZIO LAVORI ASSEVERATA (CILA) ai sensi dell'articolo 6 bis del DPR 380/2001;
- C. ☐ EDILIZIA LIBERA, ai sensi dell'art. 6 DPR 380/2001 e ss.mm.ii.

ALLEGA

Ai sensi dell'art. 4, comma 1 del R.R. n. 20/2019:

1. una relazione in cui sono descritte le caratteristiche sanitarie, le finalità, i risultati attesi ed i tempi di attivazione della struttura;
2. il progetto con indicazione delle misure previste per il rispetto dei requisiti minimi prescritti dal provvedimento di cui all'art. 5, comma 1, lettera a), della L.R. n. 4/03 e s.m.i.;
3. il progetto con indicazione delle misure previste per il rispetto dei requisiti ulteriori di accreditamento di cui all'art. 13, comma 1 della L.R. n. 4/03 e s.m.i. (solo in caso di struttura pubblica);

SI IMPEGNA

A fornire ogni altra informazione e documentazione necessaria a dimostrare il possesso dei requisiti per l'autorizzazione delle attività/prestazioni richieste, ai sensi della normativa vigente.

AUTORIZZA

Ai fini del D.Lgs. 196/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018⁴, il trattamento, il trasferimento e la comunicazione dei dati riportati nella presente istanza ai fini degli adempimenti previsti per il provvedimento in oggetto e, in particolare, per il trattamento di eventuali dati sensibili.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art.13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

Titolare del Trattamento: Regione Lazio (Direzione regionale salute)

¹ La dichiarazione deve essere resa dal legale rappresentante o da ciascun legale rappresentante, se più di uno.

⁴ DECRETO LEGISLATIVO 10 agosto 2018, n. 101 : "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, 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 (regolamento generale sulla protezione dei dati). (GU Serie Generale n.205 del 04-09-2018)

Modello 8 - Richiesta parere preventivo di compatibilità Dc 2019

Indirizzo Via R. Raimondi Garibaldi, 7 00145 Roma

mail/PEC: autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it

Finalità del trattamento. Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. I dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento. I dati saranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici, ivi compresa la creazione di archivi web, spedizioni tramite posta, fax ed e-mail di comunicazione.

Destinatari dei dati. I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), organi di controllo e Aziende sanitarie.

Responsabile del trattamento: funzionario responsabile del procedimento e dirigente

Dritti. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali nonché ha il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Ha inoltre il diritto alla cancellazione dei dati e alla limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal regolamento.

Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte alla Regione Lazio.

Il responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo mail autorizzazione-accreditamento@regione.lazio.legalmail.it

Periodo di conservazione dei dati. I dati personali saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate o comunque non superiore a quello imposto dalla legge per la conservazione dell'atto o del documento che li contiene.

☐ Il/la sottoscritt(a) dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (barrare la casella).

ROMA 30/09/2020

Allega documento di riconoscimento in corso di validità.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato

IL RICHIEDENTE
DIRETTORE GENERALE
Dott. Giovanni Naccarato

Allega documento di riconoscimento in corso di validità.