

Oggetto: parere requisiti minimi per l'autorizzazione sanitaria all'esercizio di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale: nota regionale 4517/2010.

Struttura privata autorizzata Casa di Cura Santa Rita S.r.l. Cirò Marina.

L'anno 21 GEN. 2011 il giorno \_\_\_\_\_ nella sede della Direzione Generale sita in Crotone presso il Centro Direzionale "Il Granaio"

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

*-Premesso che la Regione Calabria, con nota di cui all'oggetto, ha stabilito che, entro e non oltre il 30-09-2010, è necessario attivare le procedure relative alla verifica sul possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private autorizzate;*

*-Visto il verbale n.08 del 20 gennaio 2011 con il quale la commissione aziendale per l'autorizzazione e l'accreditamento ha attestato il mantenimento dei requisiti minimi della struttura di cui all'oggetto per le seguenti prestazioni:*

*SPECIALISTICA AMBULATORIALE:*

*Branche a vista:*

*Cardiologia, angiologia, chirurgia, endoscopia, chirurgia vascolare, oculistica, ostetricia e ginecologia, ortopedia, traumatologia;*

*Diagnostica per immagini:*

*Radiologia tradizionale, RMN, ecografia*

*-Ritenuto di dover prendere atto del citato verbale esprimendo parere favorevole sul possesso dei requisiti minimi della struttura;*

Viste le leggi in materia;

**DELIBERA**

*per quanto in premessa che qui si intende integralmente ripetuto e confermato di:*

a - prendere atto del verbale C.A.A.A. n.08 del 20 gennaio 2011 allegato alla presente delibera e che ne fa parte integrante;

b- esprimere parere favorevole sul mantenimento dei requisiti minimi della struttura privata autorizzata casa di cura Santa Rita S.r.l. Cirò. Per l'autorizzazione all'esercizio di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale :

**SPECIALISTICA AMBULATORIALE :**

**Branche a vista:**

Cardiologia, angiologia, chirurgia, endoscopia, chirurgia vascolare, oculistica, ostetricia e ginecologia, ortopedia, traumatologia;

**Diagnostica per immagini:**

Radiologia tradizionale, RMN, ecografia

c- darsi atto che il presente parere non costituisce nessuna spesa per l'azienda;

d- trasmettere il presente atto alla Regione Calabria, Dipartimento Tutela della Salute, settore autorizzazione e accreditamento

=====

**Il Responsabile del procedimento:**

**Dr Pantaleone Telemaco Pedace**

**Il Direttore Ufficio \_\_\_\_\_:**

*Pantaleone Telemaco Pedace*

**Il Direttore Amministrativo:**

**Dr Giovanni Cozza**

**Il Direttore Sanitario F.F.**

**Dr Angelo Carcea**

**Il Direttore Generale:**

**Prof. Rocco A. Nostro**

**UFFICIO AFFARI GENERALI**

**Certificato di Pubblicazione**

Si certifica che la presente delibera è pubblicata nelle forme di legge all'Albo Pretorio dell'Azienda in data 21 GEN. 2011 con protocollo della U.O. Segreteria Generale

n. 11 ed ivi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

**Il Responsabile del Procedimento**

*Dr. Giuseppe Mancuso*  
\_\_\_\_\_

**Il Direttore Ufficio Affari Generali**

Ufficio Affari Generali  
(Sig. Giorgio Vincenzo FLOCCARINI)  
\_\_\_\_\_



## NUCLEO PERMANENTE ACCREDITAMENTO

Prot. n. 08 / NPA

Crotone 20/01/2011

Oggetto: Avvio procedure verifica possesso requisiti strutture sanitarie e sociosanitarie private autorizzate: nota regionale n. 4517 del 19-02-2010. Casa di Cura Santa Rita S.r.l. Cirò Marina.

Al Commissario Straordinario  
sede

Premesso che la Regione Calabria, con nota di cui all'oggetto, ha stabilito che è necessario attivare le procedure relative alla verifica sul possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private autorizzate;

Che la struttura di che trattasi risulta autorizzata con D.D.G. n. 262/01; D.D.G. n. 129/08; D.D.G. n. 14600/08 per le attività sotto indicate:

### SPECIALISTICA AMBULATORIALE :

Branche a vista:

Cardiologia, angiologia, chirurgia, endoscopia, chirurgia vascolare, oculistica, ostetricia e ginecologia, ortopedia, traumatologia;

Diagnostica per immagini:

Radiologia tradizionale, RMN, ecografia

Il giorno 21-10-2010 la commissione ha effettuato il sopralluogo presso la struttura applicando i criteri del DPR 14-01-97 recepiti dalla Regione Calabria con DDG distinte per ciascuna tipologia di struttura sanitaria e socio-sanitaria e dalla L.R. n. 24/2008.

Dall'esito del sopralluogo e dall'esame della documentazione la commissione attesta il mantenimento dei requisiti minimi per l'esercizio delle prestazioni sanitarie di seguito elencate:

Branche a vista:

Cardiologia, angiologia, chirurgia, endoscopia, chirurgia vascolare, oculistica, ostetricia e ginecologia, ortopedia, traumatologia;

Diagnostica per immagini:

Radiologia tradizionale, RMN, ecografia.

**La commissione**

**Dr Francesco Rocca medicina del lavoro** \_\_\_\_\_



**Dr Pasquale Pantisano Igiene** \_\_\_\_\_

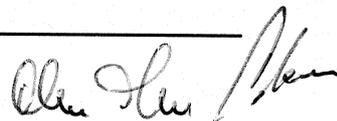
**Dr Ing. Giuseppe Cutrì** \_\_\_\_\_

**Dr Alessandro Bisbano esperto assente** \_\_\_\_\_

**Dr Giuseppe Fico assente per dimissioni** \_\_\_\_\_

**D.ssa M.Teresa Decicco Qualità** \_\_\_\_\_

**Dr Telemaco Pedace resp. S.I.T.A. Area tecnica** \_\_\_\_\_



Il Coordinatore C.A.A.A.  
Dr Francesco Ierardi