**Modulo 2/2022 - Scheda sintetica di presentazione delle attività**

**Denominazione della Organizzazione Sanitaria (titolare del provvedimento di autorizzazione all’esercizio)** …………………………………………………...........................................................

**Indirizzo sede legale** .………………………………………………………………………………..

**INDICE DELLE SEZIONI OVE DESCRIVERE LE ATTIVITA’ RICHIESTE IN ACCREDITAMENTO**

[a) STRUTTURE DI RICOVERO 2](#_Toc106607331)

[b) STRUTTURE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE 3](#_Toc106607332)

[c) RETE E STRUTTURE DELLE CURE PALLIATIVE 6](#_Toc106607333)

[d) STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SANGUE 7](#_Toc106607334)

[e) STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI 8](#_Toc106607335)

[f) STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SANITÀ PUBBLICA 9](#_Toc106607336)

[g) STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE 10](#_Toc106607337)

[h) STRUTTURE DI RICOVERO E DI ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE 11](#_Toc106607338)

[i) STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI ASSISTENZA PRIMARIA 13](#_Toc106607339)

[j) FUNZIONE DI PROVIDER ECM 16](#_Toc106607340)

[DICHIARAZIONE DEL POSSESSO DI REQUISITI 17](#_Toc106607341)

**Descrizione delle articolazioni e delle attività[[1]](#footnote-2)**

**Se la struttura non è ancora accreditata indicare**

**con “R” (richiesta) tutte le attività richieste in accreditamento**

**Se la struttura è accreditata, indicare con “P” (presente) tutte le attività già accreditate in precedenza**

**e, nel caso di variazioni di attività, indicare con “A” (ampliamento) o con “C” (cessazione)**

1. STRUTTURE DI RICOVERO

**per ciascuna struttura specificare:**

Denominazione della Struttura di ricovero ………………………………………………………………….

indirizzo: ………………………………………………………………… Codice HSP 11 / 11 Bis ………………….

autorizzata con atto/i del Comune di ……………………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti;

indicare tutti gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti: ................................................

…..........................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice HSP 12 / HSP 13 [[2]](#footnote-3) | Denominazione dell’Unità Operativa / articolazione | N° posti letto | Ubicazione (palazzina / piano / …) | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
|  |  |  |  |  |

Di seguito devono essere elencate le discipline senza posti letto (*es. anestesia, pronto soccorso, radioterapia, medicina nucleare, …)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Codice disciplina | Denominazione dell’Unità Operativa / articolazione | Ubicazione (palazzina / piano / …) | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
|  |  |  |  |

Le seguenti attività devono essere indicate nelle sezioni successive:

* *Sezione b) specialistica ambulatoriale,*
* *Sezione c) rete delle cure palliative,*
* *Sezione d) sistema regionale sangue,*
* *Sezione e) sistema regionale soccorso e trasporto infermi,*
* *Sezione f) servizi territoriali di sanità pubblica,*
* *Sezione g) servizi territoriali di salute mentale e dipendenze patologiche,*
* *Sezione h) ricovero e assistenza residenziale a ciclo continuo e/o diurno di salute mentale e dipendenze patologiche,*
* *Sezione i) servizi territoriali di assistenza primaria,*
* *Sezione j) funzione di provider ECM*.

1. STRUTTURE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

**per ciascuna struttura specificare:**

Denominazione della Struttura di specialistica ambulatoriale …………….………………………………

indirizzo: ………………….……………………………… Codice STS 11 ……….. *(se posseduto)*

autorizzata con atto/i del Comune di ……………………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti;

indicare tutti gli atti di autorizzazione / comunicazione / prese d’atto vigenti: ................................................

…..........................................................................................................................................................................

**Se la struttura non è ancora accreditata indicare**

**con “R” (richiesta) tutte le attività richieste in accreditamento**

**Se la struttura è accreditata, indicare con “P” (presente) tutte le attività già accreditate in precedenza**

**e, nel caso di variazioni di attività, indicare con “A” (ampliamento) o con “C” (cessazione)**

**Poliambulatorio** per le seguenti attività, comprensive di visite e prestazioni (le singole prestazioni non sono da elencare), svolte in:

**ambulatorio medico**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| cod. | Denominazione disciplina | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
|  |  |  |

**ambulatorio chirurgico**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| cod. | Denominazione disciplina | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
|  |  |  |

**ambulatorio endoscopico**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| cod. | Denominazione disciplina | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| **ambulatorio odontoiatrico** (specificare nel caso in cui siano presenti settori particolari es. settore di ortodonzia) |  |
|  |  |

| **Disciplina** | **Attività** | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** | **Delibera di Giunta Regionale con i requisiti specifici dell’attività** |
| --- | --- | --- | --- |
| Cardiologia | Ambulatorio |  | 1802/2011 |
| Cardiologia | Ecocardiografia |  | 1802/2011 |
| Cardiologia | Elettrocardiografia da sforzo |  | 1802/2011 |
| Cardiologia | Elettrocardiografia dinamica |  | 1802/2011 |
| Cardiologia | TILT Test |  | 1802/2011 |
| Cardiologia | Attività pediatrica |  |  |
| Endoscopia Digestiva | Struttura di endoscopia diagnostica |  | 948/2009 |
| Endoscopia Digestiva | Struttura di endoscopia diagnostico-operativo avanzata |  | 948/2009 |
| Neurologia | Ambulatorio |  | 1895/2011 |
| Neurologia | Laboratorio Elettroencefalografia Poligrafia |  | 1895/2011 |
| Neurologia | Laboratorio di elettromiografia (EMG) |  | 1895/2011 |
| Neurologia | Laboratorio di esplorazione funzionale del SNV |  | 1895/2011 |
| Neurologia | Laboratorio di neuropsicologia |  | 1895/2011 |
| Neurologia | Laboratorio di Neurosonologia Prestazioni Base |  | 1895/2011 |
| Neurologia | Laboratorio di Neurosonologia Prestazioni Speciali |  | 1895/2011 |
| Neurologia | Laboratorio di potenziali evocati |  | 1895/2011 |
| Neurologia | Laboratorio Medicina del sonno |  | 1895/2011 |
| Neurologia | Prestazioni Video EEG Video Poligrafia |  | 1895/2011 |
| Oculistica | Ambulatorio chirurgico per prestazioni di cui alla DGR 29/2016 |  | 29/2016 |
| Ostetricia Ginecologia | Ambulatorio Colposcopia |  | 327/2004 |
| Ostetricia Ginecologia | Ambulatorio Ecografia Ostetrico Ginecologica |  | 327/2004 |
| Ostetricia Ginecologia | Ambulatorio Fisiopatologia Prenatale |  | 327/2004 |
| Ostetricia Ginecologia | Ambulatorio Isteroscopia Diagnostica |  | 327/2004 |
| Ostetricia Ginecologia | Ambulatorio Ostetrico Ginecologico |  | 327/2004 |
| Ortopedia e traumatologia | Ambulatorio |  | 327/2004 |
| Ortopedia e traumatologia | Sala gessi |  | 327/2004 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| **Attività di diagnostica per immagini**: |  |
| Radiologia convenzionale |  |
| Monosettoriale[[3]](#footnote-4) (*specificare* ….) |  |
| Polisettoriale |  |
| Tomografia Assiale Computerizzata |  |
| Risonanza Magnetica (indicare n° tesla ….): |  |
| Settoriale |  |
| Total body |  |
| Viene svolta attività su encefalo e colonna |  |
| Radiologia interventistica vascolare |  |
| Ecografia (*specificare per quale disciplina …..)* |  |
| altra attività di diagnostica per immagini [[4]](#footnote-5) *specificare …..* |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| **Punto prelievi** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| **Laboratorio di analisi**: |  |
| area prelievi |  |
| laboratorio esami, per i settori di: |  |
| chimica clinica |  |
| ematologia |  |
| immunoematologia |  |
| altro settore (*specificare* .………………………………………………) |  |
| laboratorio di microbiologia |  |
| laboratorio di genetica medica |  |
| POCT |  |
| Specificare la tipologia di esami eseguiti: |  |
| Indagini di I livello |  |
| Indagini di alta specializzazione |  |
| Specificare se presenti le seguenti modalità organizzative: |  |
| Urgenza |  |
| Risposta rapida |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| **Attività di anatomia-patologica** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| **Presidio ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione** |  |
| **Centro ambulatoriale di medicina fisica e riabilitazione** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| **Centro Dialisi Assistenza Limitata** |  |
| **Centro Dialisi ad Assistenza Continuativa** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| **Attività di Terapia iperbarica** |  |

1. RETE E STRUTTURE DELLE CURE PALLIATIVE

**Se la struttura non è ancora accreditata indicare**

**con “R” (richiesta) tutte le attività richieste in accreditamento**

**Se la struttura è accreditata, indicare con “P” (presente) tutte le attività già accreditate in precedenza**

**e, nel caso di variazioni di attività, indicare con “A” (ampliamento) o con “C” (cessazione)**

**Elenco dei Nodi della Rete**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Denominazione** | **sede (indirizzo)** | **Responsabile** | Indicare tutti gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| Nodo Ambulatorio |  |  |  |  |  |
| Nodo Domicilio |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Denominazione** | **sede (indirizzo)** | **Responsabile** | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| Nodo Ospedale |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nodo Hospice**  Codice STS11 | Denominazione Hospice | N° posti letto | Ubicazione struttura (indirizzo) | Indicare tutti gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
|  |  |  |  |  |  |

1. STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SANGUE

**della seguente tipologia:**

**Se la struttura non è ancora accreditata indicare**

**con “R” (richiesta) tutte le attività richieste in accreditamento**

**Se la struttura è accreditata, indicare con “P” (presente) tutte le attività già accreditate in precedenza**

**e, nel caso di variazioni di attività, indicare con “A” (ampliamento) o con “C” (cessazione)**

|  | Indicare tutti gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| --- | --- | --- |
| Servizio Trasfusionale (*indicare denominazione ed indirizzo …………..*) | autorizzato con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| con le seguenti articolazioni: |  |  |
| Articolazione Organizzativa (*indicare denominazione ed indirizzo …………..*) | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
|  |  |  |
| Unità di Raccolta Sangue (*indicare denominazione ed indirizzo …………..*) | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| con le seguenti articolazioni: |  |  |
| Articolazione Organizzativa (*indicare denominazione ed indirizzo …………..*) | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |

1. STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI

**della seguente tipologia:**

**Se la struttura non è ancora accreditata indicare**

**con “R” (richiesta) tutte le attività richieste in accreditamento**

**Se la struttura è accreditata, indicare con “P” (presente) tutte le attività già accreditate in precedenza**

**e, nel caso di variazioni di attività, indicare con “A” (ampliamento) o con “C” (cessazione)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Indicare tutti gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| soccorso in emergenza/urgenza |  |  |
| trasporto non in emergenza/urgenza |  |  |
| effettuato con postazione/sede partenza e sosta delle ambulanze/automediche sita in ………………………………………. | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |

e con i seguenti mezzi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| tipo di mezzo | Targa | anno immatricolazione | km percorsi alla data di presentazione della domanda | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
|  |  |  |  |  |

1. STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SANITÀ PUBBLICA

**Se la struttura non è ancora accreditata indicare**

**con “R” (richiesta) tutte le attività richieste in accreditamento**

**Se la struttura è accreditata, indicare con “P” (presente) tutte le attività già accreditate in precedenza**

**e, nel caso di variazioni di attività, indicare con “A” (ampliamento) o con “C” (cessazione)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Denominazione** | **sede (indirizzo)** | Indicare tutti gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| Servizio / UO *(indicare tutte le sedi territoriali*) ………… |  |  |  |  |
| Ambulatorio |  |  | autorizzato con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Altro (*specificare*) |  |  |  |  |

1. STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

**Se la struttura non è ancora accreditata indicare**

**con “R” (richiesta) tutte le attività richieste in accreditamento**

**Se la struttura è accreditata, indicare con “P” (presente) tutte le attività già accreditate in precedenza**

**e, nel caso di variazioni di attività, indicare con “A” (ampliamento) o con “C” (cessazione)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Denominazione struttura** | **codice STS 11** | **indirizzo** | Indicare tutti gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| Centro di Salute Mentale (CSM) |  |  |  | autorizzato con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Servizio per le Dipendenze Patologiche (SerDP) [[5]](#footnote-6) |  |  |  | autorizzato con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Centro di Neuropsichiatria per Infanzia ed Adolescenza (CNPIA) |  |  |  | autorizzato con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Day hospital psichiatrico (territoriale) |  |  |  | autorizzato con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Altro (*specificare*) ……………………… |  |  |  | autorizzato con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |

1. STRUTTURE DI RICOVERO E DI ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

**Se la struttura non è ancora accreditata indicare**

**con “R” (richiesta) tutte le attività richieste in accreditamento**

**Se la struttura è accreditata, indicare con “P” (presente) tutte le attività già accreditate in precedenza**

**e, nel caso di variazioni di attività, indicare con “A” (ampliamento) o con “C” (cessazione)**

| **Tipologia** | **Denominazione struttura** | **codice STS 11** | **indirizzo** | **numero di posti** | Indicare **tutti** gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Centro diurno psichiatrico |  |  |  |  | autorizzato con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |

| **Tipologia**  **Residenza sanitaria psichiatrica territoriale** (selezionare la tipologia) | **Denominazione struttura** | **codice STS 11** | **indirizzo** | **numero di posti** | Indicare **tutti** gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo a breve termine (RTI) – Programma post-acuzie |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Residenza per trattamenti riabilitativi biopsicosociali a medio termine a carattere estensivo (RTR-estensiva) |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Modulo residenziale per trattamenti riabilitativi biopsicosociali a breve termine a carattere intensivo (RTR-intensiva) |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |

| **Tipologia**  **Struttura sanitaria psichiatrica con autorizzazione ospedaliera** (selezionare la tipologia) | **Denominazione struttura** | **codice STS 11** | **indirizzo** | **numero di posti** | Indicare **tutti** gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo (SPOI) |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Residenza a Trattamento Intensivo |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Residenza a Trattamento Intensivo specialistico |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Residenza a Trattamento Protratto |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Settore di Riabilitazione neuro-psicogeriatrica (cod. 56) |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Settore di Riabilitazione disturbi del comportamento alimentare - DCA (cod. 56) |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Componente ospedaliera di psichiatria generale (cod. 40.3) |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia**  **Struttura residenziale/semi-residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso** (selezionare la tipologia) | **Denominazione struttura** | **codice STS 11** | **indirizzo** | **numero di posti** | Indicare **tutti** gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| Struttura semiresidenziale a tipologia pedagogico-riabilitativa |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Struttura semiresidenziale a tipologia terapeutico-riabilitativa |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Struttura residenziale a tipologia pedagogico-riabilitativa |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Struttura residenziale a tipologia terapeutico-riabilitativa |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Struttura residenziale per persone dipendenti da sostanze d’abuso affette da patologie psichiatriche |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Struttura residenziale per persone dipendenti da sostanze d’abuso con figli minori (o donne in gravidanza) |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Struttura residenziale per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia**  **Struttura ambulatoriale terapeutica residenziale/semi-residenziale per minori** (selezionare la tipologia) | **Denominazione struttura** | **codice STS 11** | **indirizzo** | **numero di posti** | Indicare **tutti** gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| Ambulatorio di neuropsichiatria infantile |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Struttura per attività di psicologia |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Struttura per attività riabilitative fisioterapiche e per la psicomotricità |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Struttura per il trattamento logopedico |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Struttura per attività abilitative/riabilitative di gruppo |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Struttura per attività educative |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Residenza terapeutica intensiva per minori (RTI-M) |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Residenza terapeutica post acuzie per minori (RTP-M) |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Struttura semiresidenziale terapeutiche/riabilitative |  |  |  |  | autorizzata con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |

1. STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI ASSISTENZA PRIMARIA

**Se la struttura non è ancora accreditata indicare**

**con “R” (richiesta) tutte le attività richieste in accreditamento**

**Se la struttura è accreditata, indicare con “P” (presente) tutte le attività già accreditate in precedenza**

**e, nel caso di variazioni di attività, indicare con “A” (ampliamento) o con “C” (cessazione)**

**CASA DELLA COMUNITÀ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Casa della Comunità**  Codice regionale struttura | denominazione | sede (indirizzo) | Indicare tutti gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti riferita alla Casa della Salute nel suo insieme | Attività svolta | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
|  |  |  | Autorizzata con atto/i del Comune di ……………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti | *specialistica ambulatoriale* |  |
| *cure palliative* |  |
| *servizi territoriali di sanità pubblica* |  |
| *servizi territoriali di salute mentale e dipendenze patologiche* |  |
| *altro (specificare, ad esempio Consultorio familiare, Assistenza domiciliare, ecc.) ………………………………………..*. |  |

**Le specifiche attività di ciascuna Casa della Comunità dovranno essere descritte qui di seguito in maniera dettagliata riportando gli stessi schemi indicati nelle specifiche sezioni di attività, come da esempi sottostanti:**

“sezione b), per specialistica ambulatoriale

**Poliambulatorio** per le seguenti attività (visite e prestazioni) svolte in:

**ambulatorio medico**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| cod. | Denominazione disciplina | Indicare tutti gli atti di autorizzazione / comunicazione / prese d’atto vigenti se diversi da quelle della Casa della Salute nel suo insieme | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
|  |  |  |  |

….

sezione c), per rete e strutture delle cure palliative

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Denominazione** | **Responsabile** | Indicare tutti gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti se diversi da quelle della Casa della Salute nel suo insieme | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| Nodo Ambulatorio |  |  |  |  |

….

sezione f), per servizi territoriali di sanità pubblica

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Denominazione** | Indicare tutti gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti se diversi da quelle della Casa della Salute nel suo insieme | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| Servizio / UO ………… |  |  |  |

….

sezione g), per servizi territoriali di salute mentale e dipendenze patologiche

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **tipologia** | ***Denominazione struttura*** | ***codice STS 11*** | Indicare tutti gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti se diversi da quelle della Casa della Salute nel suo insieme | Attività richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Attività già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Attività oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| Centro di Salute Mentale (CSM) |  |  | autorizzato con atto/i del Comune di …………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |

….”

**OSPEDALE DI COMUNITÁ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ospedale di Comunità (OsCo**)  Codice regionale struttura | Denominazione Ospedale di Comunità | N° posti letto | Indirizzo struttura | Indicare tutti gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti | Struttura richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Struttura già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Struttura oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
|  |  |  |  | autorizzato con atto/i del Comune di ……………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |

**ALTRE STRUTTURE TERRITORIALI**

| **Tipologia** | **denominazione** | **codice [[6]](#footnote-7)** | **sede (indirizzo)** | **Indicare tutti gli atti di autorizzazione / prese d’atto vigenti** | Struttura richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Struttura già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Struttura oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Consultorio familiare |  |  |  | autorizzato con atto/i del Comune di ……………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| Assistenza Domiciliare |  |  |  | autorizzato con atto/i del Comune di ……………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |
| altro (*specificare …..…*) |  |  |  | autorizzato con atto/i del Comune di ……………….. n. …. del ….. e ne ha mantenuto i requisiti |  |

1. FUNZIONE DI PROVIDER ECM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione** della struttura che svolge la funzione di Provider ECM | **Responsabile** della funzione di Provider ECM | **Ubicazione** sede - riferimenti (indirizzo – telefono – e-mail) | Specificare se:  Funzione richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Funzione già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Funzione oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Articolazioni** (selezionare la tipologia) | sedi (indirizzi) | Specificare se:  Funzione richiesta in accreditamento **“R” (richiesta)**  Funzione già accreditata in precedenza **“P” (presente)**  Funzione oggetto di variazione **“A” (ampliamento) o “C” (cessazione)** |
| formazione sul lavoro |  |  |
| formazione al lavoro |  |  |
| corsi di laurea |  |  |
| Altro (specificare) |  |  |

**Inoltre,**

|  |
| --- |
| **Nel caso di soggetto richiedente il rilascio o la variazione dell’accreditamento in ampliamento con riferimento alla funzione di Provider ECM, si impegna a garantire:**   * di svolgere attività di provider della formazione mediante forme di partenariato con altre organizzazioni in possesso di requisiti necessari al richiedente per essere conforme a quanto richiesto dall’accreditamento, in particolare per quanto riguarda la garanzia di indipendenza del contenuto formativo per la gestione del conflitto di interesse in ambito sanitario (vedi Manuale del Provider RER DGR 1677/2019); * il proprio impegno statutario nel campo della formazione continua in sanità *(solo per i privati);* * che l’attività formativa ECM residenziale, di formazione sul campo e blended è svolta esclusivamente all’interno del territorio della Regione Emilia-Romagna; * che l’attività formativa ECM FAD (sincrona, asincrona, ...) è rivolta esclusivamente a professionisti che operano nel territorio regionale; * l’assenza di conflitti di interessi nei finanziamenti delle iniziative formative organizzate (assenza di contributi da parte di soggetti con interessi lucrativi o non lucrativi nel campo sanitario, finalizzati alla realizzazione di singoli eventi); * l’assenza di interessi commerciali nell’ambito della Sanità da parte di quanti direttamente interessati all’attività ECM del provider (coniuge, affini e parenti fino al 2° grado). |

ovvero

|  |
| --- |
| **Nel caso di soggetto richiedente il rinnovo dell’accreditamento con riferimento alla funzione di Provider ECM, dichiara:**   * di svolgere attività di provider della formazione mediante forme di partenariato con altre organizzazioni in possesso di requisiti necessari al richiedente per essere conforme a quanto richiesto dall’accreditamento, in particolare per quanto riguarda la garanzia di indipendenza del contenuto formativo per la gestione del conflitto di interesse in ambito sanitario (vedi Manuale del Provider RER DGR 1677/2019); * il proprio impegno statutario nel campo della formazione continua in sanità *(solo per i privati);* * che l’attività formativa ECM residenziale, di formazione sul campo e blended è svolta esclusivamente all’interno del territorio della Regione Emilia-Romagna; * che l’attività formativa ECM FAD (sincrona, asincrona, ...) è rivolta esclusivamente a professionisti che operano nel territorio regionale; * l’assenza di conflitti di interessi nei finanziamenti delle iniziative formative organizzate (assenza di contributi da parte di soggetti con interessi lucrativi o non lucrativi nel campo sanitario, finalizzati alla realizzazione di singoli eventi); * l’assenza di interessi commerciali nell’ambito della Sanità da parte di quanti direttamente interessati all’attività ECM del provider (coniuge, affini e parenti fino al 2° grado). |

DICHIARAZIONE DEL POSSESSO DI REQUISITI

**DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE**

Il/la sottoscritto/a ............................................................................................................................................. , nato/a a ...................................................... il ............................, C.F. ...........….….......................................,

titolare / legale rappresentante di (studio/ditta/società/azienda) denominato/a ............... ............................................................................................................................ con sede legale in .................................................. (Pr. ...), via/piazza …………………..….............. Nr. ……. C.F. ……………………………………………………. Partita IVA ………………………………………...

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti, dichiarazioni mendaci ed uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445)

**dichiara**,

ai sensi dell’art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, sotto la sua personale responsabilità, che la/e struttura/e sopra descritta/e

di cui chiede rilascio / variazione / rinnovo dell’accreditamento

**possiede/possiedono i requisiti specifici di accreditamento** vigenti e applicabili alle attività sopra indicate, così come previsti nelle delibere di riferimento che sono riportate al seguente link <https://salute.regione.emilia-romagna.it/autorizzazione-e-accreditamento-strutture-sanitarie>

Il/la titolare / legale rappresentante

Data ...................................... Firma Digitale

Solo nel caso non si possegga la firma digitale può essere presentato il formato pdf unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore[[7]](#footnote-8).

1. Eliminare le parti non utilizzate (cioè non presenti nella struttura per cui si chiede l’accreditamento) [↑](#footnote-ref-2)
2. Inserire il codice completo [↑](#footnote-ref-3)
3. es. mammografia, ortopantomografia [↑](#footnote-ref-4)
4. es. MOC, … [↑](#footnote-ref-5)
5. Sostituisce la precedente denominazione Servizio per le Tossicodipendenze (SerT), coerentemente agli obiettivi del nuovo programma dipendenze (DGR 2307/2016) [↑](#footnote-ref-6)
6. STS 11 o codice regionale, Codice regionale Casa della Salute; Codice regionale OsCo [↑](#footnote-ref-7)
7. se studio associato inserire copie della carta d’identità di tutti i titolari. [↑](#footnote-ref-8)