**SCHEDA 1 – Allegato MODULO di DOMANDA n. 3**

**SCHEDA SINTETICA DI PRESENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ/FUNZIONI PER RILASCIO DI NUOVA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI STRUTTURA SANITARIA**

**Denominazione struttura** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipologia di struttura, indicare la MACRO-AREA secondo l’attività prevalente della struttura (Tabella 1)**

□ **(A)** □ **(B)** □ **(C)** □ **(D)** □ **(E)** □ **(F)** □ **(G)** □ **(H)** □ **(I)**

**INDICE SEZIONI DELLE MACRO-AREE DI ATTIVITA’ DOVE DESCRIVERE LE ATTIVITÀ /FUNZIONI E DISCIPLINE RICHIESTE IN AUTORIZZAZIONE**

**A)** STRUTTURE DI RICOVERO/DEGENZA

**B)** STRUTTURE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

**C)** STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI ASSISTENZA PRIMARIA

**D)** STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SANGUE

**E)** STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI

**F)** STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SANITÀ PUBBLICA

**G)** STRUTTURE DELLE CURE PALLIATIVE

**H)** STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

**I)** STRUTTURE DI RICOVERO E DI ASSISTENZA RESIDENZIALE A CICLO CONTINUO E/O DIURNO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

**COMPILARE LE ATTIVITÀ/FUNZIONI DA AUTORIZZARE ALL’ESERCIZIO NELLE SPECIFICHE SEZIONI DELLE MACROAREE DI ATTIVITA’ (A, B, C, D, E, F, G, H, I).**

Indicare di seguito nelle specifiche Sezioni e Tabelle:

* l'**assetto della nuova struttura** con le attività/funzioni e discipline e relativi indicatori *(posti letto, ambulatori, sale …)* **oggetto della domanda** presentata per nuova **autorizzazione** sanitaria (Modulo di domanda n. 3)**.**

1. **STRUTTURE DI RICOVERO/DEGENZA**

**Tab. 1.A.1** Indicare il riepilogo dell'**assetto della struttura** per cui si chiede **nuova autorizzazione** all’esercizio, con il dettaglio delle singole attività/funzioni, discipline da autorizzare e relativi Indicatori.

**DEGENZA A CICLO CONTINUO E DIURNO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONI**  **(Tabella 2-Sez. A)** | | **DISCIPLINE (Tabella 3-Sez. A)** | | **N. Posti Letto** |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |
| **A.1.**  🞏 | **0013** | **Area di Degenza ordinaria  Posti Letto** **\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **A.1.**  🞏 | **0016** | **Rianimazione Terapia**  **Intensiva (TI) Posti Letto** **\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **A.1.**  🞏 | **0017** | **Terapia intensiva**  **neonatale (TIN) Posti Letto** **\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **A.1.**  🞏 | **0131** | **Stroke Unit Posti Letto** **\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |  |  |
| **A.2.**  🞏 | **0018** | **Day Hospital  Posti Letto** **\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **A.2.**  🞏 | **0019** | **Day Surgery**  **Posti Letto** **\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ALTRE ATTIVITA’/FUNZIONI E DISCIPLINE in STRUTTURE OSPEDALIERE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’/FUNZIONI (Tabella 2-Sez. A)** | | **INDICATORI (N. Ambulatori,  N. Stanze, N. Sale)** | **DISCIPLINE (Tabella 3-Sez. A)** | |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |
| **0014**  🞏 | **Blocco operatorio** | **N. sale:**  **\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **0015**  🞏 | **Punto nascita / Blocco parto** | **N. sale:**  **\_\_\_\_\_\_\_** | **037** | **OSTETRICIA E GINECOLOGIA** |
| **0012**  🞏 | **Pronto soccorso** | **N. ambulatori**  e/o di box per **visita-trattamento**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **N. ambulatori**  per lagestione **dell’emergenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N. Box**  **Osservazione Breve** (OBI): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nuova**  **Richiesta** | **ATTIVITA’/FUNZIONI  (Tabella 2-Sez. A)** | | **DISCIPLINE  (Tabella 3-Sez. A)** | |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |
| **o** | **0021** | **Attività di Radioterapia** | **070** | **o RADIOTERAPIA** |
| **074** | **o RADIOTERAPIA ONCOLOGICA** |
| **o** | **0020** | **Medicina Nucleare e attività di Terapia Radiometabolica** | **061** | **o MEDICINA NUCLEARE** |
|  |  |
| **o** | **0024** | **Anatomia-patologica** | **003** | **o ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA** |
| **o** | **0026** | **Servizio Farmaceutico** | **129** | **o FARMACIA OSPEDALIERA** |
| **o** | **0027** | **Centrale sterilizzazione** |  |  |
| **o** | **0025** | **Servizio Mortuario** |  |  |

1. **STRUTTURE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

Per **poliambulatorio** si intende la struttura fisica, dedicata all'espletamento contemporaneo di attività professionali da parte di professionisti operanti in una o più discipline specialistiche. È previsto che siano dichiarate tutte le attività/funzioni in cui si articola il poliambulatorio. Il poliambulatorio deve possedere i requisiti previsti per le singole tipologie di attività/funzioni che si intendono esercitare nello stesso.

Di seguito sono indicate le attività/funzioni ambulatoriali.

Per queste deve essere indicatala tipologia di ambulatorio (medico, chirurgico, endoscopico, odontoiatrico), oltre:

* al numero di ambulatori suddivisi per attività/funzione;
* alle discipline esercitate.

In caso di **ambulatorio** non collocato nell’ambito di un poliambulatorio, compilare esclusivamente le tabelle di riferimento per la tipologia di ambulatorio (medico, chirurgico, endoscopico, odontoiatrico, ecc). In caso di ambulatorio medico e chirurgico per le **cure palliative** il riferimento va fatto rispettivamente all’ambulatorio medico e chirurgico e va indicata la disciplina cure palliative.

Indicare se la struttura ha un Poliambulatorio oppure se le attività di specialistica ambulatoriale non sono collocate nell’ambito di un poliambulatorio.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo struttura** (Tabella 1) | |
| **B.1** **Poliambulatorio** | o |
| **B.2. Attività specialistiche ambulatoriale** (non in Poliambulatorio) | o |

**Tab. 1.B.1.** Indicare il riepilogo dell'**assetto della struttura** per cui si chiede **nuova autorizzazione** all’esercizio, con il dettaglio delle singole attività/funzioni, discipline da autorizzare e relativi Indicatori.

**SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONI  (Tabella 2-Sez. B)** | | **N. Ambulatori** | **DISCIPLINE (Tabella 3-Sez. B)** | |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |
| **B**  🞏 | **0001** | **Ambulatorio medico** | **N.  Ambulatori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **B**  🞏 | **0002** | **Ambulatorio chirurgico** | **N.  Ambulatori: \_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **B**  🞏 | **0003** | **Ambulatorio endoscopico** | **N.  Ambulatori: \_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **B**  🞏 | **0004** | **Ambulatorio odontoiatrico** | **N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_\_** | **035** | **ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA** |
| **B**  🞏 | **0123** | **Ambulatorio chirurgico protetto** *per prestazioni ad alta complessità (DM 70/2015)* | **N.  Ambulatori: \_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **B**  🞏 | **0134** | **Ambulatorio per rilascio di certificati idoneità guida** | **N.  Ambulatori: \_\_\_\_\_\_** | **027** | **MEDICINA LEGALE** |

**Tab. 1.B.1.** *Segue*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONI (Tabella 2-Sez. B)** | | **DISCIPLINE**  **(Tabella 3-Sez. B)** | | **Nuova**  **Richiesta** |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |
| **B** | **0007** | **Laboratorio di analisi** | **100** | **LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE** | **o** |
| esami chimica clinica | o |
| esami ematologia | o |
| esami immunoematologia | o |
| microbiologia | o |
| genetica medica | o |
| POCT - Point of care testing | o |
| **B** | **0008** | **Punto prelievo** | **100** | **LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE** | **o** |
| *(Struttura dedicata all’attività di prelievo, collocata in sede diversa da quella del laboratorio analisi)* | | | |
| Indicare il laboratorio di analisi autorizzato all’esercizio dell’attività denominazione, indirizzo, PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| di cui il Punto prelievo è funzionalmente dipendente | | | o |
| con cui il Punto prelievo ha accordi per le produzioni analitiche | | | o |
| **B** | **0010** | **Presidio ambulatoriale di**  **medicina fisica e riabilitazione** | **056** | **RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE/ FISIATRIA/MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE** | **o** |
| **036** | **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** | **o** |
| Box/locali per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari. Indicare il **N. totale complessivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| Area attrezzata per attività di gruppo (palestra) | | | o |
| Area attrezzata per attività in acqua | | | o |
| **B** | **0011** | **Centro ambulatoriale di**  **medicina fisica e riabilitazione** | **056** | **RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE/ FISIATRIA/MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE** | **o** |
| **036** | **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** | **o** |
| Aree attrezzate per attività individuali | | | o |
| Aree attrezzate per disturbi comunicativi/cognitivi | | | o |
| Box/locali per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari. Indicare il **N. totale complessivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| Area attrezzata per attività di gruppo (palestra) | | | o |
| Area attrezzata per attività in acqua | | | o |
| **B** | **0005** | **Centro dialisi** Indicare il **Numero di Posti Letto** *(se previsti)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **o** |
| Centro Dialisi Assistenza *Limitata* | | | o |
| Centro Dialisi ad Assistenza *Continuativa* | | | o |
| **B** | **0133** | **Ambulatorio di terapia iperbarica** | | | **o** |
| **B** | **0024** | **Anatomia Patologica** | **003** | **ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA** | **o** |
| **B** | **0080** | **Punti di primo Intervento** | | | **o** |
| **B** | **0124** | **cure domiciliari** | | | **o** |

**Tab. 1.B.2.** Indicare le **attività di diagnostica per immagini, da autorizzare**, le tipologie e caratteristiche delle apparecchiature già autorizzate.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nuova**  **Richiesta** | **o Attività diagnostica per immagini (009)**  **Disciplina (069) RADIOLOGIA / DIAGNOSTICA PER IMMAGINI** |
| **o** | **Radiologia convenzionale** |
| **o** | **Tomografia Computerizzata (TC)** |
| **o** | **TAC/PET** |
| **o** | **TAC/Gamma Camera** |
| **o** | **Risonanza Magnetica** |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **N.** | **Tipologia** | **Data di costruzione** | **Data di installazione** | **Campo di induzione magnetica (Tesla)** | **Settoriale (S) /**  **Non Settoriale (NS)** | | **1** |  |  |  |  |  | | **2** |  |  |  |  |  | | **3** |  |  |  |  |  | | **4** |  |  |  |  |  | | **5** |  |  |  |  |  | |
| **o** | **Radiologia interventistica**  **o** Angiografia  **o** Altro |
| **o** | **Ecografia** |
| **o** | **Mammografia** |
| **o** | **Altra attività di diagnostica per immagini**  (*specificare* Es. densitometria, acceleratore … ……\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

1. **STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

**Tab. 1.C.1.** Indicare il **tipo di struttura territoriale** di assistenza primaria, indicando i Posti letto/N. Ambulatori **per cui si chiede la nuova autorizzazione**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo Struttura e Attività/Funzione**  **(Tabella 1 e Tabella 2 – Sezione C)** | | **Nuova**  **Richiesta** |
| **C.1. Ospedale di Comunità**  **0127 Ospedale di Comunità**  Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** | Posti Letto\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **C.2.** **Casa della comunità**  **0125 Casa della comunità**  Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** | N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_ |
| **C.3. CAU - Centri di Assistenza Urgenza**  **0126 CAU - Centri di Assistenza Urgenza**  Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** | N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_ |
| **C.4. Consultorio familiare**  **0033 Consultorio familiare**  Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** | N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_ |

Per tutte le **tipologie indicate in Tabella 1.C.1.** indicare il dettaglio delle **Attività/Funzioni (Tab. 2) da autorizzare** e rispettive **discipline (Tab. 3)** e indicatori nelle specifiche **Sezioni di macro-attività (B, F, H)** sulla base delle **singole attività/funzioni richieste** per il servizio territoriale.

*(es. per la Casa della comunità indicare le singole attività richieste nelle corrispondenti sezioni di macro-attività specifica: se sono presenti ambulatori medici o punti prelievi vanno inseriti in Sez. B-attività specialistiche ambulatoriali, se è presente un Centro di salute mentale indicarlo in Sez. H, ecc.).*

Per **OSPEDALE DI COMUNITÁ - OsCo** si intende la struttura intermedia tra l’assistenza domiciliare e l’ospedale, in sostanza un ponte tra i servizi territoriali e l’ospedale per tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma necessitano di un’assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio. E’ assimilabile, quanto a requisiti autorizzativi alla/e attività/funzione/i area di degenza e alle strutture di specialistica ambulatoriale. Nella richiesta di autorizzazione deve essere indicato il numero di posti letto.

Per **Casa della Comunità** si intende la struttura fisica, dedicata all'espletamento contemporaneo di attività professionali da parte di professionisti operanti in una o più discipline specialistiche ed è assimilabile quanto ai requisiti autorizzativi della/e attività/funzione di poliambulatorio. La Casa della Comunità deve possedere tutti i requisiti previsti per le singole tipologie di attività/funzioni che si intendono esercitare nella stessa. Per questo motivo la Scheda di presentazione per l’autorizzazione prevede che siano dichiarate, anche le altre attività/funzioni di cui si chiede l’esercizio nell’ambito della stessa e rispettive discipline ed indicatori richiesti, da indicare nelle specifiche Sezioni di Macro-attività/funzioni (Sezioni B, F, H).

Per **Centro assistenza e urgenza - CAU** si intende la struttura fisica, afferente alla rete assistenziale delle cure primarie. Sono strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso. I CAU possono essere collocati all’interno di Case della Comunità, oppure presso le attuali sedi di PPI, presso gli Ospedali di prossimità. Come per le Case della Comunità, la Scheda di presentazione per l’autorizzazione prevede che siano dichiarate, anche le altre attività/funzioni di cui si chiede l’esercizio nell’ambito della stessa e rispettive discipline ed indicatori richiesti, da indicare nelle specifiche Sezioni di Macro-attività/funzioni (Sezione B).

Per **Consultorio familiare** si intende la struttura fisica, dedicata all'espletamento contemporaneo di attività professionali da parte di professionisti operanti in una o più discipline ambulatoriali specialistiche e garantisce le cure primarie nell’area della salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale della donna, dei singoli, delle coppie e delle famiglie, con equipe multidisciplinari (ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale ed altre figure professionali localmente individuate quali dietista, dietologo, andrologo, genetista, senologo ecc.) che offrono percorsi preventivi e diagnostico terapeutici integrati con le strutture presenti nel territorio di riferimento.

1. **STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SANGUE**

**Tab. 1.D.1.** Indicare il riepilogo dell'**assetto della struttura del sistema regionale sangue** per cui si chiede **nuova autorizzazione** all’esercizio, con il dettaglio delle singole attività/funzioni, discipline da autorizzare e relativi Indicatori.

**STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SANGUE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONI  (Tabella 2-Sez. D)** | | **DISCIPLINE  (Tabella 3-Sez. D)** | | | **Indicatori** |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** | |
| **D**  🞏 | **0022** | **Servizi e Centri di Medicina Trasfusionale** | **102**  **o** | **CENTRO TRASFUSIONALE E IMMUNOEMATOLOGIA** | | **N. SALE** Visita/Ambulatori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **N. N. Letti /Poltrone**  per Prelievo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **N. Locali** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **N. Posti** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  per l’effettuazione delle prestazioni (*trasfusioni, predepositi, salassi, aferesi, terapia infusiva)* |
| **018**  **o** | **EMATOLOGIA** | |
| **020**  **o** | **IMMUNOLOGIA** | |
| **Struttura sanitaria di riferimento:**  *Denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *indirizzo c/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | con le seguenti **articolazioni:**  *Denominazione e sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
|  | | | | | | |
| **D**  🞏 | **0023** | **Unità o Punti Fissi di Raccolta Sangue** | **102**  **o** | **CENTRO TRASFUSIONALE E IMMUNOEMATOLOGIA** | | **N. SALE** Visita/Ambulatori \_\_\_\_\_\_\_\_\_  **N. N. Letti /Poltrone**  per Prelievo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **018**  **o** | **EMATOLOGIA** | |
| **020**  **o** | **IMMUNOLOGIA** | |
| **Struttura sanitaria di riferimento:**  *Denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *indirizzo c/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | con le seguenti **articolazioni:**  *Denominazione e sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |

1. **STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI**

**Tab. 1.E.1.** Indicare il riepilogo dell'**assetto della struttura del sistema regionale soccorso e trasporto infermi** per cui si chiede **nuova autorizzazione** all’esercizio, con il dettaglio delle singole attività/funzioni, discipline da autorizzare e relativi Indicatori.

**Oggetto dell’autorizzazione sono le sedi di partenza/postazione**

**STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **E**  **🞏** | **0085** | **STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI**  **Disciplina 108-EMERGENZA EXTRAOSPEDALIERA** |
|  | **🞏** | **soccorso in emergenza/urgenza** |
| **🞏** | **trasporto non in emergenza/urgenza** |
| effettuato con postazione/sede partenza e sosta delle ambulanze/automediche sita in:  via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**e con i seguenti mezzi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **tipo di mezzo** | **Targa veicoli** | **anno immatricolazione** | **km percorsi alla data di presentazione della domanda** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SANITÀ PUBBLICA**

**Tab. 1.F.1.** Indicare il riepilogo dell'l'**assetto dei servizi territoriali di sanità pubblica,** per cui si chiede **nuova autorizzazione** all’esercizio, con il dettaglio delle singole attività/funzioni, discipline da autorizzare e relativi Indicatori.

**STRUTTURE dei SERVIZI TERRITORIALI DI SANITA’ PUBBLICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONI (Tabella 2-Sez. F)** | | **Indicatori** | **DISCIPLINE**  **(Tabella 3-Sez. F)** | |
|  |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |  |
| **F**  🞏 | **0001** | **AMBULATORIO MEDICO** | **N. Ambulatori** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **199**  **o** | **IGIENE PUBBLICA** |  |
| **025**  **o** | **MEDICINA DEL LAVORO** |  |
| **027**  **o** | **MEDICINA legale** |  |
| **015**  **o** | **MEDICINA sportiva** |  |
| **024**  **o** | **MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI** |  |

1. **RETE E STRUTTURE DELLE CURE PALLIATIVE**

La **rete** “**cure palliative**” è in genere articolata in ospedale, hospice (o struttura residenziale per le cure palliative), ambulatori e assistenza domiciliare, nel cui ambito è esercitata la disciplina “cure palliative” (disciplina prevista nell’elenco delle discipline - Tabella 3, individuata dal DM Salute 28 marzo 2013, art. 1, co. 406, L. 178/20).

**Requisiti autorizzazione:**

* In caso di **ambulatorio medico per le cure palliative** i requisiti autorizzativi sono quelli dell’ambulatorio medico e va indicata la disciplina cure palliative. In questo caso l’ambulatorio Cure Palliative va indicato nel prospetto della Sezione B;
* in caso di **ambulatorio chirurgico per le cure palliative** i requisiti autorizzativi sono quelli dell’ambulatorio chirurgico e va indicata la disciplina cure palliative. In questo caso l’ambulatorio Cure Palliative va indicato nel prospetto della Sezione B;
* per quanto riguarda l’**assistenza domiciliare – Nodo domicilio** - oggetto dell’autorizzazione sono le sedi di partenza (art. 5, co. 1, LR 22/19 – art. 1, co. 406, L. 178/20). Indicare la richiesta di autorizzazione all’esercizio nel prospetto della Sezione B, indicando l’attività funzione “Assistenza domiciliare”.

Indicare per **l’Hospice** i Posti letto **per cui si chiede la nuova autorizzazione** all’esercizio.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo struttura**  **(Tabella 1-Sez. G)** | | **Nuova Richiesta** |
| **G.1. Hospice**  Denominazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Attività/Funzione: **028 HOSPICE**  Disciplina: **099 CURE PALLIATIVE/HOSPICE** | **o** | **Posti Letto** \_\_\_\_\_\_\_\_ |

Indicare **altre Attività/Funzioni (Tabella 2)** relative alla rete “cure palliative” **da autorizzare all’esercizio** e rispettive **discipline (Tabella 3)** e indicatori nella specifica **Sezione di macro-attività B,** sulla base delle **attività/funzioni richieste.**

*(es. Riportare gli ambulatori medici per le cure palliative ed il n. ambulatori nella Sez. B delle attività specialistiche ambulatoriali. Riportare l’attività assistenza domiciliare-nodo domicilio nel quadro B come attività: 0124 Assistenza domiciliare e Disciplina: 099 Cure Palliative/Hospice.)*

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

Indicare il **tipo di struttura territoriale** di **salute mentale e dipendenze patologiche** oggetto della nuova richiesta di autorizzazione.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo struttura (Tabella 1-Sez. H)** | |
| **H.1.** **Centro di Salute Mentale (CSM)**  Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** |
| **H.2.** **Servizio per le dipendenze patologiche SerDP (ex SERT)** Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** |
| **H.3.** **Centro di neuropsichiatria per infanzia e adolescenza (CNPIA)**  Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** |
| **H.4.** **Day hospital psichiatrico (territoriale)**  Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** |

**Tab. 1.H.1.** Indicare l'**assetto della struttura** per cui si chiede **nuova autorizzazione** all’esercizio, con il dettaglio delle singole attività/funzioni, discipline da autorizzare e relativi Indicatori.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONI (Tabella 2-Sez. H)** | | **N. Ambulatori** | **DISCIPLINE  (Tabella 3--Sez. H)** | |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |
| **H.1.** | **0029**  **🞏** | **Centro di Salute Mentale** | **N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_\_** | **033** | **🞏 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** |
| **040** | **🞏 PSICHIATRIA** |
| **H.2.** | **0034**  **🞏** | **Servizio per le Dipendenze Patologiche (SerDP)** | **N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_\_** | **040** | **🞏 PSICHIATRIA** |
| **042** | **🞏 TOSSICOLOGIA** |
| **H.3.** | **0122**  **🞏** | **Centro Neuropsichiatria dell'infanzia dell'adolescenza** | **N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_\_** | **033** | **🞏 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** |
| **H.4.** | **0031**  **🞏** | **Day Hospital Psichiatrico** | **N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_\_** | **033** | **🞏 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** |
| **040** | **🞏 PSICHIATRIA** |

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

Indicare il **tipo di struttura a ciclo continuo e/o diurno** di **salute mentale e dipendenze patologiche** oggetto della richiesta di nuova autorizzazione.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo struttura (Tabella 1-Sez. I)** | |
| **I.1.** **Centro Diurno Psichiatrico**  Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** |
| **I.2.** **Residenza Sanitaria Psichiatrica Territoriale**  Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** |
| **I.3.** **Residenza Sanitaria Psichiatrica con autorizzazione Ospedaliera**  Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** |
| **I.4.** **Struttura Residenziale/Semiresidenziale per persone dipendenti da sostanze d’abuso**  Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** |
| **I.5.** **Struttura Terapeutica Residenziale/Semiresidenziale per minori (NPIA)**  Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** |

**Tab. 1.I.1.** Indicare l'**assetto della struttura** per cui si chiede nuova autorizzazione all’esercizio, con il dettaglio delle singole attività/funzioni, discipline da autorizzare e relativi Indicatori.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONI (Tabella 2-Sez. I)** | | **N. Posti Letto** | **DISCIPLINE  (Tabella 3-Sez. I)** | |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |
| **I.1.** | **0030**  **🞏** | **Centro Diurno Psichiatrico** | **N. PL**  **\_\_\_\_\_\_\_** | **033** | **🞏 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** |
| **040** | **🞏 PSICHIATRIA** |
| **I.2.** | **0129**  **🞏** | **Residenza Sanitaria Psichiatrica Territoriale** | **N. PL**  **\_\_\_\_\_\_\_** | **033** | **🞏 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** |
| **040** | **🞏 PSICHIATRIA** |
| **I.3.** | **0130**  **🞏** | **Residenza Sanitaria Psichiatrica con autorizzazione Ospedaliera** | **N. PL**  **\_\_\_\_\_\_\_** | **033** | **🞏 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** |
| **040** | **🞏 PSICHIATRIA** |
| **I.4.** | **0035**  **🞏** | **Comunità Pedagogico/ Terapeutica Residenziale tossicodipendenti** | **N. PL**  **\_\_\_\_\_\_\_** | **040** | **🞏 PSICHIATRIA** |
| **042** | **🞏 TOSSICOLOGIA** |
| **I.4.** | **0036**  **🞏** | **Comunità Pedagogico/ Terapeutica semiresidenziale tossicodipendenti** | **N. PL**  **\_\_\_\_\_\_\_** | **040** | **🞏 PSICHIATRIA** |
| **042** | **🞏 TOSSICOLOGIA** |
| **I.4.** | **0037**  **🞏** | **Struttura Residenziale per persone dipendenti da sostanze d’abuso affette da Patologie Psichiatriche** | **N. PL**  **\_\_\_\_\_\_\_** | **040** | **🞏 PSICHIATRIA** |
| **042** | **🞏 TOSSICOLOGIA** |
| **I.4.** | **0039**  **🞏** | **Struttura per persone dipendenti da sostanze d’abuso con figli minori o donne in gravidanza** | **N. PL**  **\_\_\_\_\_\_\_** | **033** | **🞏 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** |
| **040** | **🞏 PSICHIATRIA** |
| **042** | **🞏 TOSSICOLOGIA** |

**Tab. 1.I.1** *Segue*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONI (Tabella 2-Sez. I)** | | **N. Posti Letto** | **DISCIPLINE  (Tabella 3-Sez. I)** | |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |
| **I.4.** | **0132**  **🞏** | **Struttura residenziale per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica** | **N. PL**  **\_\_\_\_\_\_\_** | **040** | **🞏 PSICHIATRIA** |
| **042** | **🞏 TOSSICOLOGIA** |
| **I.5.** | **0135**  **🞏** | **Struttura terapeutica-riabilitativa residenziale per minori (npia)** | **N. PL**  **\_\_\_\_\_\_\_** | **033** | **🞏 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** |
| **I.5.** | **0136**  **🞏** | **Struttura terapeutica-riabilitativa semiresidenziale per minori (npia)** | **N. PL**  **\_\_\_\_\_\_\_** | **033** | **🞏 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE** |

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 possiede/possiedono i requisiti specifici di autorizzazione vigenti e applicabili alle attività sopra indicate.

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.