**SCHEDA 1 – Allegato MODULI di DOMANDA n. 4 e n. 10**

**SCHEDA SINTETICA DI PRESENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ/FUNZIONI PER INTEGRAZIONE DELL’AUTORIZZAZIONE IN ESSERE PER VARIAZIONE DELLA STRUTTURA SANITARIA *(adattamento, diversa utilizzazione, ampliamento o trasferimento in altra sede)***

**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 attuale della struttura** con le attività/funzione e discipline **già autorizzate** alla data di presentazione della domanda;
* le **nuove richieste** di attività/funzioni, discipline e relativi indicatori *(posti letto, ambulatori, sale …)* **o variazioni oggetto della domanda** presentata per l’**integrazione dell’autorizzazione** sanitaria in essere (Modulo di domanda n. 4 e Modulo n. 10)**.**
1. **STRUTTURE DI RICOVERO/DEGENZA**

**Tab. 1.A.1** Indicare il riepilogo dell'**assetto attuale della struttura** alla data di presentazione della domanda per singole attività/funzioni, discipline già autorizzate e relativi Indicatori.

**DEGENZA A CICLO CONTINUO E DIURNO - ASSETTO ATTUALE**

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

**ALTRE ATTIVITA’/FUNZIONI E DISCIPLINE in STRUTTURE OSPEDALIERE - ASSETTO ATTUALE**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Assetto ATTUALE** | **ATTIVITA’/FUNZIONI ATTUALI(Tabella 2-Sez. A)** | **DISCIPLINE ATTUALI(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** |  |  |

**Tab. 1.A.2** Indicare **SOLO** le **variazioni** rispetto all’assetto attuale indicato in Tab. 1.A.1, **oggetto della richiesta di integrazione dell'autorizzazione in essere**.

Indicare *le* *Nuove* attività/funzioni, discipline, le *Variazioni* o *Cessazioni di* attività/funzioni, *discipline* già autorizzate in precedenza*.* Indicare *il n. di Posti letto complessivi richiesti: Nuovi Posti letto per nuove attività/funzioni e discipline richieste oppure n. Posti letto in variazione comprensivi di incremento o riduzione richiesto oppure Azzerare il n. Posti letto nel caso di richiesta di cancellazione di attività/funzione o disciplina già autorizzata in precedenza e indicata in Tab.1.A.1 (assetto attuale).*

**DEGENZA A CICLO CONTINUO E DIURNO - ASSETTO IN VARIAZIONE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONIin VARIAZIONE(Tabella 2-Sez. A)** | **DISCIPLINE in VARIAZIONE(Tabella 3-Sez. A)** | **N. Posti Letto in Variazione** |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |
| **A.1.**🞏 | **0013** | **Area di Degenza** **ordinariaPL in variazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **A.1.**🞏 | **0016** | **Rianimazione Terapia** **Intensiva (TI)PL in variazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **A.1.**🞏 | **0017** | **Terapia intensiva** **neonatale (TIN)PL in variazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **A.1.**🞏 | **0131** | **Stroke UnitPL in variazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |  |  |
| **A.2.**🞏 | **0018** | **Day HospitalPL in variazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **A.2.**🞏 | **0019** | **Day Surgery****PL in variazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ALTRE ATTIVITA’/FUNZIONI E DISCIPLINE in STRUTTURE OSPEDALIERE - ASSETTO in VARIAZIONE**

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

Indicare con **(N)** *le* ***Nuove***attività/funzioni e discipline richieste nella domanda di variazione dell’autorizzazione in essere, e con **(C)** le eventuali ***Cessazioni*** *di* attività/funzioni, disciplinegià autorizzate in precedenza e riportate in Tab. 1.A.1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Assetto in Variazione** | **ATTIVITA’/FUNZIONIin VARIAZIONE(Tabella 2-Sez. A)** | **DISCIPLINE in VARIAZIONE(Tabella 3-Sez. A)** |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |
| **oN oC** | **0021** | **Attività di Radioterapia**  | **070** | **oN oC RADIOTERAPIA** |
| **074** | **oN oC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA** |
| **oN oC** | **0020** | **Medicina Nucleare e attività di Terapia Radiometabolica** | **061** | **oN oC MEDICINA NUCLEARE** |
|  |   |
| **oN oC** | **0024** | **Anatomia-patologica**  | **003** | **oN oC ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA** |
| **oN oC** | **0026** | **Servizio Farmaceutico** | **129** | **oN oC FARMACIA OSPEDALIERA** |
| **oN oC** | **0027** | **Centrale sterilizzazione** |  |  |
| **oN oC** | **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 l'**assetto attuale della struttura** alla data di presentazione della domanda, per singole attività/funzioni e discipline **già autorizzate** e relativi indicatori.

**SPECIALISTICA AMBULATORIALE - ASSETTO ATTUALE**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONI ATTUALI(Tabella 2-Sez. B)**  | **DISCIPLINE ATTUALI(Tabella 3-Sez. B)** | **Assetto ATTUALE** |
| **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** | **0024** | **Anatomia Patologica** | **003** | **ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA** | **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 **SOLO** le **variazioni** rispetto all’assetto attuale indicato in Tab. 1.B.1, **oggetto della richiesta di integrazione dell'autorizzazione in essere**.

Indicare con **(N)** *le* ***Nuove richieste*** di attività/funzioni e discipline o variazioni del n. Ambulatori richiesti nella domanda e con **(C)** le eventuali ***Cessazioni*** *di* attività/funzioni, disciplinegià autorizzate in precedenza e riportate in Tab. 1.B.1

Indicare *il n. di Ambulatori complessivi, comprensivi della richiesta di incremento o riduzione.*

**SPECIALISTICA AMBULATORIALE - ASSETTO in VARIAZIONE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Assetto in Variazione** | **ATTIVITA’/FUNZIONIin VARIAZIONE(Tabella 2-Sez. B)**  | **N. Ambulatori in variazione** | **DISCIPLINE** **in VARIAZIONE(Tabella 3 -Sez. B)** |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** | **N / C** |
| **oN****oC** | **0001** | **Ambulatorio medico**  | **N. Ambulatori in variazione \_\_\_\_\_\_\_** |  |  | **oN oC** |
|  |  | **oN oC** |
|  |  | **oN oC** |
|  |  | **oN oC** |
| **oN****oC** | **0002** | **Ambulatorio chirurgico**  | **N. Ambulatori in variazione \_\_\_\_\_\_\_** |  |  | **oN oC** |
|  |  | **oN oC** |
|  |  | **oN oC** |
| **oN****oC** | **0003** | **Ambulatorio endoscopico** | **N. Ambulatori in variazione \_\_\_\_\_\_\_** |  |  | **oN oC** |
|  |  | **oN oC** |
|  |  | **oN oC** |
| **oN****oC** | **0004** | **Ambulatorio odontoiatrico** | **N. Ambulatori in variazione \_\_\_\_\_\_\_** | **035** | **ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA** | **oN oC** |
| **oN****oC** | **0123** | **Ambulatorio chirurgico protetto** *per prestazioni ad alta complessità (DM 70/2015)* | **N. Ambulatori in variazione \_\_\_\_\_\_\_** |  |  | **oN oC** |
|  |  | **oN oC** |
|  |  | **oN oC** |
| **oN****oC** | **0134** | **Ambulatorio per rilascio di certificati idoneità guida**  | **N. Ambulatori in variazione \_\_\_\_\_\_\_** | **027** | **MEDICINA LEGALE** | **oN oC** |

**Tab. 1.B.2.** *Segue*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONIin VARIAZIONE(Tabella 2-Sez. B)**  | **DISCIPLINE** **in VARIAZIONE(Tabella 3-Sez. B)** | **Assetto in Variazione** |
| **cod** | **descrizione** | **cod** | **descrizione** |
| **B** | **0007** | **Laboratorio di analisi** | **100** | **LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE** | **oN oC** |
| esami chimica clinica | **oN oC** |
| esami ematologia | **oN oC** |
| esami immunoematologia | **oN oC** |
| microbiologia | **oN oC** |
| genetica medica | **oN oC** |
| POCT - Point of care testing | **oN oC** |
| **B** | **0008** | **Punto prelievo** | **100** | **LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE** | **oN oC** |
| *(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** | **0024** | **Anatomia Patologica** | **003** | **ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA** | **oN oC** |
| **B** | **0010** | **Presidio ambulatoriale di** **medicina fisica e riabilitazione** | **056** | **RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE/ FISIATRIA/MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE** | **oN oC** |
| **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** | **oN oC** |
| **036** | **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA** | **oN oC** |
| 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)* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **oN oC** |
| Centro Dialisi Assistenza Limitata  | o |
| Centro Dialisi ad Assistenza Continuativa | o |
| **B** | **0133** | **Ambulatorio di terapia iperbarica** | **oN oC** |
| **B** | **0024** | **Anatomia Patologica** | **003** | **ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA** | **oN oC** |
| **B** | **0080** | **Punti di primo Intervento** | **oN oC** |
| **B** | **0124** | **Assistenza domiciliare** | **oN oC** |

**Tab. 1.B.3.** Indicare nell'**assetto Attuale** della struttura per le **attività di diagnostica per immagini, già autorizzate** alla data di presentazione della domanda, le tipologie e caratteristiche delle apparecchiature già autorizzate.

|  |  |
| --- | --- |
| **Assetto Attuale** |  **o Attività diagnostica per immagini (009)****Disciplina (069) RADIOLOGIA / DIAGNOSTICA PER IMMAGINI** |
| **o** | **Radiologia convenzionale** |
| **o** | **Tomografia Computerizzata (TC)** |
| **o** | **TAC/Gamma Camera** |
| **o** | **Radiologia convenzionale** |
| **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 ….……\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

Indicarenell’**assetto in Variazione** le **nuove richieste di apparecchiature** oggetto della domanda presentata per integrazione dell’autorizzazione in essere, per tipologia.

|  |  |
| --- | --- |
| **Assetto****in Variazione** |  **o Attività diagnostica per immagini (009)****Disciplina (069) RADIOLOGIA / DIAGNOSTICA PER IMMAGINI** |
| **o** | **Radiologia convenzionale** |
| **o** | **Tomografia Computerizzata (TC)** |
| **o** | **TAC/Gamma Camera** |
| **o** | **Radiologia convenzionale** |
| **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 sia i Posti letto/N. Ambulatori **dell’assetto attuale della struttura**, già autorizzati alla data di presentazione della domanda, che il N. di Posti letto/N. Ambulatori oggetto della **richiesta di variazione dell'autorizzazione in essere**. *Indicare nell’assetto in variazione i Posti letto/n. Ambulatori complessivi, comprensivi dell’incremento o della riduzione richiesta oppure azzerare i Posti letto/n. Ambulatori nel caso di cessazione.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo struttura****(Tabella 1- Sez. C)** | **Assetto Attuale****già Autorizzato** | **Assetto in Variazione Richiesto** |
| **C.1. Ospedale di Comunità****0127 Ospedale di Comunità**Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** | Posti Letto\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Posti Letto\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **C.2.** **Casa della comunità****0125 Casa della comunità**Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** | N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_ | N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_ |
| **C.3. CAU - Centri di Assistenza Urgenza****0126 CAU - Centri di Assistenza Urgenza**Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** | N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_ | N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_ |
| **C.4. Consultorio familiare****0033 Consultorio familiare** Denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **o** | N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_ | N. Ambulatori \_\_\_\_\_\_ |

Indicare **le Attività/Funzioni (Tabella 2) già autorizzate** (Assetto attuale) **o richieste di variazione dell'autorizzazione in essere** (Assetto in variazione)e rispettive **discipline (Tabella 3)** e indicatori nelle specifiche **Sezioni di macro-attività (B, F, H)** sulla base delle **singole attività/funzioni esercitate o richieste** per il servizio territoriale.*(es. per la Casa della comunità indicare le singole attività esercitate nelle corrispondenti sezioni di macro-attività specifica: gli ambulatori medici nella Sez. B delle attività specialistiche ambulatoriali, il Centro di salute mentale alla Sez. H, il Punto prelievi nella Sez. B, 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 l'**assetto attuale delle strutture** del sistema regionale sangue alla data di presentazione della domanda, per singole attività/funzioni e discipline **già autorizzate** e relativi indicatori.

**STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SANGUE - ASSETTO ATTUALE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONI ATTUALI(Tabella 2-Sez. D)** | **DISCIPLINE ATTUALI(Tabella 3-Sez. D)** | **Indicatori assetto** **ATTUALIE** |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**Tab. 1.D.2** Indicare **SOLO** le **nuove richieste o variazioni oggetto della richiesta di variazione dell'autorizzazione in essere**. Indicare il dettaglio delle *Nuove attività/funzioni*, discipline e Indicatori oppure le *Variazioni* *(Ampliamento o riduzione del n. Sale, Letti, Locali/Cessazione attività con azzeramento degli indicatori)* rispetto all’assetto attuale della struttura già dichiarato in Tab. 1.D.1.

Indicare *il n. di Sale / n. Letti-Poltrone / n. Locali / n. Posti complessivi, sempre comprensivi della richiesta di variazione (incremento o riduzione).*

**STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SANGUE - ASSETTO in VARIAZIONE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONI** **in VARIAZIONE(Tabella 2-Sez. D)** | **DISCIPLINE****in VARIAZIONE(Tabella 3-Sez. D)** | **Indicatori** **in VARIAZIONE** |
| **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 l'**assetto attuale delle strutture del sistema regionale soccorso e trasporto infermi,** alla data di presentazione della domanda, per singole attività/funzioni e discipline **già autorizzate** e relativi indicatori.

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

**STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI - ASSETTO ATTUALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Tab. 1.E.2** Indicare **SOLO** le **variazioni oggetto della richiesta di integrazione dell'autorizzazione in essere**, rispetto a quanto già dichiarato in Tab. 1.E.1.

**STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI - ASSETTO IN VARIAZIONE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 l'**assetto attuale dei servizi territoriali di sanità pubblica,** alla data di presentazione della domanda, per singole attività/funzioni e discipline **già autorizzate** e relativi N. di ambulatori.

**STRUTTURE dei SERVIZI TERRITORIALI DI SANITA’ PUBBLICA - ASSETTO ATTUALE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONI ATTUALI (Tab. 2-Sez. F)** | **Indicatori assetto ATTUALE** | **DISCIPLINE****ATTUALI (Tab. 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** |  |

**Tab. 1.F.2** Indicare **SOLO** le **variazioni** rispetto all’assetto attuale indicato in Tab. 1.F.1, **oggetto della richiesta di integrazione dell'autorizzazione in essere**.

Indicare *le* *Nuove* attività/funzioni, discipline, le *Variazioni* o *Cessazioni di* attività/funzioni, *discipline* già autorizzate in precedenza*.* Indicare *il n. di Ambulatori complessivi richiesti: Nuovi Ambulatori per nuove attività/funzioni richieste oppure n. Ambulatori in variazione comprensivi di incremento o riduzione richiesto oppure azzerare il n. Ambulatori nel caso di cancellazione di attività/funzione già autorizzata in precedenza.*

**ASSETTO IN VARIAZIONE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEZ (Tab. 1)** | **ATTIVITA’/FUNZIONI** **in VARIAZIONE(Tab. 2-Sez. F)** | **Indicatori** **in VARIAZIONE** | **DISCIPLINE****in VARIAZIONE(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** sia i Posti letto **dell’assetto attuale della struttura** alla data di presentazione della domanda, che i Posti letto richiesti SOLO se sono oggetto della **richiesta di variazione dell'autorizzazione in essere**. *Indicare i Posti richiesti, comprensivi dell’incrementi o della riduzione richiesta oppure azzerarli nel caso di cessazione.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo struttura****(Tabella 1-Sez. G)** | **Assetto Attuale****Posti Letto** **già Autorizzati** | **Assetto** **in Variazione****Posti Letto** **richiesti** |
| **G.1. Hospice**Denominazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Attività/Funzione: **028 HOSPICE**Disciplina: **099 CURE PALLIATIVE/HOSPICE** | **o** | **Posti Letto ATTUALI****\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Posti Letto in VARIAZIONE** **\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Indicare **le Attività/Funzioni (Tabella 2) già autorizzate** (Assetto ATTUALE) **o richieste di variazione dell'autorizzazione in essere** (Assetto in VARIAZIONE)e rispettive **discipline (Tabella 3)** e indicatori nella specifica **Sezione di macro-attività B,** sulla base delle **attività/funzioni esercitate o 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 richiesta di variazione dell'autorizzazione in essere.

|  |
| --- |
| **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 attuale della struttura** alla data di presentazione della domanda, per singole attività/funzioni e discipline **già autorizzate** e rispettivi n. di Ambulatori.

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

**Tab. 1.H.2** Indicare **SOLO** le **variazioni** rispetto all’assetto attuale indicato in Tab. 1.H.1, **oggetto della richiesta di integrazione dell'autorizzazione in essere**.

Indicare *le* *Nuove* attività/funzioni, discipline le *Variazioni* o *Cessazioni di* attività/funzioni, *discipline* già autorizzate in precedenza*.* Indicare *il n. di Ambulatori complessivi richiesti: Nuovi Ambulatori per nuove attività/funzioni richieste oppure n. Ambulatori in variazione comprensivi di incremento o riduzione richiesto oppure azzerare il n. Ambulatori nel caso di cancellazione di attività/funzione già autorizzata in precedenza.*

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

|  |
| --- |
| **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 attuale della struttura** alla data di presentazione della domanda, per singole attività/funzioni e discipline e rispettivi N. Posti Letto **già autorizzati**.

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

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

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

**Tab. 1.I.2** Indicare **SOLO** le **variazioni** rispetto all’assetto attuale indicato in Tab. 1.I.1, **oggetto della richiesta di integrazione dell'autorizzazione in essere**.

Indicare *le* *Nuove* attività/funzioni, discipline, le *Variazioni* o *Cessazioni di* attività/funzioni, *discipline* già autorizzate in precedenza*.* Indicare *il n. di Posti letto complessivi richiesti: Nuovi Posti letto per nuove attività/funzioni richieste oppure Posti letto in variazione comprensivi di incremento o riduzione richiesto oppure azzerare il n. Posti letto nel caso di cancellazione di attività/funzione già autorizzata in precedenza.*

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

**Tab. 1.I.2** *Segue*

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