**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE
DI STRUTTURA SANITARIA GIA' IN ESERCIZIO.**

All'Assessorato alla Sanità - Regione Campania
Centro Direzionale Isola C/3
80143 Napoli

A

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov _____ il _____ residente a _____ Prov _____ Via _____ n° _____ Codice Fiscale _____ Telefono n° _____ E-mail _____
--

B

In qualità di _____ della Società/Ente/Azienda _____ Partita IVA _____ con sede in _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

In possesso dell'autorizzazione all'esercizio n° _____ del _____ rilasciata dal Comune di _____

Prov _____ in applicazione della D.G.R.C. n° 3958 del 7.8.2001 e successive modifiche ed integrazioni;

in possesso di tutti i requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO istituzionale, previsti dal Regolamento. n° _____ del _____;

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.

Chiede il rilascio del titolo di accreditamento istituzionale

C

per l'attività di ⁽¹⁾: _____

erogata in regime⁽²⁾: _____

con dotazione di ⁽³⁾ n: ____ posti letto a ciclo continuativo/residenziali e di n° ____ p.l. a ciclo diurno/semi residenziali

Codice	Disciplina	P.L.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

erogata nella struttura denominata: _____

All'uopo dichiara che l'attività di _____ è prestata in regime di provvisorio accreditamento SI NO

_____ è prestata in regime di provvisorio accreditamento SI NO

_____ è prestata in regime di provvisorio accreditamento SI NO

_____ è prestata in regime di provvisorio accreditamento SI NO

_____ è prestata in regime di provvisorio accreditamento SI NO

_____ è prestata in regime di provvisorio accreditamento SI NO

_____ è prestata in regime di provvisorio accreditamento SI NO

_____ è prestata in regime di provvisorio accreditamento SI NO

Allega alla presente:

D

- Provvedimento di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria, rilasciata ai sensi della D.G.R.C. n° 3958 del 7.8.2001 e successive modifiche ed integrazioni.
- Relazione ⁽⁴⁾, datata e firmata, sull'attività svolta, redatta ai sensi dell'art. 4, comma 4 del regolamento n. _____ del _____

Data _____

Firma del Titolare o Legale rappresentante _____
(per esteso)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO AI-Eser.

L'accreditamento istituzionale può essere richiesto esclusivamente per le attività per le quali si è ottenuta l'autorizzazione all'esercizio, rilasciata ai sensi della D.G.R.C. n° 3958 del 7.8.2001 e successive modifiche ed integrazioni.

Il riquadro A deve essere compilato integralmente.

Il riquadro B deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica.

Il riquadro C deve essere compilato indicando al punto ⁽¹⁾ la tipologia delle prestazioni per la quale si richiede accreditamento istituzionale, riportando:

nel regime ambulatoriale extra o intraospedaliero:

1) Attività di ambulatorio medico	9) Attività di diagnostica per immagini
2) Attività di ambulatorio chirurgico	10) Attività di radioterapia
3) Attività di studio odontoiatrico	11) Attività di medicina nucleare in vivo
4) Attività di ambulatorio odontoiatrico	12) Attività di terapia iperbarica
5) Attività di medicina di laboratorio:
laboratori generali di base	13) Centro di salute mentale
laboratori generali di base con settori specializzati: A,B,C,D,E,F	14) Consultorio familiare
laboratori specializzati: A,B, C, D, E, F	15) Attività ambulatoriale di trattamento delle tossicodipendenze
6) Attività di anatomia patologica	
7) Attività di medicina trasfusionale	
8) Attività di diabetologia	

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno

nel regime di ricovero ospedaliero ad esclusivo ciclo diurno: day hospital medico -chirurgico

nel regime residenziale e semiresidenziale:

- 1) Centro diurno di riabilitazione psicosociale
- 2) Day Hospital psichiatrico
- 3) Residenze Sanitarie a ciclo continuativo e/o diurno:
 - RSA e Centri Diurni per anziani non autosufficienti, demenze e Alzheimer
 - RSA e Centri Diurni per disabili non autosufficienti
 - Residenze Sanitarie di riabilitazione estensiva di soggetti portatori di disabilità fisica, psichica e sensoriale
 - Residenze Psichiatriche – S.I.R

4) Centri residenziali cure palliative

5) Strutture residenziali per tossicodipendenti;

al punto (2) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale.

al punto (3) la dotazione dei posti letto nel caso di presidi ospedalieri o strutture residenziali o semiresidenziali.

La relazione (4) sull'attività svolta, richiesta nel riquadro D, deve essere riferita agli ultimi 24 mesi e deve riportare:

- volumi e tipologie delle prestazioni erogate;
- la casistica trattata (case mix);
- la qualità espressa in termini di accessibilità, umanizzazione, appropriatezza, riduzione dei tempi e liste di attesa, continuità delle cure, riduzione dei rischi e soddisfazione degli utenti.

N.B.: In caso di titolarità di attività svolte in più sedi la relazione dovrà riguardare ciascuna sede.

La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura o dal suo legale rappresentante.