

## 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

<b>Denominazione struttura</b> _____
Indirizzo via _____ n. _____
Telefono _____ e-mail _____ PEC _____
<b>Tipologia di struttura, indicare la MACRO-AREA secondo l'attività prevalente della struttura (Tabella 1)</b>
<input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B) <input type="checkbox"/> (C) <input type="checkbox"/> (D) <input type="checkbox"/> (E) <input type="checkbox"/> (F) <input type="checkbox"/> (G) <input type="checkbox"/> (H) <input type="checkbox"/> (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).

A **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. <input type="checkbox"/>	0013	AREA DI DEGENZA ORDINARIA POSTI LETTO _____			
A.1. <input type="checkbox"/>	0016	RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (TI) POSTI LETTO _____			
A.1. <input type="checkbox"/>	0017	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (TIN) POSTI LETTO _____			
A.1. <input type="checkbox"/>	0131	STROKE UNIT POSTI LETTO _____			
A.2. <input type="checkbox"/>	0018	DAY HOSPITAL POSTI LETTO _____			
A.2. <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	BLOCCO OPERATORIO	N. sale: _____		
0015 <input type="checkbox"/>	PUNTO NASCITA / BLOCCO PARTO	N. sale: _____	037	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
0012 <input type="checkbox"/>	PRONTO SOCCORSO	<b>N. ambulatori</b> e/o di box per <b>visita-trattamento:</b> _____  <b>N. ambulatori</b> per la gestione <b>dell'emergenza:</b> _____  <b>N. Box</b> <b>Osservazione Breve (OBI):</b> _____		

Nuova Richiesta	ATTIVITA'/FUNZIONI (Tabella 2-Sez. A)		DISCIPLINE (Tabella 3-Sez. A)	
	cod	descrizione	cod	descrizione
<input type="checkbox"/>	0021	ATTIVITÀ DI RADIOTERAPIA	070	<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA
			074	<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
<input type="checkbox"/>	0020	MEDICINA NUCLEARE E ATTIVITÀ DI TERAPIA RADIOMETABOLICA	061	<input type="checkbox"/> MEDICINA NUCLEARE
<input type="checkbox"/>	0024	ANATOMIA-PATOLOGICA	003	<input type="checkbox"/> ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA
<input type="checkbox"/>	0026	SERVIZIO FARMACEUTICO	129	<input type="checkbox"/> FARMACIA OSPEDALIERA
<input type="checkbox"/>	0027	CENTRALE STERILIZZAZIONE		
<input type="checkbox"/>	0025	SERVIZIO MORTUARIO		

## B 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 indicata la 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.

<b>Tipo struttura</b> (Tabella 1)	
<b>B.1 POLIAMBULATORIO</b>	<input type="checkbox"/>
<b>B.2. ATTIVITÀ SPECIALISTICHE AMBULATORIALE</b> (NON IN POLIAMBULATORIO)	<input type="checkbox"/>

**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 <input type="checkbox"/>	0001	AMBULATORIO MEDICO	N. Ambulatori: _____		
B <input type="checkbox"/>	0002	AMBULATORIO CHIRURGICO	N. Ambulatori: _____		
B <input type="checkbox"/>	0003	AMBULATORIO ENDOSCOPICO	N. Ambulatori: _____		
B <input type="checkbox"/>	0004	AMBULATORIO ODONTOIATRICO	N. Ambulatori _____	035	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA
B <input type="checkbox"/>	0123	AMBULATORIO CHIRURGICO PROTETTO <i>per prestazioni ad alta complessità (DM 70/2015)</i>	N. Ambulatori: _____		
B <input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	
				esami chimica clinica	<input type="checkbox"/>	
				esami ematologia	<input type="checkbox"/>	
				esami immunoematologia	<input type="checkbox"/>	
				microbiologia	<input type="checkbox"/>	
				genetica medica	<input type="checkbox"/>	
				POCT - Point of care testing	<input type="checkbox"/>	
B	0008	PUNTO PRELIEVO	100	LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE	<input type="checkbox"/>	
		<i>(Struttura dedicata all'attività di prelievo, collocata in sede diversa da quella del laboratorio analisi)</i>				
		Indicare il laboratorio di analisi autorizzato all'esercizio dell'attività denominazione, indirizzo, PEC _____				
		di cui il Punto prelievo è funzionalmente dipendente				<input type="checkbox"/>
con cui il Punto prelievo ha accordi per le produzioni analitiche				<input type="checkbox"/>		
B	0010	PRESIDIO AMBULATORIALE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	056	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE/ FISIATRIA/MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	<input type="checkbox"/>	
			036	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	<input type="checkbox"/>	
		Box/locali per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari. Indicare il <b>N. totale complessivo</b> _____				
		Area attrezzata per attività di gruppo (palestra)				<input type="checkbox"/>
Area attrezzata per attività in acqua				<input type="checkbox"/>		
B	0011	CENTRO AMBULATORIALE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	056	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE/ FISIATRIA/MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	<input type="checkbox"/>	
			036	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	<input type="checkbox"/>	
		Aree attrezzate per attività individuali				<input type="checkbox"/>
		Aree attrezzate per disturbi comunicativi/cognitivi				<input type="checkbox"/>
		Box/locali per attività di massoterapia, terapia fisica e strumentale e manipolazioni articolari. Indicare il <b>N. totale complessivo</b> _____				
		Area attrezzata per attività di gruppo (palestra)				<input type="checkbox"/>
Area attrezzata per attività in acqua				<input type="checkbox"/>		
B	0005	CENTRO DIALISI Indicare il <b>Numero di Posti Letto</b> (se previsti) _____			<input type="checkbox"/>	
		Centro Dialisi Assistenza <i>Limitata</i>			<input type="checkbox"/>	
		Centro Dialisi ad Assistenza <i>Continuativa</i>			<input type="checkbox"/>	
B	0133	AMBULATORIO DI TERAPIA IPERBARICA			<input type="checkbox"/>	
B	0024	ANATOMIA PATOLOGICA	003	ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA	<input type="checkbox"/>	
B	0080	PUNTI DI PRIMO INTERVENTO			<input type="checkbox"/>	
B	0124	CURE DOMICILIARI			<input type="checkbox"/>	

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

<b>Nuova Richiesta</b>	<input type="checkbox"/> <b>ATTIVITÀ DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (009)</b> Disciplina (069) RADIOLOGIA / DIAGNOSTICA PER IMMAGINI					
<input type="checkbox"/>	<b>RADIOLOGIA CONVENZIONALE</b>					
<input type="checkbox"/>	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)</b>					
<input type="checkbox"/>	<b>TAC/PET</b>					
<input type="checkbox"/>	<b>TAC/GAMMA CAMERA</b>					
<input type="checkbox"/>	<b>RISONANZA MAGNETICA</b>					
	N.	Tipologia	Data di costruzione	Data di installazione	Campo di induzione magnetica (Tesla)	Settoriale (S) / Non Settoriale (NS)
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
<input type="checkbox"/>	<b>RADIOLOGIA INTERVENTISTICA</b> <input type="checkbox"/> Angiografia <input type="checkbox"/> Altro					
<input type="checkbox"/>	<b>ECOGRAFIA</b>					
<input type="checkbox"/>	<b>MAMMOGRAFIA</b>					
<input type="checkbox"/>	<b>ALTRA ATTIVITÀ DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</b> (specificare Es. densitometria, acceleratore ..... )					

## C 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
<b>C.1. OSPEDALE DI COMUNITÀ</b> <b>0127 OSPEDALE DI COMUNITÀ</b> Denominazione _____	<input type="checkbox"/>	Posti Letto _____
<b>C.2. CASA DELLA COMUNITÀ</b> <b>0125 CASA DELLA COMUNITÀ</b> Denominazione _____	<input type="checkbox"/>	N. Ambulatori _____
<b>C.3. CAU - CENTRI DI ASSISTENZA URGENZA</b> <b>0126 CAU - CENTRI DI ASSISTENZA URGENZA</b> Denominazione _____	<input type="checkbox"/>	N. Ambulatori _____
<b>C.4. CONSULTORIO FAMILIARE</b> <b>0033 CONSULTORIO FAMILIARE</b> Denominazione _____	<input type="checkbox"/>	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 **single 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 COMUNITÀ - 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.

## D 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 (Ta b. 1)	ATTIVITA'/FUNZIONI (Tabella 2-Sez. D)		DISCIPLINE (Tabella 3-Sez. D)		Indicatori
	cod	descrizione	cod	descrizione	
D <input type="checkbox"/>	0022	SERVIZI E CENTRI DI MEDICINA TRASFUSIONALE	102 <input type="checkbox"/>	CENTRO TRASFUSIONALE E IMMUNOEMATOLOGIA	<b>N. SALE</b> Visita/Ambulatori _____ <b>N. Letti /Poltrone</b> per Prelievo _____ <b>N. Locali</b> _____ <b>N. Posti</b> _____ per l'effettuazione delle prestazioni (trasfusioni, predepositi, salassi, aferesi, terapia infusiva)
			018 <input type="checkbox"/>	EMATOLOGIA	
			020 <input type="checkbox"/>	IMMUNOLOGIA	
<b>Struttura sanitaria di riferimento:</b> Denominazione _____ indirizzo c/o _____			con le seguenti <b>articolazioni:</b> Denominazione e sede _____ _____ _____		
D <input type="checkbox"/>	0023	UNITÀ O PUNTI FISSI DI RACCOLTA SANGUE	102 <input type="checkbox"/>	CENTRO TRASFUSIONALE E IMMUNOEMATOLOGIA	<b>N. SALE</b> Visita/Ambulatori _____ <b>N. Letti /Poltrone</b> per Prelievo _____
			018 <input type="checkbox"/>	EMATOLOGIA	
			020 <input type="checkbox"/>	IMMUNOLOGIA	
<b>Struttura sanitaria di riferimento:</b> Denominazione _____ indirizzo c/o _____			con le seguenti <b>articolazioni:</b> Denominazione e sede _____ _____ _____		



## **E 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**

<b>E</b> <input type="checkbox"/>	<b>0085</b>	<b>STRUTTURE DEL SISTEMA REGIONALE SOCCORSO E TRASPORTO INFERMI</b> <b>Disciplina 108-EMERGENZA EXTRAOSPEDALIERA</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>soccorso in emergenza/urgenza</b>
	<input type="checkbox"/>	<b>trasporto non in emergenza/urgenza</b>
effettuato con postazione/sede partenza e sosta delle ambulanze/automediche sita in: via _____ comune _____		

**e con i seguenti mezzi:**

<b>tipo di mezzo</b>	<b>Targa veicoli</b>	<b>anno immatricolazione</b>	<b>km percorsi alla data di presentazione della domanda</b>

## F STRUTTURE DEI SERVIZI TERRITORIALI DI SANITÀ PUBBLICA

**Tab. 1.F.1.** Indicare il riepilogo dell'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 <input type="checkbox"/>	0001	AMBULATORIO MEDICO	N. Ambulatori _____	199 <input type="checkbox"/>	IGIENE PUBBLICA
				025 <input type="checkbox"/>	MEDICINA DEL LAVORO
				027 <input type="checkbox"/>	MEDICINA LEGALE
				015 <input type="checkbox"/>	MEDICINA SPORTIVA
				024 <input type="checkbox"/>	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

## G 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
<b>G.1. HOSPICE</b> Denominazione: _____  Attività/Funzione: <b>028 HOSPICE</b>  Disciplina: <b>099 CURE PALLIATIVE/HOSPICE</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Posti Letto</b> _____

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.)

## H 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)	
<b>H.1. CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM)</b> Denominazione _____	<input type="checkbox"/>
<b>H.2. SERVIZIO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE SERDP (EX SERT)</b> Denominazione _____	<input type="checkbox"/>
<b>H.3. CENTRO DI NEUROPSICHIATRIA PER INFANZIA E ADOLESCENZA (CNPIA)</b> Denominazione _____	<input type="checkbox"/>
<b>H.4. DAY HOSPITAL PSICHIATRICO (TERRITORIALE)</b> Denominazione _____	<input type="checkbox"/>

**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 <input type="checkbox"/>	CENTRO DI SALUTE MENTALE	N. Ambulatori _____	033	<input type="checkbox"/> NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	<input type="checkbox"/> PSICHIATRIA
H.2.	0034 <input type="checkbox"/>	SERVIZIO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE (SERDP)	N. Ambulatori _____	040	<input type="checkbox"/> PSICHIATRIA
				042	<input type="checkbox"/> TOSSICOLOGIA
H.3.	0122 <input type="checkbox"/>	CENTRO NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA DELL'ADOLESCENZA	N. Ambulatori _____	033	<input type="checkbox"/> NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
H.4.	0031 <input type="checkbox"/>	DAY HOSPITAL PSICHIATRICO	N. Ambulatori _____	033	<input type="checkbox"/> NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	<input type="checkbox"/> PSICHIATRIA

## I 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 _____	<input type="checkbox"/>
I.2. RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA TERRITORIALE Denominazione _____	<input type="checkbox"/>
I.3. RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA CON AUTORIZZAZIONE OSPEDALIERA Denominazione _____	<input type="checkbox"/>
I.4. STRUTTURA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE D'ABUSO Denominazione _____	<input type="checkbox"/>
I.5. STRUTTURA TERAPEUTICA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE PER MINORI (NPIA) Denominazione _____	<input type="checkbox"/>

**Tab. 1.1.1.** 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 <input type="checkbox"/>	CENTRO DIURNO PSICHIATRICO	N. PL _____	033	<input type="checkbox"/> NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	<input type="checkbox"/> PSICHIATRIA
I.2.	0129 <input type="checkbox"/>	RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA TERRITORIALE	N. PL _____	033	<input type="checkbox"/> NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	<input type="checkbox"/> PSICHIATRIA
I.3.	0130 <input type="checkbox"/>	RESIDENZA SANITARIA PSICHIATRICA CON AUTORIZZAZIONE OSPEDALIERA	N. PL _____	033	<input type="checkbox"/> NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	<input type="checkbox"/> PSICHIATRIA
I.4.	0035 <input type="checkbox"/>	COMUNITÀ PEDAGOGICO/ TERAPEUTICA RESIDENZIALE TOSSICODIPENDENTI	N. PL _____	040	<input type="checkbox"/> PSICHIATRIA
				042	<input type="checkbox"/> TOSSICOLOGIA
I.4.	0036 <input type="checkbox"/>	COMUNITÀ PEDAGOGICO/ TERAPEUTICA SEMIRESIDENZIALE TOSSICODIPENDENTI	N. PL _____	040	<input type="checkbox"/> PSICHIATRIA
				042	<input type="checkbox"/> TOSSICOLOGIA
I.4.	0037 <input type="checkbox"/>	STRUTTURA RESIDENZIALE PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE D'ABUSO AFFETTE DA PATOLOGIE PSICHIATRICHE	N. PL _____	040	<input type="checkbox"/> PSICHIATRIA
				042	<input type="checkbox"/> TOSSICOLOGIA
I.4.	0039 <input type="checkbox"/>	STRUTTURA PER PERSONE DIPENDENTI DA SOSTANZE D'ABUSO CON FIGLI MINORI O DONNE IN GRAVIDANZA	N. PL _____	033	<input type="checkbox"/> NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
				040	<input type="checkbox"/> PSICHIATRIA
				042	<input type="checkbox"/> TOSSICOLOGIA

**Tab. 1.1.1** *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 <input type="checkbox"/>	STRUTTURA RESIDENZIALE PER LA GESTIONE DELLE CRISI E LA RIVALUTAZIONE DIAGNOSTICA	N. PL _____	040	<input type="checkbox"/> PSICHIATRIA
				042	<input type="checkbox"/> TOSSICOLOGIA
I.5.	0135 <input type="checkbox"/>	STRUTTURA TERAPEUTICA- RIABILITATIVA RESIDENZIALE PER MINORI (NPIA)	N. PL _____	033	<input type="checkbox"/> NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
I.5.	0136 <input type="checkbox"/>	STRUTTURA TERAPEUTICA- RIABILITATIVA SEMIRESIDENZIALE PER MINORI (NPIA)	N. PL _____	033	<input type="checkbox"/> 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 possieda la firma digitale può essere presentato il formato pdf unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

