

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL'ACCREDITAMENTO CON RISERVA DI
VERIFICA DELL'ATTIVITA' E DEI RISULTATI.**

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 _____;

prima di iniziare l'esercizio dell'attività sanitaria;

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

**Chiede il rilascio del titolo di accreditamento con riserva
di verifica dell'attività e dei risultati**

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.

Data _____

Firma del Titolare o Legale rappresentante _____
(per esteso)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO A-RdV.

L'accREDITAMENTO con riserva di verifica 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 e prima di iniziare l'esercizio.

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 | 13) Centro di salute mentale |
| laboratori generali di base | 14) Consultorio familiare |
| laboratori generali di base con settori specializzati: A,B,C,D,E,F | 15) Attività ambulatoriale di trattamento delle tossicodipendenze |
| laboratori specializzati: A,B, C, D, E, F | |
| 6) Attività di anatomia patologica | |
| 7) Attività di medicina trasfusionale | |
| 8) Attività di diabetologia | |

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o 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.