

**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 <sup>(1)</sup>: \_\_\_\_\_erogata in regime<sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_con dotazione di <sup>(3)</sup> 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 <sup>(4)</sup>, 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 <sup>(1)</sup> 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:<br>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<br>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.