

ALLEGATO B alla domanda di autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e/o socio-sanitaria

ELENCO DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA DOMANDA

solo per le strutture private/servizi privati organizzate/i con modalità imprenditoriali o società:

- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del legale rappresentante, con indicazione dei soggetti da sottoporre alle verifiche antimafia
- N.....dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà di altre persone, diverse dal legale rappresentante, indicate dall'articolo 85 del D. Lgs. 159/2011;

per tutte le strutture e per i servizi sanitari/sociosanitari erogati presso strutture:

- planimetria dei locali in scala 1:100 con relazione in ordine alla destinazione d'uso;
- copia del regolamento sanitario interno concernente le modalità di ammissione degli utenti e le norme di funzionamento dei servizi, di pronta assistenza sanitaria per tutto l'orario di apertura e di organizzazione dei servizi generali;
- dichiarazione di accettazione dell'incarico da parte del direttore sanitario;
- lista di controllo n. 1 Dichiarazione del possesso dei requisiti minimi "REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI";
- lista di controllo n. 2 Dichiarazione del possesso dei requisiti minimi "REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI";
- a seconda della funzione per cui viene chiesta l'autorizzazione, la struttura allega altresì la/le seguente/i lista/liste di controllo (*barrare le caselle di interesse*):

per la FUNZIONE STRUTTURALE AMBULATORIALE:

- lista di controllo n. 3.1 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE";
- lista di controllo n. 3.2 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO";
- lista di controllo n. 3.3 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI";
- lista di controllo n. 3.4 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "PRESIDI AMBULATORIALI DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE";

solo per la funzione operativa "CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE"

- lista di controllo n. 3.5 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE";
- lista di controllo n. 3.6 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "CENTRO DI SALUTE MENTALE";
- lista di controllo n. 3.7 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "CONSULTORIO FAMILIARE";
- lista di controllo n. 3.8 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "AMBULATORIO CHIRURGICO (o Ambulatorio per interventi chirurgici)";
- lista di controllo n. 3.9 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "AMBULATORIO ODONTOIATRICO";
- lista di controllo n. 3.10 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "CENTRO DIALISI";



per la FUNZIONE STRUTTURALE ATTIVITA' DI MEDICINA TRASFUSIONALE:

- lista di controllo n. 1 - ST Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di medicina trasfusionale "SERVIZI TRASFUSIONALI";
- lista di controllo n. 2 - URSE Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di medicina trasfusionale "UNITA' DI RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI".

per la FUNZIONE STRUTTURALE CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

- lista di controllo n. 3.1 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE";

Solo per la funzione operativa "Centro di Procreazione Medicalmente Assistita di 1° Livello"

- lista di controllo n. 1 - PMA Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) DI PRIMO LIVELLO";

Solo per la funzione operativa "Centro di Procreazione Medicalmente Assistita di 2° Livello"

- lista di controllo n. 2 - PMA Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) DI SECONDO LIVELLO";
- lista di controllo n. 3.8 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "AMBULATORIO CHIRURGICO (o Ambulatorio per interventi chirurgici)";

Solo per la funzione operativa "Centro di Procreazione Medicalmente Assistita di 3° Livello"

- lista di controllo n. 3 - PMA Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) DI TERZO LIVELLO";
- lista di controllo n. 3.8 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "AMBULATORIO CHIRURGICO (o Ambulatorio per interventi chirurgici)";
- lista di controllo n. 4.2 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "AREA DI DEGENZA OSPEDALIERA"
- lista di controllo n. 4.9 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "DAY SURGERY".

per la FUNZIONE STRUTTURALE OSPEDALIERA:

- lista di controllo n. 4.1 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO";
- lista di controllo n. 4.2 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "AREA DI DEGENZA OSPEDALIERA";
- lista di controllo n. 4.3 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "REPARTO OPERATORIO";
- lista di controllo n. 4.4 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "PUNTO NASCITA - BLOCCO PARTO";



- lista di controllo n. 4.5 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA";
- lista di controllo n. 4.6 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "MEDICINA NUCLEARE";
- lista di controllo n. 4.7 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "ATTIVITA' DI RADIOTERAPIA";
- lista di controllo n. 4.8 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "DAY HOSPITAL";
- lista di controllo n. 4.9 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "DAY SURGERY";
- lista di controllo n. 4.10 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "GESTIONE FARMACI E MATERIALE SANITARIO";
- lista di controllo n. 4.11 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "SERVIZIO DI STERILIZZAZIONE";
- lista di controllo n. 4.12 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "SERVIZIO DI DISINFEZIONE";
- lista di controllo n. 4.13 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "SERVIZIO MORTUARIO OSPEDALIERO";

per la FUNZIONE STRUTTURALE RESIDENZIALE:

per tutte le strutture residenziali

- l'elenco del personale stabilito dalle direttive provinciali (con evidenza del rispetto del parametro, se previsto);

-
- lista di controllo n. 5.1 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI SOGGETTI PORTATORI DI DISABILITÀ FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI";
 - lista di controllo n. 5.2 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: CENTRO DIURNO PSICHIATRICO E DAY HOSPITAL PSICHIATRICO";
 - lista di controllo n. 5.3 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "PRESIDI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE: STRUTTURA RESIDENZIALE PSICHIATRICA";

*per la funzione operativa "Residenze sanitarie assistenziali (R.S.A)"
per la funzione operativa "Strutture intermedie"*

- lista di controllo n. 5.4 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (R.S.A)";
-
- lista di controllo n. 5.5 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "CENTRI RESIDENZIALI DI CURE PALLIATIVE";
 - lista di controllo n. 5.6 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "CASA ALLOGGIO PER MALATI DI AIDS (C.A. AIDS)";
 - lista di controllo n. 5.7 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "COMUNITÀ RIABILITATIVA TERAPEUTICA PER PERSONE CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)";
 - lista di controllo n. 5.8 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività socio-sanitaria denominata "CENTRO DIURNO PER ANZIANI";
 - lista di controllo n. 5.9 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività socio-sanitaria denominata "COMUNITA' RESIDENZIALE PER RELIGIOSI";



- lista di controllo n. 5.10 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività socio-sanitaria denominata "STRUTTURA SOCIO RIABILITATIVA PER ADULTI"

per la funzione operativa "Servizio per le dipendenze (ambulatoriale)"

per la funzione operativa "Comunità riabilitativa terapeutica per persone con dipendenze patologiche"

- (nuova) lista di controllo n. 1 - Parte seconda Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività socio-sanitaria denominata "STRUTTURA DI PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DELLE PERSONE CHE PRESENTANO UNA DIPENDENZA PATOLOGICA (SOSTANZE DA ABUSO E/O DIPENDENZE COMPORTAMENTALI)"
- il programma terapeutico adottato dalla struttura comprensivo dell'elenco delle singole attività svolte;

per la FUNZIONE STRUTTURALE IDROTERMALE:

- lista di controllo n. 1 - Parte terza Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "STABILIMENTI IDROTERMALI";
- dati analitici, dai quali risultino le caratteristiche chimico-fisiche e microbiologiche dell'acqua rilasciati da laboratori a ciò deputati;
- planimetria, con curve di livello, firmata dal richiedente e da un ingegnere, della località dove scaturisce la sorgente, in scala 1:1000 ed estesa per un raggio di almeno 200 metri, con indicazione della zona di protezione igienica;
- relazione sul bacino geologico, idrogeologico ed imbrifero della sorgente, con dati relativi alla portata ed alla temperatura della sorgente stessa e con tutte le determinazioni utili ad una completa conoscenza dell'acqua;
- nota descrittiva, corredata da disegni in scala 1:100 firmata dal richiedente e da un progettista, delle opere di presa dei serbatoi, della condotta e degli apparecchi di sollevamento meccanico;

per la FUNZIONE STRUTTURALE FITOBALNEOTERAPEUTICA:

- lista di controllo n. 2 – Parte terza Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività di "STABILIMENTI DI FITOBALNEOTERAPIA";
- planimetria in scala 1:100 delle aree sulle quali viene raccolto il fieno;
- relazione redatta da un botanico della tipologia di erba utilizzata.

per la FUNZIONE STRUTTURALE SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI:

- lista di controllo n. 6.1 Dichiarazione di possesso dei requisiti minimi previsti per l'esercizio di attività socio-sanitaria denominata "SERVIZIO INTEGRATO PER LA SALUTE MENTALE NELLE TRE MACROAREE DELLA SOCIALITÀ (*Fare assieme*), DELL'ABITARE E DEL LAVORO (Servizio SAL)".

