

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELL' ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE  
DI STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA**

**Mod. ACCR IST**  
(valido fino al 31.12.2006)

ALLA REGIONE BASILICATA  
DIPARTIMENTO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETA' SOCIALE,  
SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'  
Viale della Regione Basilicata, 9  
85100 POTENZA

**A)**

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale n: _____
Telefono n. _____ Fax n. _____ E-mail _____ @ _____

**B)**

In qualità di legale rappresentante della Azienda _____
Partita IVA _____ con Sede in _____
Via _____ numero civico _____

Chiede il rilascio, ai sensi della D.G.R. 2573/2005 dell'**accreditamento istituzionale**:

- transitorio**
- di I° livello**
- di II° livello**

**C)**

Per la Struttura :
Denominata /o (1): _____
che eroga prestazioni (2): _____
in regime di (3): _____
con una dotazione di (4) n: _____ posti letto

## ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE – REGIONE BASILICATA

D)

per le seguenti macroaree:

<b>DIRITTI PAZIENTE</b>	<b>DP</b>
<b>SERVIZI SUPPORTO</b>	<b>SS</b>
<b>PERCORSO ASSISTENZIALE:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>medicina di laboratorio</b>	<b>MD</b>
<input type="checkbox"/> <b>diagnostica per immagini</b>	<b>DI</b>
<input type="checkbox"/> <b>ambulatorio di riabilitazione e centri di rieducazione funzionale</b>	<b>AR e CRF</b>
<input type="checkbox"/> <b>ambulatoriale specialistica chirurgica</b>	<b>ASC</b>
<input type="checkbox"/> <b>ambulatoriale specialistica medica</b>	<b>ASM</b>
<input type="checkbox"/> <b>paziente oncologico</b>	<b>PO</b>
<input type="checkbox"/> <b>paziente con ictus</b>	<b>PI</b>
<input type="checkbox"/> <b>paziente con IMA</b>	<b>PIMA</b>
<input type="checkbox"/> <b>paziente chirurgico</b>	<b>PC</b>
<input type="checkbox"/> <b>paziente nefropatico cronico</b>	<b>PNC</b>
<input type="checkbox"/> <b>percorso nascita</b>	<b>PN</b>

Sita/o nel Comune di \_\_\_\_\_

Via / P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara:

- che la/le struttura/e NON è (sono) in possesso dei requisiti di sicurezza e dei requisiti minimi così come previsti dal D.P.R. 14.01.1997;
- che per la/le struttura/e è stata rilasciata l'autorizzazione provvisoria all'esercizio dell'attività sanitaria ai sensi dell'art. 16, comma 14 – L.R 28/2000 e s.m.i, (D.G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_);
- che la/le strutture è (sono) in possesso dei requisiti di accreditamento *istituzionale transitorio* come riportati nelle schede, debitamente sottoscritte, accluse alla presente e redatte in conformità allo “*Schema possesso requisiti*”, allegato al Manuale di Accreditamento;
- che la direzione sanitaria/responsabilità è affidata al dott. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ Laureato in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ specialista in \_\_\_\_\_ iscritto presso l'Ordine dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ il quale, con la sottoscrizione qui apposta, anch'egli consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara che i titoli personali sopra indicati sono effettivamente quelli posseduti, che non ha in corso provvedimenti restrittivi della professione e che non esercita altre attività incompatibili.

## **ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE – REGIONE BASILICATA**

Dichiara inoltre che **entro il 30 giugno 2007 si impegna a produrre un piano di adeguamento comprendente:**

- 1) progetto preliminare per l'adeguamento ai requisiti,
- 2) cronoprogramma con indicazione dei tempi di adeguamento,
- 3) piano dei costi da sostenere per le diverse categorie di interventi,
- 4) eventuali fonti di finanziamento degli interventi.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma del Direttore/Responsabile Sanitario : \_\_\_\_\_  
(timbro e firma per esteso)

Firma del Direttore sanitario : \_\_\_\_\_  
(timbro e firma per esteso)

Firma del Legale rappresentante: \_\_\_\_\_  
(timbro e firma per esteso)

## ACCREDITAMENTO STRUTTURE SANITARIE – REGIONE BASILICATA

### Istruzioni per la compilazione del Modello ACCR IST

La domanda di *accreditamento istituzionale* va presentata unitamente alle tabelle redatte e sottoscritte in conformità allo “*Schema possesso requisiti*”, allegato al Manuale di Accreditamento approvato con D.G.R. n. 2753/2005 e secondo la procedura amministrativa definita con provvedimento di Giunta Regionale.

La stessa deve essere prodotta in copia unica.

**Il riquadro A** deve essere sempre compilato integralmente;

**Il riquadro B** deve essere sempre compilato in tutte le parti di interesse;

**Il riquadro C** deve essere compilato in tutte le parti di interesse indicando:

- ⇒ al punto (1) la denominazione della Struttura: Ditta/Società/Ente/Azienda;
- ⇒ al punto (2) la tipologia delle prestazioni che vengono erogate così come individuate in sede di autorizzazione all'esercizio;
- ⇒ al punto (3) il regime individuato : ambulatoriale e ospedaliero;
- ⇒ al punto (4) la dotazione dei posti letto nel caso di presidi ospedalieri;

La domanda deve essere sottoscritta dal direttore sanitario/responsabile e dal titolare o legale rappresentante della struttura.

Alla domanda deve essere allegata la documentazione descritta di seguito:

- ✓ Autocertificazione concernente la conformità al possesso dei requisiti per l'accreditamento costituita da: una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (contenuta nel modulo della domanda stessa) firmata dal sanitario responsabile, dal direttore sanitario e dal titolare o legale rappresentante della struttura con allegate copie fotostatiche delle schede relative ai requisiti autocompilate e firmate singolarmente, in numero corrispondente alle singole macroaree e agli specifici percorsi assistenziali, identificati nel Manuale di accreditamento, oggetto di accreditamento. Occorre precisare che i percorsi assistenziali inseriti nel Manuale non contemplano tutte le discipline esistenti in ambito regionale, perciò le strutture che non dovessero trovare rappresentati nel Manuale tutti i propri percorsi assistenziali dovranno possedere e quindi autocompilare soltanto il percorso identificato (fatto salvo Diritti del Paziente e Servizi di Supporto) in conformità a quanto esplicitato nello *Schema possesso requisiti* e nel rispetto delle date individuate dal procedimento amministrativo di accreditamento;
- ✓ fotocopia di un documento di identità;
- ✓ per ogni singola Struttura: copia dell'atto di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria ai sensi della L.R. 28/00 e s.m.i., oppure, solo per l'accreditamento istituzionale transitorio, copia della domanda di rinnovo dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, ai sensi dell'art. 15 della predetta Legge.

Ulteriore documentazione potrà essere richiesta nel corso dell'istruttoria per la verifica di accreditamento, secondo le procedure da individuare. E' fatto obbligo alla struttura di fornire tutta la documentazione richiesta.

Tale documentazione deve rispondere in maniera veritiera al requisito cui si riferisce ed, in caso di non rispondenza, su tale requisito sarà espresso un giudizio negativo.

Inoltre la documentazione necessaria a dare evidenza ai requisiti applicabili e non allegata alla domanda dovrà essere conservata presso la struttura richiedente l'accreditamento e dovrà essere disponibile durante la visita di verifica.