

Allegato A alla domanda di accreditamento istituzionale**ELENCO ATTIVITA'**

(*) Vedere **ISTRUZIONI OPERATIVE**, contenute nell'Allegato B della presente domanda, relative alle liste di controllo presentare a seguito dell'introduzione dei nuovi requisiti di accreditamento approvati con la DGP n. 1848 dd. 05.10.2018 (punto n. 3 dispositivo), fase transitoria 05.10.2018-05.10.2019.

(barrare le caselle relative alle attività da accreditare):

- funzione strutturale **STUDI ODONTOIATRICI, STUDI MEDICI E DI ALTRE PROFESSIONI SANITARIE** **LISTA DI CONTROLLO SA: Studio odontoiatrico**

<u>funzione operativa:</u>
<input type="checkbox"/> studio odontoiatrico

- funzione strutturale **AMBULATORIALE (*)**
LISTA DI CONTROLLO SA: Specialistica Ambulatoriale
 (*) Nuova **LISTA DI CONTROLLO SPEC.AMB.: Prestaz.spec.amb.**

<u>funzione operativa:</u>	
<input type="checkbox"/> assistenza specialistica ambulatoriale <input type="checkbox"/> servizi di medicina di laboratorio <input type="checkbox"/> attività di diagnostica per immagini <input type="checkbox"/> attività di recupero e rieducazione funzionale <input type="checkbox"/> centri ambulatoriali di riabilitazione	<input type="checkbox"/> centro di salute mentale <input type="checkbox"/> consultorio familiare <input type="checkbox"/> ambulatorio chirurgico <input type="checkbox"/> ambulatorio odontoiatrico <input type="checkbox"/> centro dialisi

Funzioni sanitarie (da indicare se presenti funzioni operative di **assistenza specialistica ambulatoriale, ambulatorio chirurgico, servizi di medicina di laboratorio e attività di recupero e rieducazione funzionale**; barrare le caselle relative alle funzioni da accreditare)

	codice	descrizione	
assistenza specialistica ambulatoriale	A1.1	Anestesia	
	A1.2	Cardiologia	
	A1.3	Chirurgia generale	
	A1.4	Chirurgia plastica	
	A1.5	Chirurgia vascolare – Angiologia	
	A1.6	Dermatologia	
	A1.7	Diagnostica per immagini – Medicina nucleare	
	A1.8	Endocrinologia	
	A1.9	Gastroenterologia – Chirurgia ed endoscopia digestiva	
	A1.10	Nefrologia e dialisi	
	A1.11	Neurochirurgia	
	A1.12	Neurologia	
	A1.13	Oculistica	
	A1.14	Odontostomatologia – Chirurgia maxillo facciale	
	A1.15	Oncologia	
	A1.16	Ortopedia e traumatologia	
	A1.17	Ostetricia e ginecologia	
	A1.18	Otorinolaringoiatria	
	A1.19	Pneumologia	
	A1.20	Psichiatria	
	A1.21	Radioterapia	
	A1.22	Urologia	
	A1.00	Altro (specificare)	



servizi di medicina di laboratorio	A2.1	Anatomia e istologia patologica	
	A2.2	Genetica	
	A2.3	Immunoematologia e servizi trasfusionali	
	A2.4	Laboratorio analisi chimico-cliniche e microbiologiche	
	A2.5	Microbiologia e Virologia	
	A2.00	Altro (specificare)	
attività di recupero e rieducazione funzionale	A3.1	Medicina fisica e riabilitazione / Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	
	A3.2	Riabilitazione cardiologica	
	A3.3	Riabilitazione pneumologica	
	A3.00	Altro (specificare)	

e/o

funzione strutturale: ATTIVITÀ DI MEDICINA TRASFUSIONALE
LISTA DI CONTROLLO TT: Strutture Trasfusionali

funzione operativa:

- Servizi trasfusionali
- Unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti

e/o

funzione strutturale: CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
LISTA DI CONTROLLO PMA: Procreazione medicalmente assistita

funzione operativa:

- Centro di Procreazione Medicalmente Assistita di 1° Livello
- Centro di Procreazione Medicalmente Assistita di 2° Livello
- Centro di Procreazione Medicalmente Assistita di 3° Livello

e/o

funzione strutturale OSPEDALIERA (*)

funzione operativa:

- pronto soccorso**
- astanteria (cod. 51)** (da barrare solo se attivata nell'ambito del pronto soccorso)

(*) **LISTA DI CONTROLLO OS: Ospedaliera /Ricovero Ospedaliero**

(*) **Nuova LISTA DI CONTROLLO OSP: Strutture ospedaliere**

funzione operativa:

- area di degenza** n. ____ posti letto per acuti
n. ____ posti letto per riabilitazione
n. ____ posti letto per lungodegenza
- reparto operatorio**
- punto nascita - blocco parto**
- rianimazione - terapia intensiva** n. ____ posti letto
- medicina nucleare**
- attività di radioterapia**
- day-hospital** n. ____ posti letto
- day-surgery** n. ____ posti letto



Funzioni sanitarie (da indicare se presenti funzioni operative di **area di degenza, reparto operatorio, rianimazione-terapia intensiva, day hospital, day surgery**; barrare le caselle relative alle funzioni da accreditare)

cod.	Descrizione	area degenza	reparto operatorio	rianimazione - terapia intens.	day hospital	day surgery
1	Allergologia					
5	Angiologia					
7	Cardiochirurgia					
6	Cardiochirurgia pediatrica					
8	Cardiologia					
9	Chirurgia generale					
10	Chirurgia maxillo facciale					
11	Chirurgia pediatrica					
12	Chirurgia plastica					
13	Chirurgia toracica					
14	Chirurgia vascolare					
2	Day hospital (lista 4.8)					
52	Dermatologia					
97	Detenuti					
18	Ematologia					
54	Emodialisi					
57	Fisiopatologia della riproduzione umana					
58	Gastroenterologia					
21	Geriatria					
47	Grandi ustioni					
46	Grandi ustioni pediatriche					
20	Immunologia					
60	Lungodegenti					
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione					
24	Malattie infettive e tropicali					
26	Medicina generale					
29	Nefrologia					
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)					
77	Nefrologia pediatrica					
62	Neonatologia					
30	Neurochirurgia					
76	Neurochirurgia pediatrica					
32	Neurologia					
33	Neuropsichiatria infantile					
75	Neuro-riabilitazione					
31	Nido					
34	Oculistica					
35	Odontoiatria e stomatologia					
66	Oncoematologia					
65	Oncoematologia pediatrica					
64	Oncologia					
36	Ortopedia e traumatologia					
37	Ostetricia e ginecologia					
38	Otorinolaringoiatria					
39	Pediatria					
67	Pensionanti					
68	Pneumologia					
40	Psichiatria					
70	Radioterapia					
74	Radioterapia oncologica					
56	Recupero e riabilitazione funzionale					
71	Reumatologia					
49	Terapia intensiva / Rianimazione					
73	Terapia intensiva neonatale					
42	Tossicologia					
50	Unità coronarica					
28	Unità spinale					
43	Urologia					



78	Urologia pediatrica					
00	Altro (specificare)					

e/o

 funzione strutturale RESIDENZIALE (*)

(*) LISTA di controllo TR: Territoriale Semiresidenziale e Residenziale

LISTA di controllo TR: Territoriale Semiresidenziale e Residenziale

funzione operativa:

- casa alloggio per malati di AIDS** n. ____ posti letto

(*) Nuova LISTA di controllo EXTRA OSP.PAT.PSICH.: Prestaz.res.e semires.Patol.Psichiatriche

funzione operativa:

- comunità riabilitativa terapeutica per persone con disturbi del comportamento alimentare (DCA)** n. ____ posti letto residenziali

(*) Nuova LISTA di controllo EXTRA OSP.DISABILI: Prestaz.res.e semires.Disabili

funzione operativa:

- riabilitazione funzionale per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali** n. ____ posti residenziali
n. ____ posti semiresidenziali

(*) Nuova LISTA di controllo EXTRA OSP.PAT.PSICH.: Prestaz.res.e semires.Patol.Psichiatriche

funzione operativa:

- tutela della salute mentale / Centro diurno psichiatrico**
 tutela della salute mentale / Day Hospital psichiatrico
 struttura residenziale psichiatrica n. ____ posti residenziali
n. ____ posti semiresidenziali
 struttura socio riabilitativa per adulti n. ____ posti residenziali
n. ____ posti semiresidenziali

(*) Nuova LISTA di controllo EXTRA OSP.PAT.TERM.: Prestaz.res.e semires.Patol.Terminali

funzione operativa:

- centri residenziali di cure palliative (hospice)** n. ____ posti letto

(*) Nuova LISTA di controllo EXTRA OSP.DIP.PATOL.: Prestaz.res.e semires.Dipend.Patologiche

funzione operativa:

- servizio per le dipendenze (ambulatoriale)**
 comunità riabilitativa terapeutica per persone con dipendenze patologiche n. ____ posti residenziali
n. ____ posti semiresidenziali

(*) Nuova LISTA di controllo EXTRA OSP.ANZIANI: Prestaz.res.e semires.Anziani

funzione operativa:

- residenze sanitarie assistenziali (RSA)** n. ____ posti letto
 strutture intermedie n. ____ posti letto
 centro diurno per anziani n. ____ posti semiresidenziali

Tipologia: 1. centro diurno per anziani esterno; 2. centro diurno per anziani integrato; 3. centro diurno Alzheimer;
 4. servizio di presa in carico diurna continuativa (PIC);



5. servizio di presa in carico diurna continuativa per persone affette da demenza con gravi disturbi del comportamento (PIC A)

comunità residenziale per religiosi n. ____ posti residenziali

e/o

funzione strutturale **IDROTERMALE** **LISTA di controllo TE: Stabilimenti Termali (**)**

funzione operativa:

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> cure idropiniche | n. ____ punti cura | <input type="checkbox"/> cura sordità rinogena | n. ____ punti cura |
| <input type="checkbox"/> cure inalatorie | n. ____ punti cura | <input type="checkbox"/> cure vasculopatie periferiche | n. ____ punti cura |
| <input type="checkbox"/> cure balneoterapiche o fangobalneoterapiche | n. ____ punti cura | <input type="checkbox"/> riabilitazione neuromotoria e motoria del motuleso | n. ____ punti cura |
| <input type="checkbox"/> irrigazioni vaginali | n. ____ punti cura | <input type="checkbox"/> riabilitazione della funzione respiratoria | n. ____ punti cura |
| <input type="checkbox"/> ventilazione polmonare | n. ____ punti cura | | |

(**) vedi **istruzioni operative specifiche per gli stabilimenti termali**, indicate nell'Allegato B alla presente domanda, nella sezione dedicata alla documentazione da allegare per l'accreditamento della funzione strutturale idrotermale.

e/o

funzione strutturale **SERVIZI SANITARI E SOCIOSANITARI** (*)

funzione operativa

(*) **LISTA di controllo TR: Territ.Semires.e Res.**

(*) **Nuova LISTA di controllo EXTRA OSP.PAT.PSICH.: Prestaz.res.e semires.Patol.Psichiatriche**

- Servizio Integrato per la Salute Mentale nelle tre macroaree della Socialità (*Fare assieme*), dell'Abitare e del lavoro (**Servizio SAL**)

(*) **Nuova LISTA di controllo EXTRA OSP. ASS.DOM. Prestaz.assistenza domiciliare**

- Servizio di Assistenza domiciliare**

Luogo e data _____

_____ (firma del dichiarante)

