*Modello di domanda da redigere su carta intestata del soggetto gestore*

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA) PER UNITÀ D’OFFERTA SOCIOSANITARIA**

**ai sensi della L.R. 11 agosto 2015, n. 23**

*(da inoltrare alla ATS*

 *e, p.c., alla Regione, esclusivamente via PEC, e al Comune di ubicazione della udo)*

**Alla ATS di ………….**

**e, p.c.**

**A Regione Lombardia**

**Direzione Generale**

**WELFARE**

**welfare@pec.regione.lombardia.it**

**Al Comune di ………..**

**IL SOTTOSCRITTO**

nome e cognome, codice fiscale, luogo e data di nascita, residenza

**in qualità di legale rappresentante del soggetto gestore**

denominazione, forma giuridica, codice fiscale, partita IVA, sede legale, recapiti (telefono, telefax, indirizzo PEC, e-mail);

**consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi**

**SEGNALA**

***Specificare solo la voce di interesse****:*

* la messa in esercizio di nuova unità d’offerta
* il trasferimento in altra sede dell’attività (specificare se all’interno dello stesso edificio, nel medesimo comune, in altro comune della stessa ATS, in altra ATS)
* la modifica dell’attività preesistente
* la modifica dell’articolazione degli spazi della medesima unità d’offerta (con riferimento ai casi previsti dalla D.G.R. n. 2569/2014, Allegato 2, paragrafo 2.2, punto 6)
* la trasformazione in altra tipologia di unità d’offerta esistente
* la modifica del soggetto gestore di unità d’offerta non accreditata

riguardante la seguente tipologia di unità d’offerta sociosanitaria:

***indicare solo la tipologia oggetto dell’istanza****:*

* Assistenza domiciliare integrata
* Unità di Cure Palliative Domiciliari
* Centro diurno integrato per anziani
* Centro diurno per disabili
* Comunità socio sanitaria per disabili
* Consultorio familiare
* Servizio territoriale per le dipendenze
* Servizio multidisciplinare integrato
* Struttura residenziale per assistenza a persone dipendenti da sostanze lecite e illecite
* Struttura semiresidenziale per assistenza a persone dipendenti da sostanze lecite e illecite
* Hospice
* Residenza sanitario assistenziale per anziani
* Residenza sanitario assistenziale per disabili
* Servizi diurni per la riabilitazione (ambulatoriale, domiciliare, ciclo diurno continuo)
* Cure intermedie

**CUDES (se già posseduto)**, denominazione, indirizzo completo della sede operativa e relativi recapiti telefonici e e.mail, capacità ricettiva o erogativa (indicare numero e tipologia di posti o volumi di prestazioni)

*in caso di variazione della capacità ricettiva o erogativa preesistente specificare se:*

* a seguito di ampliamento da/a del numero di posti o dei volumi di attività
* a seguito di riduzione da/a del numero di posti o volumi di attività
* a seguito di modifica delle prestazioni o dei servizi erogati

*in caso di unità d’offerta preesistente specificare:*

* l’unità d’offerta è già abilitata all’esercizio con autorizzazione definitiva al funzionamento o DIA o SCIA n. …., rilasciata da …. o presentata a …., in data …., per …. (indicare il numero di posti o di prestazioni)
* l’unità d’offerta è già accreditata con provvedimento regionale n. …., in data …., per …. (indicare il numero di posti o di prestazioni)

**DICHIARA**

* che l’unità d’offerta è in possesso dei requisiti di esercizio generali e specifici, strutturali e tecnologici, organizzativi e gestionali previsti dal D.P.R. 14/01/1997, nonché dalla D.G.R. n. 2569 del 31/10/2014 e …. *(indicare le delibere di riferimento specifiche riportate in calce al presente modello)*
* che i documenti e le certificazioni comprovanti il possesso dei requisiti generali e specifici della unità d’offerta sono a disposizione presso la sede operativa per le successive verifiche
* che l’attività è esercitata a titolo di *(specificare se si tratta di: concessione, affitto di ramo d’azienda, gestione diretta di un bene di proprietà, gestione diretta di un bene non di proprietà, ecc., con eventuale data di scadenza dei relativi titoli)*
* che il proprietario dell’immobile sede dell’attività è *(indicare i dati del proprietario)*
* che il titolo di godimento dell’immobile sede dell’attività è *(indicare se proprietà, locazione, comodato d’uso, concessione, ecc.)*
* che per la realizzazione dell’immobile sede dell’attività sono o non sono stati impiegati finanziamenti statali o regionali *(eventualmente indicare gli estremi del finanziamento, la tipologia e la finalizzazione)*

**ALLEGA, SOLO PER LA ATS, LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

*(si ricorda che è possibile non allegare la documentazione ancora in corso di validità già trasmessa per altri procedimenti. In tal caso è sufficiente indicare il procedimento a cui fare riferimento)*

* autocertificazioni dei requisiti soggettivi di esercizio del legale rappresentante e degli altri soggetti di cui al Libro II del D.Lgs. n. 159/2011 (autocertificazione per comunicazione antimafia nel caso di gestore non a contratto o già a contratto per importi complessivi annuali inferiori a 150.000 euro. Nel caso di gestore già a contratto per importi superiori a 150.000 euro deve essere prodotta autocertificazione per informativa antimafia), corredate da copia del documento di identità dei dichiaranti, in corso di validità *(i legali rappresentanti di enti locali e di ASST che gestiscono direttamente unità d’offerta sociosanitarie non devono produrre le autocertificazioni di cui sopra)*
* due planimetrie quotate in scala 1:100, con destinazioni d’uso dei locali e degli spazi come previste dalle norme di settore, indicazione dei principali arredi, superfici e altezze dei singoli vani, rapporti aero-illuminanti calcolati in forma analitica e separata, con specificata la dichiarazione dell’eventuale presenza di impianto di trattamento aria. Le planimetrie devono essere datate e firmate dal legale rappresentante e dal tecnico abilitato
* atto relativo al titolo di godimento dell’immobile sede dell’attività
* relazione generale organizzativa e gestionale
* elenco nominativo del personale a standard, firmato dal legale rappresentante, con indicazione della qualifica, del titolo di studio, del ruolo svolto, del rapporto di lavoro, del monte ore settimanale
* dichiarazione del legale rappresentante attestante l’assenza di incompatibilità per il personale del ruolo sanitario operante a qualsiasi titolo presso la struttura
* atto di nomina del legale rappresentante
* atto costitutivo del soggetto gestore

Il sottoscritto si impegna a comunicare agli enti in indirizzo qualsiasi variazione dei dati sopraindicati, ad esclusione dell’elenco nominativo del personale.

La presente segnalazione riguarda esclusivamente la messa in esercizio di unità d’offerta sociosanitaria e non sostituisce eventuali adempimenti previsti da altre normative (es.: SCIA per VVFF, SCIA edilizia, SCIA per attività di preparazione e/o somministrazione di alimenti e bevande, autorizzazione in deroga ai sensi dell’articolo 65 del D.Lgs n. 81/2008, ecc.)

*Luogo e data Timbro e firma del legale rappresentante*

**INDICARE NELLA RICHIESTA SOLO LA NORMATIVA SPECIFICA DELLA UDO INTERESSATA, SENZA RIPORTARE L’ELENCAZIONE CHE SEGUE**

**RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER ANZIANI (RSA)**

- D.G.R. 14 dicembre 2001, n. 7435, “Attuazione dell’art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31: Requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento delle Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani (RSA)”

- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12618, “Definizione degli standard di personale per l’autorizzazione al funzionamento e l’accreditamento delle Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (RSA) e prima revisione del sistema di remunerazione regionale (in attuazione della D.G.R. n. 7435 del 14 dicembre 2001)”

**CENTRI DIURNI INTERGATI PER ANZIANI (CDI)**

- D.G.R. 22 marzo 2002, n. 8494, “Requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e l’accreditamento dei Centri diurni integrati”

- D.G.R. 9 maggio 2003, n. 12903, “Indirizzi e criteri per la remunerazione regionale dei Centri Diurni Integrati accreditati in attuazione della D.G.R. 22 marzo 2002, n. 8494”

**RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER PERSONE CON DISABILITA’ (RSD)**

- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12620, “Definizione della nuova unità di offerta Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità (RSD). Attuazione dell’art. 12, comma 2 della L.R. 11 luglio 1997, n. 31”

**CENTRI DIURNI PER PERSONE CON DISABILITA’ (CDD)**

- D.G.R. 23 luglio 2004, n. 18334, “Definizione della nuova unità di offerta Centro Diurno per persone con disabilità (CDD): requisiti per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento”

**COMUNITA’ ALLOGGIO SOCIOSANITARIA PER PERSONE CON DISABILITA’ (CSS)**

- D.G.R. 23 luglio 2004, n. 18333, “Definizione della nuova unità di offerta Comunità alloggio Socio Sanitaria per persone con disabilità (CSS): requisiti per l’accreditamento”

**CURE INTERMEDIE E RIABILITAZIONE**

- D.G.R. 16 dicembre 2004, n. 19883, “Riordino della rete delle attività di riabilitazione”;

- D.G.R. 20 dicembre 2013, n. 1185, “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l’esercizio 2014”

**ASSISTENZA DOMICIALIARE INTEGRATA (ADI)**

- D.G.R. 30 maggio 2012, n. 3541, “Definizione dei requisiti specifici per l’esercizio e l’accreditamento dell’assistenza domiciliare integrata”, rettificata dalla D.G.R. 6 giugno 2012, n. 3584

- D.G.R. 25 luglio 2012, n. 3851, “Determinazioni in ordine alle tariffe sperimentali dei nuovi profili dell’assistenza domiciliare integrata (ADI)”

**UNITÀ DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI**

* + D.G.R. 28 novembre 2016, n. 5918 “Disposizioni in merito all’evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario”

**HOSPICE**

* + D.G.R. 28 novembre 2016, n. 5918 “Disposizioni in merito all’evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario”

**CONSULTORI FAMILIARI**

- D.G.R. 11 dicembre 2000, n. 2594, “Determinazioni in materia di autorizzazione al funzionamento del servizio per le attività consultoriali in ambito materno infantile”

**SERVIZI PER LE DIPENDENZE**

- D.G.R. 7 aprile 2003, n. 12621, “Determinazione dei requisiti standard per l’autorizzazione al funzionamento e l’accreditamento dei servizi privati e pubblici per l’assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art. 12, comma 3 e 4, L.R. 31/1997) e indirizzi programmatici e direttive sull’organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze”

- D.G.R. 22 dicembre 2008, n. 8720, “Determinazioni in merito alla riqualificazione dei servizi ambulatoriali per le dipendenze”

- D.G.R. 31 luglio 2015, n. 3945, “Definizione della nuova unità d’offerta sociosanitaria a bassa intensità assistenziale nell’area delle dipendenze, individuazione dei requisiti specifici di esercizio e accreditamento”