

(FAC SIMILE DA REDIGERE SU CARTA INTESTATA DELLA STRUTTURA)

Spett.le ATS di Brescia
Servizio Farmaceutico
Viale Duca degli Abruzzi 15 – Brescia
protocollo@pec.ats-brescia.it

Oggetto: Autocertificazione possesso requisiti per le Strutture Sanitarie e Medici Specialisti Prescrittori di Protesica.

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa

in qualità di Direttore Generale/Legale Rappresentante della Struttura Sanitaria

- considerato quanto al D.M. del 12.01.2017, allegato 11, articolo 1, comma 4 (nuovi LEA),
- considerato quanto alla DGR VIII/8730 del 22.12.2008;
- preso atto di quanto alla nota Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia prot. H1.2013.0007354 del 04.03.2013 e relativi allegati, in particolare l'Allegato "Requisiti richiesti per le strutture sanitarie e i medici specialisti prescrittori di protesica",
- preso atto di quanto alla nota Direzione Generale Welfare Programmazione Polo Ospedaliero Farmaco, Dispositivi e HTA – Regione Lombardia prot. G1.2018.0015622 dell'11.05.2018 e relativi allegati, in particolare l'Allegato "Requisiti richiesti per le strutture sanitarie e i medici specialisti prescrittori di protesica",

D I C H I A R A

- che i Centri Prescrittori di cui all'elenco allegato ed i relativi Medici Specialisti Prescrittori, afferenti alla propria Azienda, rispondono ai requisiti generali e specifici di cui alla nota Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia prot. n. H1.2013.0007354 del 04.03.2013 e relativi allegati;
- che i Centri Prescrittori di cui all'elenco allegato ed i relativi Medici Specialisti Prescrittori, afferenti alla propria Azienda, rispondono ai requisiti generali e specifici di cui alla nota Direzione Generale Welfare Programmazione Polo Ospedaliero Farmaco, Dispositivi e HTA – Regione Lombardia prot. G1.2018.0015622 dell'11.05.2018 e relativi allegati;
- di impegnare la propria Struttura, una volta raggiunti, a mantenere detti requisiti, ovvero a comunicarne puntualmente all'ATS eventuali variazioni;
- di aderire e collaborare alle attività che l'ATS metterà in atto per la verifica del mantenimento di tali requisiti.

Data

Il Legale Rappresentante

.....

Allegati:

- *Elenco Centri aziendali di prescrizione*

CENTRI AZIENDALI DI PRESCRIZIONE
(inserire una riga per ciascun Centro aziendale attivo)

Tipo di Centro	Denominazione U.O.	Presidio	Presenza di tutti i requisiti SI/NO
Centro di prescrizione protesi acustiche e processori esterni impianti cocleari per: [] soggetti adulti [] soggetti in età pediatrica	U.O. Otorinolaringoiatria		
Centro di Riabilitazione visiva funzionale	U.O. Oculistica		
Centro per la Prescrizione Ventilazione Meccanica Domiciliare	U.O. Pneumologia, Pediatria, Anestesia e Rianimazione, Neurologia		
Centro per la diagnosi e terapia della Sindrome delle Apnee ostruttive del sonno e altre patologie sonno-correlate	U.O. Pneumologia, Neurologia		
Centro per la prescrizione di ausili per minori con gravi disabilità - fascia di età 0-18 anni	U.O. Ortopedia o Fisiatria o Neuropsichiatria Infantile o Pediatria		
Centro di prescrizione di protesi d'arto	U.O. Ortopedia o Fisiatria o Chirurgia generale o vascolare o plastica		
Centro di prescrizione per il piede diabetico	U.O. di Diabetologia e Malattie del Ricambio o Unità per la cura del piede diabetico		
Centri Prescrittivi per Stomie	Ambulatorio per enterostomizzati e/o urostomizzati		

Data

Firma del Legale Rappresentante