

**DOMANDA PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI IDONEI PER IL RUOLO DI GESTORE
PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E/O FRAGILI
(ai sensi delle DDGRR N. 6164/2017 E 6551/2017)**

Il sottoscritto _____ Legale Rappresentante dell'Ente
_____ avente sede legale in _____
via _____ CAP _____ PI/CF
_____, in qualità di

- MMG/PLS in forma aggregata
- Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata accreditata e a contratto al 30/1/2017
- Associazione dei seguenti soggetti _____
con capofila _____

consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e che, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R., ha luogo la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, rende, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. citato, le seguenti dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà,

con la presente esprimo interesse a svolgere l'attività di Gestore per la presa in carico dei pazienti cronici

In qualità di gestore esprimo l'impegno ad assicurare l'attività di norma nel territorio relativo a tutta l'ATS o parte della stessa (fermo restando il criterio della prossimità);

In qualità di gestore esprimo l'impegno ad assicurare, a regime, tutte le prestazioni e le fasi della presa in carico per queste patologie:

a) *Indicare con una X il livello/i di interesse.*

LIVELLI	1' LIVELLO	2' LIVELLO	3' LIVELLO

b) *Indicare con una X la/le categorie patologiche di interesse.*

PATOLOGIA PRINCIPALE	
TUTTE LE PATOLOGIE	
01 - TRAPIANTATI ATTIVI	
02 - IRC - DIALISI	
03 - SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	
04 - ACROMEGALIA E GIGANTISMO	
05 - MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	
06 - HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO	
07 - TRAPIANTATI NON ATTIVI	
08 - DIABETE MELLITO TIPO 1 COMPLICATO	
09 - INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	
10 - NEOPLASIA ATTIVA	
11 - NEUROMIELITE OTTICA	
12 - ANEMIE EMOLITICHE IMMUNI	
13 - SCLEROSI MULTIPLA	
14 - VASCULOPATIA ARTERIOSA	
15 - ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	
16 - DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	
17 - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	

18 - MALATTIE DELLE ghiandole endocrine	
19 - CIRROSI epatica	
20 - SCOMPENSO cardiaco	
21 - SINDROME DI CUSHING	
22 - SCLEROSI sistemica	
23 - VASCULOPATIA cerebrale	
24 - SPONDILITE ANCHILOSANTE	
25 - CARDIOPATIA VALVOLARE	
26 - PANCREATITE CRONICA	
27 - VASCULOPATIA VENOSA	
28 - DEMENZE	
29 - CARDIOPATIA ISCHEMICA	
30 - MIOCARDIOPATIA ARITMICA	
31 - DIABETE INSIPIDO	
32 - MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	
33 - PARKINSON E PARKINSONISMI	
34 - EPILESSIA	
35 - NANISMO IPOFISARIO	
36 - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	
37 - MIASTENIA GRAVE	
38 - MORBO DI ADDISON	
39 - BPCO	
40 - ARTRITE REUMATOIDE	
41 - PSORIASI E ARTROPATIA PSORIASICA	
42 - MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	
43 - EPATITE CRONICA	
44 - DIABETE MELLITO TIPO 1	
45 - LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	
46 - COLITE ULCEROSA E CROHN (IBD)	
47 - ALZHEIMER	
48 - IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	
49 - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE	
50 - DIABETE MELLITO TIPO 2	
51 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	
52 - MALATTIA DI SJOGREN	
53 - IPER ED IPOPARATIROIDISMO	
54 - MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	
55 - MALFORMAZIONI CONGENITE	
56 - IPERTENSIONE ARTERIOSA	
57 - NEOPLASIA FOLLOW-UP	
58 - MALATTIE DELLA PELLE E CONNETTIVO	
59 - NEOPLASIA REMISSIONE	
60 - IPOTIROIDISMO	
61 - TUMORI	
62 - MORBO DI BASEDOW E IPERTIROIDISMI	
63 - ASMA	
64 - TIROIDITE DI HASHIMOTO	
65 - MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	

Da compilare per l'MMG/PLS in forma aggregata

In qualità di gestore MMG/PLS in forma aggregata mi impegno ad assicurare, a regime, tutte le prestazioni e le funzioni previste nelle diverse fasi della presa in carico come descritte nelle DDGRR n. 6164/2017 e 6551/2017, mediante successiva sottoscrizione di contratti di avvalimento/convenzionamento con soggetti terzi individuati all'interno dell'elenco dei soggetti valutati idonei dall'ATS; in particolare ci si avvarrà di (è possibile indicare più di una opzione):

- erogatori (case di cura, unità d'offerta sociosanitaria, strutture ambulatoriali extraospedaliere) già a contratto;
- strutture accreditate alla data del 30/1/2017 ma non a contratto (esplicitare le branche specialistiche per le quali si ritiene di voler utilizzare questa opzione)

Mi impegno a comunicare all'ATS, entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'elenco degli idonei, la rete degli erogatori.

Mi impegno, entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'elenco degli idonei, a sottoscrivere una dichiarazione che attesti l'inesistenza di conflitti di interesse nei confronti degli erogatori proposti dall'ATS come idonei alla presa in carico.

Da compilare per la Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata accreditata e a contratto al 30/1/2017

In qualità di gestore mi impegno ad assicurare, a regime, tutte le prestazioni e le funzioni previste nelle diverse fasi della presa in carico come descritte nelle DDGRR n. 6164/2017 e 6551/2017:

- in proprio (cioè direttamente)
- mediante la sottoscrizione di contratti di avvalimento/convenzionamento con soggetti terzi; in particolare ci si avvarrà di (è possibile indicare più di una opzione):
 - erogatori (case di cura, unità d'offerta sociosanitaria, strutture ambulatoriali extraospedaliere) già a contratto; (elenare la/le strutture con cui è stata già sottoscritta una convenzione ed esplicitare il ruolo di queste per assicurare l'erogazione delle prestazioni)

- strutture accreditate alla data del 30/1/2017 ma non a contratto (esplicitare le branche specialistiche per le quali si ritiene di voler utilizzare questa opzione)

In qualità di gestore mi impegno ad assicurare o direttamente o avvalendomi di terzi, le seguenti funzioni, attraverso specifiche figure professionali, la disponibilità di idonei locali e di sistemi informativi integrabili con la piattaforma regionale (indicare per ogni funzione le modalità di attuazione, le figure professionali interessate e gli strumenti che saranno utilizzati):

- valutazione del bisogno (a seconda della complessità dei pazienti)

- definizione del PAI e gestione clinica.

- case management

In qualità di gestore di seguito esplicito con che modalità mi impegno ad assolvere ai criteri, definiti dai provvedimenti regionali, obbligatori per poter essere riconosciuti idonei da parte dell'ATS (descrivere sinteticamente per ogni item le modalità di assolvimento)

- garanzia delle funzioni di assistenza al percorso di accompagnamento alla presa in carico (per es. prenotazione di prestazioni previste nel PAI, contatto telefonico, ecc.) (qualora ci si avvalga di soggetti terzi, questi ultimi devono essere in possesso dei relativi requisiti)

- garanzia della realizzazione dei set di riferimento per la presa in carico del paziente

- completezza della filiera erogativa per i livelli e le aree di patologia per cui il gestore si candida

In qualità di gestore dichiaro altresì l'impegno al coinvolgimento dei MMG/PLS e la volontà di avvalermi, se disponibile, del MMG/PLS dell'assistito sottoscrittore del PAI, ai fini della redazione o revisione dello stesso

Dichiaro altresì di conoscere e di accettare pienamente tutti i contenuti e le disposizioni definite, compreso il sistema di remunerazione, dalle DDGRR n. 6164/2017 e 6551/2017.

Indico come indirizzo di posta elettronica certificata da utilizzare per ogni comunicazione relativa alla domanda in oggetto il seguente indirizzo PEC _____

Data

Firma

Si allega fotocopia non autenticata di un proprio documento di identità in corso di validità.