**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 DDGGRR 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:**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LIVELLI** | **1' LIVELLO** | **2' LIVELLO** | **3' LIVELLO** |
|  |  |  |  |

1. *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 DDGGRR 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 DDGGRR 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; *(elencare 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 DDGGRR n. 6164/2017 e 6551/2017.**

**Indico come indirizzo di posta elettronica certificata da utilizzare per ogni comunicazione relativa alla domanda in oggetto il seguenti indirizzo PEC** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Firma

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