**OGGETTO: MODULO DI RACCOLTA DELLA CANDIDATURA DEI SOGGETTI CHE INTENDONO CANDIDARSI A ENTI GESTORI ED AVVALERSI DELL’ASST DI PAVIA, QUEST’ULTIMA IN QUALITÀ DI ENTE EROGATORE DI SERVIZI/PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legale rappresentante dell’Ente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PI/CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in qualità di:

* Struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata accreditata e a contratto al 30/1/2017;
* MMG associato in cooperativa od altre forme giuridiche previste dall’ordinamento.

dichiaro

* di volermi candidare in qualità di Ente Gestore, avvalendomi della Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia, quest’ultima in qualità di Ente Erogatore;
* di avere sede in uno o più dei seguenti poli territoriali della provincia di Pavia:
* LOMELLINA
* PAVESE
* OLTREPO

**Oggetto del servizio offerto:**

* Tipologia dell’accordo con l’ASST di Pavia:
	+ Descrivere la tipologia giuridica dell’accordo, conformemente a quanto stabilito dall’ordinamento giuridico in materia, la quale possa al meglio occuparsi della presa in carico degli utenti cronici e/o fragili:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Area clinica di erogazione:
* Indicare la tipologia di erogazione e/o erogazioni da richiedere all’ASST di Pavia, sulla base delle patologie riportate nella tabella sottostante, previste dall’allegato 4 della DGR n. 6551/2017. Indicare con una X le patologie di interesse ed il relativo livello e/o livelli:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PATOLOGIA PRINCIPALE** |  | **1 livello** | **2 livello** | **3 livello** |
| 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 |   |  |  |  |

* Per ciascuna patologia indicata nella tabella sovra riportata, indicare quali prestazioni si intende offrire e i rispettivi volumi annuali stimati; precisare anche il numero complessivo di pazienti che si intende gestire in un anno:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Indicare il valore economico riconosciuto in termini % dei DRG e Tariffari di Regione Lombardia:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Area geografica di erogazione:**

* Indicare per quali comuni si intende erogare il servizio raggruppati per le tre zone Lomellina, Pavese, Oltrepò:
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro di conoscere e di accettare pienamente tutti i contenuti e le disposizioni definite dalle DDDGGRR 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_