**OGGETTO: MODULO DI RACCOLTA DELLA CANDIDATURA DEI SOGGETTI EROGATORI ACCREDITATI CONTRATTUALIZZATI E NON CONTRATTUALIZZATI, I QUALI SI POSSONO PROPORRE, ATTRAVERSO LA CREAZIONE DI UNA ASSOCIAZIONE DI SCOPO O DI PARTECIPAZIONE CON L’ASST DI PAVIA, QUEST’ULTIMA IN QUALITÀ DI CAPOFILA, PER LA GESTIONE FINALIZZATA ALLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO.**

**Premessa**

*La normativa regionale prevede che le singole ATS, in ragione di particolari condizioni orografiche, di particolare distribuzione della rete di offerta, di assenza di pregresse esperienze associative, etc. potranno anche iscrivere nell’elenco degli idonei soggetti giuridici tra loro associati, nelle varie forme associative previste dall’ordinamento, a condizione che venga sempre indicato il soggetto capofila titolare della presa in carico, destinatario del finanziamento che poi ripartisce tra gli associati nei modi dagli stessi regolati; in caso di partecipazione a detta associazione di ASST, le stesse dovranno scegliere il partner del rapporto strutturato mediante avviso pubblico volto ad individuare i possibili soggetti interessati secondo i canoni di trasparenza e par condicio, fermo il limite del valore complessivo della produzione, nel caso di ricorso a soggetti accreditati, ma non contrattualizzati.*

**Oggetto**

Il presente modulo è finalizzato alla raccolta delle candidature dei soggetti erogatori accreditati contrattualizzati e non contrattualizzati, i quali si possono proporre, attraverso la creazione di una associazione di scopo o di partecipazione, o di altra forma associativa prevista dall’ordinamento giuridico con capofila l’Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Pavia, per la gestione finalizzata alla presa in carico di malati cronici e fragili in qualità di gestore, come da provvedimenti sul tema emessi dalla giunta di Regione Lombardia.

**Scenario**

L’ASST di Pavia quale Gestore Capofila per tutta Provincia di Pavia + altri soggetti partner in Oltrepò, Lomellina e Pavese.

**Chi può presentare domanda:**

* Soggetti accreditati e contrattualizzati o Soggetti solo accreditati:
	+ che svolgono una o più delle seguenti funzioni quale nodo della rete di offerta territoriale:
		- • strutture di ricovero e cura • reparti di assistenza sub-acuta • strutture di cure intermedie • reparti di degenza riabilitativa • degenze di comunità • presidi ospedalieri territoriali (POT) • presidi sociosanitari territoriali (PreSST) • assistenza domiciliare integrata (ADI) • Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) • Centri Diurni Integrati (CDI) • Residenze Sanitarie assistenziali per Disabili (RSD) • Centri Diurni per Disabili (CDD) • Strutture riabilitative ambulatoriali • Strutture di assistenza specialistica ambulatoriale • Servizi di medicina di laboratorio (SMeL) • Servizi di diagnostica;

* Soggetti fornitori di servizi per la presa in carico.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Preso atto di quanto sopra, il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legale rappresentante dell’Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PI/CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

* dichiaro di volermi costituire, nella forma giuridica che la Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Pavia, in qualità di Capofila, riterrà essere la più adeguata per prendere in carico pazienti cronici e/o fragili come ente Gestore;
* dichiaro di avere sede in uno o più dei seguenti poli territoriali della Provincia di Pavia (indicare con una X il polo territoriale di competenza):
* LOMELLINA
* PAVESE
* OLTREPO

**Oggetto del Servizio offerto:**

* Indicare quale ruolo si vuole svolgere all’interno dell’associazione tra i seguenti ruoli (specificare l’oggetto della prestazione):
	+ Fornitore di prestazioni sanitarie

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

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

* + Fornitore di servizi non sanitari per la presa in carico

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

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

* Specificare almeno una proposta che si intende formulare per individuare il soggetto giuridico, in ossequio a quanto stabilito dall’ordinamento giuridico, che possa al meglio occuparsi della presa in carico degli utenti cronici e/o fragili:
1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* Area clinica di erogazione:
* Indicare per quali patologie, riportate nella tabella sottostante, previste dall’allegato 4 della DGR n. 6551/2017, ci si candida a cogestire (indicare la patologia/e di interesse e indicare con una X 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 |   |  |  |  |

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

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

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

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

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

* Indicare i valori limite per prestazioni stabiliti dai contratti in vigore (tetti) o i valori attesi se non contrattualizzati:

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

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

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

**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 delle DDGGRR n. 6164/2017 e 6551/2017.

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

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_