

Azienda Sanitaria Locale _____

Via _____

CAP _____

PEC _____

ISTANZA DI ACCREDITAMENTO per le cure domiciliari (DGRC 28/2024)

Modello Organizzativo dell'Aggregazione

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov _____
il _____ residente a _____ Prov _____
Via _____ n° _____ Codice Fiscale _____
Telefono n° _____ mail _____ PEC _____

B

In qualità di _____ della _____
Partita IVA _____ con sede in _____
Prov. _____ Via _____ n° _____
PEC _____

in possesso di tutti i requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO istituzionale, previsti dal POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALL'ALLEGATO 3 DELLA DGRC 21/2023, COSÌ COME INTEGRATI DALLA DGRC 28/2024;

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.

Chiede il rilascio del titolo di accreditamento istituzionale

C

per l'attività di : ASSISTENZA DOMICILARE INTEGRATA PER

Cure domiciliari di livello base: “Coefficiente di intensità assistenziale” (CIA) inferiore a 0,14. Non presuppongono necessariamente la presa in carico del paziente, né una obbligatoria valutazione multidimensionale e una individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Cure domiciliari Integrate (ADI) di I livello: caratterizzate da un CIA1 compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso. Questa tipologia di intervento richiede la valutazione multidimensionale, la “presa in carico” della persona e la definizione di un “Progetto di Assistenza individuale” (PAI ovvero di un “Progetto Riabilitativo Individuale” (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi;

Cure domiciliari Integrate (ADI) di II livello: caratterizzate da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50 in relazione alla criticità e complessità del caso. Le Cure domiciliari di II livello richiedono la valutazione multidimensionale, la “presa in carico” della persona e la definizione di un “Progetto di Assistenza individuale” (PAI ovvero di un “Progetto Riabilitativo Individuale” (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi;

Cure domiciliari Integrate (ADI) di III livello: caratterizzate da un elevato livello di complessità, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50 anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver.

erogata nella struttura denominata: _____

CON SEDE IN _____ ALLA VIA _____ N. _____

IN RELAZIONE AL POSSESSO DEI REQUISITI DI CUI ALL'ALLEGATO 3 DELLA DGRC 21/2023, COSÌ COME INTEGRATI DALLA DGRC 28/2024 SI ALLEGA APPOSITA SCHEDA

data _____

Firma del Titolare o Legale rappresentante _____
(per esteso)

Modulo Aggregazione

A) Nome e natura giuridica dell' Aggregazione costituita

.....
.....

Nominativo Legale Rappresentante

.....nato a il
.....

Indirizzo della Sede operativa dell' Aggregazione

.....

B) Organizzazioni che compongono l'aggregazione come di seguito specificati*:

struttura denominata,
Partita IVA,
con sede in, alla Via.....
ASL.....in persona del legale rappresentante..... (Codice
Fiscale), nato/ail..... residente
in alla via

In possesso di SCIA n. _____ del
_____ presentata dal Comune di _____ (
Provincia _____) nel territorio della ASL _____

La struttura denominata
Partita IVA ,
con sede in, alla Via.....
ASL.....in persona del legale rappresentante..... (Codice
Fiscale), nato/ailresidente
in alla Via
In possesso di SCIA n. _____ del
_____ presentata dal Comune di _____
(Provincia _____) nel territorio della ASL _____

Timbro e Firma di Tutti I Rappresentanti legali delle Organizzazioni che
partecipano all' aggregazione

N.B.: Timbro e Firma da ripetere per ogni Organizzazione componente della costituita aggregazione