

ALLEGATO n. 4

Domanda per la manifestazione di interesse all'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)**

Alla Direzione Generale per la Tutela
della Salute della Regione Campania
pec: dg.500400@pec.regione.campania.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ residente
a _____ Prov. _____, alla _____ Via
n° _____
Codice Fiscale _____ in qualità di legale rappresentante della
(soggetto giuridico) _____
denominata _____ con P.I. _____
con sede Legale in _____
Prov. _____ alla _____ Via _____ Telefono
n° _____ E-mail
_____ PEC _____
Con riferimento alla _____ denominata
_____ con sede in
Prov. _____ alla
Via _____, A.S.L. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate all'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

Manifesta il proprio interesse al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per erogare

(barrare con un X una o più due opzioni a seconda della fattispecie nella quale si esprime la propria candidatura)

☐ **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.

DICHIARA

	si	no
1. di essere in possesso di autorizzazione per servizi di ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CON SERVIZI SANITARI ai sensi dell'art 4 e seguenti del regolamento Regionale n. 4/2014		
2. di essere in possesso di autorizzazione e/o accreditamento ai sensi degli artt. 8 ter e 8 quater del D.lgs. 502/92 e smi , in corso di validità, per attività sanitaria di FKT ex art. 44 Legge 833/78, ovvero per riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 ovvero per attività rientranti nella macroarea Sociosanitaria; (indicare tipologia) di cui si allega copia		
3. Le organizzazioni private con comprovata esperienza nella gestione di servizi di assistenza domiciliare erogate negli ultimi 24 mesi per conto di un'Azienda Sanitaria.		

Per erogare in conformità a quanto innanzi dichiarato **prestazioni in assistenza domiciliare di natura infermieristica-riabilitativa- assistenziale-tutelare nell'ambito dei piani di assistenza individualizzati - p.a.i. di cure domiciliari di livello base, di I, II, III livello.**

dichiara, altresì

	si	no
1. Di essere già in possesso dei requisiti strutturali tecnologici e organizzativi stabiliti dalla Intesa Stato Regioni n.151/2022		
2. Di adeguarsi ai requisiti autorizzativi strutturali tecnologici e organizzativi stabiliti dalla Intesa Stato Regioni n.151/2022 entro il 30.04.2023		

- ☐ di voler operare nel territorio dell'ASL _____, e che la propria sede organizzativa è ubicata nel comune/distretto di _____
- ☐ che la propria sede operativa coincide con quella organizzativa (la sede operativa ed organizzativa possono coincidere come da requisiti autorizzativi)

Oppure che

☐ che si avvale di altri sedi operative conformi ai requisiti di cui al presente atto nei comuni/Distretti:

1. _____
2. _____
3. _____

- Di essere consapevole che per il rilascio dell'eventuale accreditamento occorrerà che la struttura richiedente risponda ai requisiti ulteriori di qualificazione, nonché che sia funzionale agli indirizzi di programmazione regionale.
- Di aver preso visione della Informativa in materia di privacy ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (Ue) 2016/679 reperibile sul sito istituzionale della Regione Campania, al link <http://www.regione.campania.it/regione/it/privacy/privacy>.

Autorizza il trattamento dei suoi dati personali ai sensi e per gli effetti del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, ai fini e nei limiti delle esigenze legate al procedimento di accreditamento.

Luogo e data _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
(Per esteso e leggibile)

N.B. ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA UNA COPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE