INDICAZIONI ALLA COMPILAZIONE

Il presente modello consente di scegliere, cambiare o revocare l’operatore economico incaricato di fornire il servizio di Assistenza domiciliare integrata (ADI) nella Asl Lanciano Vasto Chieti.

La scelta può essere effettuata direttamente dal paziente o da un suo rappresentante (tutore, amministratore di sostegno, curatore, familiare/caregiver delegato) compilando l’apposita sezione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla gara regionale (SIMOG ID 8662715 – CIG 9342015AA).

All’interno del presente modulo sono presenti:

|  |  |
| --- | --- |
| * SEZIONE 1: | Parte relativa alla scelta dell’Operatore Economico ADI; |
| * SEZIONE 2: | Parte relativa al cambio/revoca dell’Operatore Economico ADI; |
| * SEZIONE 3: | Delega per la scelta/revoca dell’Operatore Economico ADI per il paziente non in grado di esprimere il proprio consenso. |

Si prega di compilare solo le parti di proprio interesse.

Si sottolinea che i tempi per effettuare la scelta dell’Operatore sono i seguenti:

- Entro 24 ore dalla comunicazione di presa in carico da parte del servizio ADI;

- Entro 6 ore dalla dimissione ospedaliera del paziente (dimissione protetta).

* SEZIONE 1: Scelta dell’Operatore Economico ADI

Dati del paziente

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e Luogo di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza (via/piazza): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scelta dell’operatore economico

☐ CONSORZIO DI COOPERATIVE SOCIALI GLOBAL MED CARE

☐ RTI HOME MEDICINE SRL - CONSORZIO DI LIBERE IMPRESE SOC. COOP. ONLUS

☐ DOMYS (RTI PROGES – CONSOL – SYNERGO)

☐ MEDICASA ITALIA S.P.A.

☐ RTI LIFE CURE - EVOTER - MAMERI

☐ RTI MOMISS - MEDICARE

☐ RTI KCS - ELIO - SIRIO - NETWORK

☐ AUXILIUM S.C.S.

☐ RTI VIVISOL SRL – CONSORZIO ITALIA SOCIETÀ COOPERATIVA CONSORTILE

☐ COOP OSA e COOP HORIZON SERVICE

☐ FINISTERRE SRL

☐ CROCE GIALLA HOME - CONSORZIO MATRIX

☐ SERIANA 2000 SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE

Dichiarazione di consapevolezza e consenso

☐ Dichiaro, ai sensi del DPR 445/2000, di essere a conoscenza del Piano assistenziale individuale (PAI) elaborato dall’Unità di valutazione multidimensionale (UVM), e che le prestazioni sanitarie domiciliari verranno svolte, senza carattere d’urgenza, da uno degli Operatori Economici affidatari della GARA SIMOG N. 8662715 – Determinazione dirigenziale ARIC N. 46 del 16.03.2023 – CIG 9342015AA.

☐ Dichiaro inoltre di essere in possesso delle informazioni necessarie per compiere una scelta libera e consapevole, consultabili nella Carta dei servizi degli operatori economici disponibili sul sito istituzionale della Asl Lanciano Vasto Chieti ([www.asl2abruzzo.it](http://www.asl2abruzzo.it)).

☐ Esprimo il mio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati, nel rispetto del Regolamento (UE) 679/2016 (GDPR), esclusivamente per finalità connesse al servizio ADI.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oppure nel caso in cui il soggetto interessato abbia un

☐ tutore\* ☐ amministratore di sostegno\* ☐ curatore\* ☐ Delegato\*\*

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento (tipologia e numero) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Allegare la documentazione che indichi i poteri del tutore e dell’amministratore di sostegno e copia del documento di riconoscimento.

\*\* Nel caso di delega compilare la Sezione 3.

* SEZIONE 2: Revoca o cambio dell’Operatore ADI.

1. Dati del paziente

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e Luogo di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza (via/piazza): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) CAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Revoca dell’operatore (Specificare Operatore attuale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Motivazione della richiesta (breve descrizione):

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

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

Scelta dell’operatore economico

☐ CONSORZIO DI COOPERATIVE SOCIALI GLOBAL MED CARE

☐ RTI HOME MEDICINE SRL - CONSORZIO DI LIBERE IMPRESE SOC. COOP. ONLUS

☐ DOMYS (RTI PROGES – CONSOL – SYNERGO)

☐ MEDICASA ITALIA S.P.A.

☐ RTI LIFE CURE - EVOTER - MAMERI

☐ RTI MOMISS - MEDICARE

☐ RTI KCS - ELIO - SIRIO - NETWORK

☐ AUXILIUM S.C.S.

☐ RTI VIVISOL SRL – CONSORZIO ITALIA SOCIETÀ COOPERATIVA CONSORTILE

☐ COOP OSA e COOP HORIZON SERVICE

☐ FINISTERRE SRL

☐ CROCE GIALLA HOME - CONSORZIO MATRIX

☐ SERIANA 2000 SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE

Dichiarazione di consapevolezza e consenso

☐ Dichiaro, ai sensi del DPR 445/2000, di essere a conoscenza del Piano assistenziale individuale (PAI) elaborato dall’Unità di valutazione multidimensionale (UVM), e che le prestazioni sanitarie domiciliari verranno svolte, senza carattere d’urgenza, da uno degli Operatori Economici affidatari della GARA SIMOG N. 8662715 – Determinazione dirigenziale ARIC N. 46 del 16.03.2023 – CIG 9342015AA.

☐ Dichiaro inoltre di essere in possesso delle informazioni necessarie per compiere una scelta libera e consapevole, consultabili nella Carta dei servizi degli operatori economici disponibili sul sito istituzionale della Asl Lanciano Vasto Chieti ([www.asl2abruzzo.it](http://www.asl2abruzzo.it)).

☐ Esprimo il mio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati, nel rispetto del Regolamento (UE) 679/2016 (GDPR), esclusivamente per finalità connesse al servizio ADI.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oppure nel caso in cui il soggetto interessato abbia un

☐ tutore\* ☐ amministratore di sostegno\* ☐ curatore\* ☐ Delegato\*\*

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento (tipologia e numero) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Allegare la documentazione che indichi i poteri del tutore e dell’amministratore di sostegno e copia del documento di riconoscimento.

\*\* Nel caso di delega compilare la Sezione 3.

* SEZIONE 3: Delega per la scelta/revoca dell’operatore economico per il servizio ADI.

Il Sottoscritto: Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Delega:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

quale familiare o persona di mia fiducia incaricata a:

❑ esprimere la scelta/revoca dell’operatore ADI in mia vece

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Firma delegante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento (tipologia e numero) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nel caso in cui la persona assistita sia impossibilitata a firmare

Nome e cognome, estremi documento e firma

Testimone 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome e cognome) (tipologia di documento) (firma)

Testimone 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome e cognome) (tipologia di documento) (firma)