

Allegato 1

MODULO DI RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALLA SPERIMENTAZIONE DEI "PERCORSI INTEGRATI DI CURA E DEI PROTOCOLLI DI ATTIVITA' RELATIVI ALL'ACCOGLIENZA"

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA

Luogo e data,

Alla Regione Piemonte
Direzione Politiche Sociali e Politiche
per la Famiglia
C.so Stati Uniti, 1
10128 TORINO

e, p.c.

All' A.S.L.
Commissione di vigilanza sui presidi
socio-sanitari
Via
C.A.P.

Al Sig. Direttore
(denominazione Soggetto gestore delle funzioni
socio-assistenziali dell'area di riferimento
territoriale)
.....
C.A.P.

**PER LE SOLE STRUTTURE
DI TORINO**

Al Comune di Torino
Divisione Servizi Sociali
Settore Anziani
Via C.I. Giulio, 22
10122 TORINO

OGGETTO: richiesta di partecipazione alla sperimentazione dei "Percorsi Integrati di Cura e dei Protocolli di Attività relativi all'Accoglienza".

Il sottoscritto _____, nato a _____ () il _____, nella sua
qualità di legale rappresentante della struttura socio-sanitaria per anziani denominata
_____ operante in _____ () via _____, n° _____ Codice fiscale
_____ Partita IVA _____ Tel. _____ fax _____ e-mail _____

D I C H I A R A

che la predetta struttura è disponibile ad intraprendere la sperimentazione dei "Percorsi Integrati di Cura e dei Protocolli di Attività relativi all'Accoglienza" di cui alla D.G.R.....e

chiede, quindi, l'ammissione al percorso sperimentale in questione così come previsto dallo specifico provvedimento regionale.

All'uopo, il sottoscritto dichiara inoltre:

1. che **trattasi di struttura pubblica** che ricade nel Distretto sanitario _____ ed è in possesso dell'autorizzazione al funzionamento definitiva transitoria per complessivi posti letto n° _____ di cui n° _____ posti letto di tipologia _____, n° _____ posti letto di tipologia _____, n° _____ posti letto di tipologia _____, n° _____ posti letto di tipologia _____, n° _____ posti di Centro Diurno Integrato (C.D.I.) e/o di Centro Diurno Alzheimer Integrato (C.D.A.I.) (da compilarsi solo da parte delle strutture pubbliche);
2. d'impegnarsi a possedere i requisiti richiesti per l'accreditamento della predetta struttura pubblica secondo le modalità ed entro i termini stabiliti dalla D.G.R. n. 25-12129/2009;
3. che **trattasi di struttura privata** e la stessa è stata accreditata con provvedimento n° _____ in data _____ dell'A.S.L. _____ per n° _____ posti letto di tipologia _____, n° _____ posti letto di tipologia _____, n° _____ posti letto di tipologia _____, n° _____ posti letto di tipologia _____, n° _____ posti di Centro Diurno Integrato (C.D.I.) e/o di Centro Diurno Alzheimer Integrato (C.D.A.I.);
4. che al percorso formativo parteciperanno le seguenti figure professionali (max 5) operanti nella struttura (dipendenti e non) (crocettare le figure partecipanti):

Responsabile di struttura;

Direttore sanitario;

Psicologo;

Infermiere n° _____;

Operatori della riabilitazione fisica n° _____;

Educatore professionale n° _____;

Animatore n° _____;

O.S.S. n° _____;

Altro (specificare).

5. d'impegnarsi a rispettare le previsioni stabilite dal provvedimento regionale circa le modalità applicative in struttura della sperimentazione in questione, le procedure di rilevamento e monitoraggio, la relazione finale e trasmissione della documentazione alla Regione Piemonte (Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia);
6. di prendere atto della facoltà di presentare alla Regione Piemonte (Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia) la richiesta di rimborso delle spese sostenute attraverso la compilazione dell'apposito Modulo contenuto nell'Allegato 2) della Determinazione regionale con la quale si è, altresì, approvato il presente Modulo d'istanza.

Si allegano i seguenti documenti:

- a. Carta dei Servizi.
- b. Progetto gestionale dei servizi.
- c. Schema di un turno settimanale in cui sono indicate presenze ed orari degli operatori, suddivisi per professionalità, operanti nella struttura nel/i nucleo/i per non autosufficienti.

- d. Schema di un turno settimanale in cui sono indicate presenze ed orari degli operatori, suddivisi per professionalità, operanti nel Centro Diurno Integrato (C.D.I.) e/o di Centro Diurno Alzheimer Integrato (C.D.A.I.).
- e. Fac simile della Cartella sanitaria.
- f. Atra documentazione utilizzata dalla struttura in ordine ai servizi assistenziali e sanitari.
- g. (Eventuale) copia di certificazione di qualità in corso di validità.

Distinti saluti.

Timbro della struttura

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Privacy – Informativa ai sensi dell'art. 13, D.Lgs n. 196/2003

Ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 i dati forniti saranno trattati per le finalità di gestione amministrativa delle procedure previste dal provvedimento regionale per l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie e dal provvedimento regionale riguardante la definizione di criteri e modalità per l'individuazione delle strutture socio sanitarie per anziani non autosufficienti interessate alla sperimentazione dei "Percorsi Integrati di Cura e dei Protocolli di Attività relativi all'Accoglienza", compresa la creazione di archivi web, spedizioni per posta, fax ed e-mail di comunicazione.