

All_1: FAC SIMILE di domanda di partecipazione all'Avviso di Manifestazione d'interesse per **Degenze di Subacute** (da predisporre su carta semplice intestata dell'Ente richiedente in formato pdf unico e sottoscritto digitalmente dal legale rappresentante/procuratore)

Spett.le
ATS Val Padana
Via dei Toscani, 1
46100 Mantova
protocollo@pec.ats-valpadana.it

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ATTIVAZIONE DELLE DEGENZE SUBACUTE
IN ATTUAZIONE DELLA DGR N° XI/5829 DEL 29/12/2021**
(rilasciata in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art.47 D.P.R. 445/2000 da predisporre su carta semplice intestata dell'Ente richiedente)

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov (____) il _____

residente nel Comune di _____ CAP _____ Prov (____)

via _____ n. _____

in qualità di _____

(indicare se legale rappresentante o procuratore o comunque altra persona legittimamente autorizzata ad impegnare l'ente)

dell'ente denominato _____

Codice Fiscale _____ Partiva IVA _____

con **sede legale** nel Comune di _____ Prov (____)

CAP _____ via _____ N. _____

con **sede operativa** nel Comune di _____ Prov (____)

CAP _____ via _____ N. _____

Tel. _____

Indirizzo PEC (che l'ATS utilizzerà per le comunicazioni ufficiali relative all'avviso):

Nominativo del Referente dell'Ente, al quale verranno inviate le comunicazioni:

Cognome Nome

Email.....

Recapito telefonico.....

Manifesta il proprio interesse

All'attivazione temporanea (fino al 31/03/2022, salvo ulteriori proroghe) di posti tecnici per subacuti, secondo le modalità previste nell'Avviso di Manifestazione di Interesse rivolto agli Enti Erogatori sanitari pubblici o privati (accreditati a contratto e non), per pazienti COVID-19 positivi che non necessitano di cure in reparti di degenza per acuti

A tal scopo, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- 1) che, per ospitare pazienti "COVID 19 positivi", mediante questa manifestazione di interesse intende mettere a disposizione la seguente struttura (*indicare denominazione, tipologia e ubicazione della struttura*) _____
- 2) che la struttura sopracitata è accreditata e è/non è a contratto (*indicare l'ipotesi che ricorre e gli estremi del provvedimento*);
- 3) che le caratteristiche strutturali degli spazi/locali destinati ai pazienti COVID-19 garantiscono adeguato isolamento anche mediante specifiche modalità organizzative;
- 4) che i posti letto messi a disposizione per cure sub acute sono n. _____ e che:
 - derivano dalla conversione temporanea dei seguenti posti in assetto accreditato _____

o, in alternativa, che :

- sono aggiuntivi rispetto all'assetto accreditato (*precisare ubicazione*);
- 5) di essere in grado di garantire tutti i requisiti gestionali e organizzativi previsti dalla DGR n. IX/1479/2011, dall'Avviso di ATS Val Padana e in particolare che il personale sarà interamente dedicato alle cure per sub acuti e non in condivisione con altri servizi ***o, in alternativa***, di prevedere efficaci percorsi di vestizione/svestizione del personale tra le aree di diverso livello di rischio;
 - 6) che i posti di cure sub-acute potranno essere attivati entro il _____
 - 7) di dare la propria disponibilità a mantenere attivo il servizio fino al 31/03/2022, salvo ulteriori proroghe;
 - 8) di accettare la tariffa di € 190/die per l'erogazione di cure sub-acute omnicomprensiva di tutti gli oneri;

- 9) di impegnarsi ad aderire al sistema di trasferimento PRIAMO gestito dalla Centrale Unica di Dimissione post-Ospedaliera istituita ai sensi della DGR N° XI/2906/2020 ovvero di trasferire presso altra struttura più idonea in caso di modifiche del livello di complessità assistenziale, anche mediante il ricorso alla Rete di Emergenza Urgenza in caso di aggravamento clinico;
- 10) di impegnarsi, in caso di decesso del paziente ricoverato, ad assicurare le procedure di accertamento di morte, la corretta conservazione e gestione della salma, nonché le attività di medicina necroscopica (certificato necroscopico e denuncia causa di morte) fino al trasporto della salma stessa da parte di impresa identificata dagli aventi diritto e, in caso di defunti interessati da COVID-19, anche secondo quanto previsto dalla Circolare del Ministero della Salute n. 0000818-11/01/2021-DGPRE-MDS-P;
- 11) di impegnarsi per ogni paziente ricoverato alla compilazione di specifica documentazione sanitaria con registrazione puntuale delle attività di gestione clinica ed assistenziale (cartella clinica);
- 12) di impegnarsi all'assolvimento dei debiti informativi secondo modalità e tempistiche definite da Regione Lombardia e da ATS Val Padana in relazione alle attività svolte oggetto del presente avviso.
- 13) di aver preso visione e di accettare tutte le prescrizioni della manifestazione di interesse e di essere edotto e consapevole degli effettivi oneri che il servizio comporta.

Luogo e Data _____

Il legale Rappresentante o Procuratore

Allegati:

- allegato 4: dichiarazione sostitutiva requisiti soggettivi per soggetto gestore
- copia carta di identità del legale rappresentante