ALLEGATO 1

**ISTANZA DI ACCREDITAMENTO**

**DELLE RESIDENZE PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Spett.le

Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità

Pec: [salute@certregione.fvg.it](mailto:salute@certregione.fvg.it)

Il/La Sottoscritto/a

cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante di:

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

iscritto al registro delle imprese con Partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ente gestore della struttura per anziani con denominazione:

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

in possesso di regolare autorizzazione all’esercizio come struttura residenziale di livello:

BASE PRIMO  SECONDO  TERZO

per un TOTALE di posti letto: n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di cui: n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di tipologia N1

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di tipologia N2

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di tipologia N3

**CHIEDE**

l’accreditamento della propria struttura ai sensi dell’articolo 8 del D.P.Reg. n. 0107/2022.

A tale fine, valendosi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni previste dall’articolo 76 dello stesso D.P.R. sopra citato per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all’articolo 75, della normativa sopra indicata, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

1. che la struttura è convenzionata con l’Azienda sanitaria territorialmente competente;
2. di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di trattamento dei dati personali);

**COMUNICA ALTRESÌ**

* che ogni comunicazione relativa alla presente istanza deve essere inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* che la persona di riferimento da contattare per qualsiasi informazione/chiarimento in merito alla presente istanza è:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail ordinaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGA**

la seguente documentazione, che verrà trasmessa via PEC indicando come nome del file la codifica: “***codice struttura***”**\_**”**codice file**” (come “*codice struttura*” va utilizzato quello che appare sul sistema gestionale SIRA-FVG, mentre tutti i “*codice file*” sono elencati nella tabella sottostante, in corrispondenza dei diversi allegati):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DESCRIZIONE ALLEGATO** | **CODICE FILE** |
| ⃣ | Copia del documento di identità valido del soggetto firmatario | AllCI |
| ⃣ | Modulo di autovalutazione sul possesso dei requisiti necessari per l’accreditamento | Allegato3 |
| ⃣ | Dichiarazione di non sussistenza di situazioni di incompatibilità nel rapporto di lavoro con il personale, comunque impiegato nella struttura (da presentare solo se la struttura è privata) | Allegato5 |
| ⃣ | Piano dei turni del personale | Allegato6 |
| ⃣ | Elenco nominativo del personale firmato dal legale rappresentante, con indicazione del datore di lavoro, della qualifica e del titolo di studio posseduto, della funzione organizzativa assegnata, nonché del monte ore settimanale | ElPers |
| ⃣ | Elenco dei fornitori esterni di prestazioni e servizi di cui si avvale la struttura | FornEst |
| ⃣ | Carta dei diritti e dei servizi | SR13 |
| ⃣ | Organigramma della struttura | OrganStr |
| ⃣ | Piano della qualità | SR47 |
| ⃣ | Piano della formazione | SR22 |

Ulteriore documentazione attestante il possesso dei **soli** requisiti essenziali, come indicato nei manuali delle evidenze, ossia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DESCRIZIONE ALLEGATO** | **CODICE**  **FILE** |
| ⃣ | Documento di nomina del responsabile del coordinamento e collegamento con l’Azienda sanitaria e altri servizi territoriali | SR11 |
| ⃣ | Protocolli per la garanzia della sicurezza e della privacy nella raccolta, trasmissione e tracciamento dei dati | SR15 |
| ⃣ | Procedure per l’accesso agli archivi dati nel rispetto delle norme in materia | SR16 |
| ⃣ | Documento che descrive le modalità previste per l’inserimento, affiancamento e valutazione del nuovo personale impiegato | SR20 |
| ⃣ | Procedure per la prescrizione, somministrazione, approvvigionamento e conservazione dei farmaci, complete di indicazioni sulle modalità di smaltimento dei farmaci scaduti o mal conservati | SR27 |
| ⃣ | Procedure/protocolli per la garanzia della continuità assistenziale | SR35A |
| ⃣ | Procedure/protocolli per le comunicazioni con i familiari sulle condizioni dell’utente | SR35B |
| ⃣ | Piano della prevenzione dei rischi | SR42 |
| ⃣ | Documento di nomina del responsabile della qualità | SR46 |
| ⃣ | Procedura per la riduzione del rischio di infezioni correlate all’assistenza attraverso la corretta igiene delle mani | SR57 |
| ⃣ | Procedura per la garanzia di un’adeguata prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza (conformi al programma regionale) | SR58 |
| ⃣ | Procedura per la garanzia di un’adeguata prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione | SR59 |
| ⃣ | Procedura per la garanzia di un’adeguata prevenzione del rischio di danno all’utente a seguito di caduta accidentale | SR60 |
| ⃣ | Procedura per la garanzia della valutazione e gestione del rischio nutrizionale | SR61 |
| ⃣ | Procedura per la garanzia della valutazione e gestione del rischio di disidratazione | SR62 |
| ⃣ | Procedura per la prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da comportamenti aggressivi, auto etero lesivi, da non adesione al trattamento, da volontà di allontanamento della persona assistita (conformi alle raccomandazioni regionali per il superamento della contenzione) | SR64 |

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

**Luogo e data Firma del/la Dichiarante**