

	<b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO</b> <b>ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI</b>	Rev. 0 31/03/2025	Pag. 1/6
	<b>Modulo per la scelta, revoca o cambio dell'operatore          per il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)</b>		

## 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).

	<b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO</b> <b>ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI</b>	Rev. 0 31/03/2025	Pag. 2/6
	<b>Modulo per la scelta, revoca o cambio dell'operatore          per il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)</b>		

➤ **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

	<b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI</b>	Rev. 0 31/03/2025	Pag. 3/6
	<b>Modulo per la scelta, revoca o cambio dell'operatore per il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)</b>		

### **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.

	<b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI</b>	Rev. 0 31/03/2025	Pag. 4/6
	<b>Modulo per la scelta, revoca o cambio dell'operatore per il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)</b>		

➤ **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

	<b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO</b> <b>ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI</b>	Rev. 0 31/03/2025	Pag. 5/6
	<b>Modulo per la scelta, revoca o cambio dell'operatore          per il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)</b>		

### **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.

	<b>S.S.N. REGIONE ABRUZZO</b> <b>ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI</b>	Rev. 0 31/03/2025	Pag. 6/6
	<b>Modulo per la scelta, revoca o cambio dell'operatore          per il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)</b>		

➤ **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 _____ <small>(nome e cognome)</small>	_____ <small>(tipologia di documento)</small>	_____ <small>(firma)</small>
Testimone 2 _____ <small>(nome e cognome)</small>	_____ <small>(tipologia di documento)</small>	_____ <small>(firma)</small>