**(Modello di istanza di adesione da redigere su carta intestata dell’Ente richiedente in formato pdf unico e sottoscritto digitalmente dal legale rappresentante/procuratore)**

**Manifestazione di interesse rivolta a Enti privati accreditati erogatori di Cure Domiciliari nel territorio di ATS Insubria, compresa RSA Aperta, in attuazione delle DD.G.R. n. XII/430/2023 e n. XII/715/2023 per l’investimento di risorse del PNRR di cui alla Missione 6 Componente 1 Sub-investimento 1.2.1., finalizzata all’acquisto di Cure Domiciliari**

**(rilasciata in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art. 47 D.P.R. 445/2000)**

Al Direttore Generale

di ATS Insubria

Via Ottorino Rossi n. 9

21100 – VARESE

[protocollo@pec.ats-insubria.it](mailto:protocollo@pec.ats-insubria.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante (od altro soggetto munito di rappresentanza legale) dell’Ente Gestore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che Insubria utilizzerà per le comunicazioni ufficiali relative all’avviso:

**in qualità di (selezionare la voce di interesse)**

* A - Ente gestore dell’unità d’offerta C-DOM, accreditata ai sensi della DGR 6867/2022, per ambiti territoriali/distretti di operatività propri di ATS Insubria, e attualmente non a contratto la presente ATS, iscritta al Registro Regionale delle unità d’offerta sociosanitarie codice cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per l’erogazione dell’assistenza nel distretto/distretti come previsti e dichiarati nella presente domanda, e dettagliati nel prospetto in calce alla domanda;

* B - Ente gestore dell’unità d’offerta Cure Palliative domiciliari (CP-DOM), accreditata ai sensi della D.G.R. n. X/5918/2016 e successive integrazioni assunte con DGR XI/1046/2019, per ambiti territoriali di operatività propri di ATS Insubria, e attualmente non a contratto con la presente ATS, iscritta al Registro Regionale delle unità d’offerta sociosanitarie codice cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per l’erogazione dell’assistenza nella/e ASST come previsti e dichiarati nella presente domanda, e dettagliati nel prospetto in calce alla domanda;

* C - Ente gestore dell’unità d’offerta RSA accreditata ai sensi della D.G.R. n. 7435 del 14/12/2001 ed ubicata nel territorio di ATS Insubria, che mediante il presente Avviso esprime la propria candidatura ad erogare la Misura RSA Aperta secondo quanto previsto dalla DGR XI/7769/2018, e attualmente non a contratto con la presente ATS, iscritta al Registro Regionale delle unità d’offerta sociosanitarie codice cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per l’erogazione dell’assistenza nel distretto/distretti come previsti e dichiarati nella presente domanda, e dettagliati nel prospetto in calce alla domanda;

* D – Ente gestore dell’unità d’offerta C-DOM accreditata e già a contratto con ATS Insubria che, dopo la riclassificazione, ha esteso il proprio perimetro di accreditamento oltre i Distretti di precedente contrattualizzazione, ovvero in ambiti che non risultano previsti nell’attuale contratto ordinario stipulato per l’anno 2023, iscritta al Registro Regionale delle unità d’offerta sociosanitarie codice cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per l’erogazione dell’assistenza nel distretto/distretti come previsti e dichiarati nella presente domanda, e dettagliati nel prospetto in calce alla domanda;

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

a partecipare all’Avviso pubblico approvato con Deliberazione ATS Insubria n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_, finalizzato alla sottoscrizione di un apposito contratto di scopo e all’assegnazione di risorse destinate all’erogazione di cure domiciliari per concorrere alla realizzazione dei target previsti a livello ministeriale e regionale per l’obiettivo di PNRR “Assistenza Domiciliare”.

A tale scopo, sotto la propria personale responsabilità, 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 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative in merito alla decadenza dei benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti

**DICHIARA**

* di essere in possesso di accreditamento per l’unità d’offerta per la quale presenta domanda;
* di possedere i requisiti soggettivi necessari ai fini della stipula del contratto di scopo e per i quali si allega apposita dichiarazione (come da testo di riferimento Allegato 1.b all’avviso);
* di garantire il possesso dei requisiti previsti dalla DGR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(selezionare il campo di interesse: per le C-DOM: di garantire il possesso dei requisiti previsti dalla D.G.R. n. XI/6867/2022; per le CP-DOM: di garantire il possesso dei requisiti previsti dalla D.G.R. n. X/5918/2016 e DGR n. XI/1046/2019; per la misura di RSA Aperta: di garantire il possesso dei requisiti previsti dalla D.G.R. n. X/7769/2018 e s.m.i.)*

* di garantire l’erogazione delle prestazioninei distretti indicati in calce alla presente istanza;
* di garantire le prestazioni a favore di cittadini over 65 anni residenti e/o domiciliati nel territorio di ATS Insubria con avvio dell’attività contestualmente alla sottoscrizione del contratto di scopo;
* di aver preso visione e di accettare espressamente, senza alcuna riserva, tutte le condizioni, modalità, disposizioni previste dalla DGR n. XII/715/2023 per lo svolgimento dell’attività inerente le Cure Domiciliari di PNRR, compreso il relativo testo di contratto di scopo, nonché quanto previsto e disposto nel relativo Avviso per la manifestazione di interesse;
* di impegnarsi, in caso di candidatura e sottoscrizione del relativo contratto di scopo per la RSA Aperta, a garantire e mantenere gli standard organizzativi-gestionali di personale previsti per l’attività ordinaria di RSA (D.G.R. 7435/2001) anche per l’attività ulteriore legata al raggiungimento dell’obiettivo di PNRR;
* di aver preso visione e condividere i principi enunciati nel Piano integrato di attività e organizzazione dell’ATS Insubria (Deliberazione n. 45/2023) e del Codice di comportamento aziendale (Deliberazione n. 129/2018), reperibili sul sito dell’Agenzia: www.ats-insubria.it – Sezione Amministrazione Trasparente;
* di essere consapevole che:
* le risorse sono riconosciute esclusivamente in ragione della produzione effettiva rendicontata nei rispettivi flussi (per le C DOM: Flusso FE e SIAD – per le Cure Palliative domiciliari: Flusso CP – per la RSA Aperta: Flusso RSA Aperta);
* il riconoscimento economico è subordinato all’assolvimento del debito informativo specifico per tipologia di Cure Domiciliari, nel rispetto ed entro il limite del budget previsto dal contratto di scopo che verrà sottoscritto ai sensi del presente Avviso;
* le risorse di budget assegnate sul 2023 non comportano effetti di storicizzazione sugli esercizi successivi e che il livello di assegnazione delle risorse di PNRR alle ATS dipenderà dall’effettiva dinamica del numero di prese in carico di over 65 anni in rapporto all’obiettivo definito a livello nazionale per Regione Lombardia;
* con la sottoscrizione del contratto di scopo PNRR gli Enti gestori sono abilitati anche sulle annualità successive alla relativa stipula, subordinatamente alla disponibilità delle risorse economiche di PNRR legata al raggiungimento degli obiettivi regionali ferma restando in ogni caso anche il diritto a partecipare alle successive ed eventuali ulteriori manifestazioni d’interesse per l’implementazione del contratto di scopo e tenuto in ogni caso conto di quanto previsto dall’art. 10 del contratto di scopo;
* a chiusura dell’esercizio, Regione potrà procedere con l’eventuale rimodulazione delle risorse di PNRR eventualmente ancora disponibili, secondo quanto previsto dall’Allegato 1 – punto 4 della DGR XII/715 del 24/07/2023;

**ALLEGA ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE**

la documentazione nella quale viene data evidenza in modo dettagliato degli elementi previsti al punto 3) dell’Avviso Pubblico e più precisamente:

a) Ambito/i di operatività nel quale si impegna ad erogare le prestazioni, come di seguito precisato:

* per C Dom: elenco del distretto/distretti accreditati che si intende porre quale ambito/i di erogazione del contratto di scopo;
* per Cure Palliative domiciliari: elenco della/e ASST accreditate che si intende porre quale ambito/i di erogazione del contratto di scopo;
* per RSA Aperta: elenco del distretto/distretti che si intende porre quale ambito/i di erogazione del contratto di scopo, facendo presente che il territorio minimo è rappresentato dal distretto ASST ove ha sede di ubicazione la struttura RSA

come indicato e dichiarato nel prospetto in calce alla presente domanda;

b) Relazione sull’inserimento del servizio all’interno di una filiera di servizi sociosanitari e sociali territoriali funzionali ad accompagnare la presa in carico della persona e della famiglia lungo il ciclo naturale di vita (elenco di altre tipologie di offerta sociali e/o sociosanitarie rientranti nella filiera dei setting assistenziali per gli anziani facenti capo all’Ente gestore che presenta domanda all’Avviso);

c) Relazione descrittiva inerente i collegamenti con la rete locale del terzo settore, con particolare riferimento alla capacità di promuovere sinergie locali che favoriscano l’inserimento dell’attività delle unità di offerta di una filiera che potenzi l’inclusione della persona e della famiglia sul territorio stesso, sviluppando capacità di presa in carico nella logica della prossimità e della qualità di vita;

d) Dichiarazione sostitutiva ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 del Legale Rappresentante o di altro soggetto munito del potere di rappresentanza, in ordine al possesso dei requisiti soggettivi (come da testo di riferimento Allegato 1.b all’avviso).

Comunica inoltre il Nominativo del Referente dell’Ente, da contattare in caso di necessità o chiarimenti rispetto alla presente domanda:

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

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico diretto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

di garantire l’erogazione delle prestazioni nei distretti di seguito indicati:

**a) per cudes C-Dom o RSA Aperta**

**indicare cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **ASST** | **DISTRETTO DI OPERATIVITA’ PNRR** |
| --- | --- |
| **LARIANA** | COMO-CAMPIONE D'ITALIA |
| CANTU'-MARIANO |
| ERBA |
| LOMAZZO/FINO MORNASCO |
| MEDIO LARIO |
| OLGIATE COMASCO |
| **SETTE LAGHI** | ARCISATE |
| AZZATE |
| LAVENO MOMBELLO |
| LUINO |
| SESTO CALENDE |
| TRADATE |
| VARESE |
| **VALLE OLONA** | BUSTO ARSIZIO-CASTELLANZA |
| GALLARATE |
| SARONNO |
| SOMMA LOMBARDO |

**b) per cudes Cure Palliative domiciliari**

**indicare cudes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **ASST DI OPERATIVITA' PNRR** |
| ASST LARIANA |
| ASST SETTE LAGHI |
| ASST VALLE OLONA |

**In fede**

**Firma del Legale Rappresentante**

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate che sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa*

***INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL’ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679:***

*Titolare del trattamento dei dati è la ATS Insubria con sede a Varese in Via Ottorino Rossi n. 9.*

*Il Responsabile della protezione dei dati personali (RPD) è reperibile presso la sede del titolare ai seguenti recapiti:* [*protocollo@pec.ats-insubria.it*](mailto:protocollo@pec.ats-insubria.it) *-* [*dpo@ats-insubria.it*](mailto:dpo@ats-insubria.it)*– tel. 0332/277566.*

*I dati personali forniti saranno raccolti e trattati esclusivamente nell’ambito del procedimento finalizzato all’Avviso e eventuale successiva sottoscrizione del contratto sociosanitario.*

*Il trattamento sarà effettuato, anche con strumenti informatici, da personale autorizzato, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs n.196/2003 così come modificato dal D.lgs n.101/2018.*

*Sulle dichiarazioni rilasciate ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n.445/2000, saranno effettuati i controlli previsti dall’art.71 del DPR stesso.*

*I dati personali forniti non verranno in alcun modo diffusi, ma potranno essere comunicati agli enti certificanti in occasione dei controlli previsti dall’art.71 del DPR n.445/2000.*

*Relativamente al trattamento dei dati personali forniti, l’interessato potrà esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento UE 2016/679.*

*Il sottoscritto, alla luce della informativa ricevuta, acconsente al trattamento dei dati personali forniti*