

**AVVISO PUBBLICO**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI ATTRAVERSO L'EROGAZIONE DI VOUCHER SOCIOSANITARI MISURA B1 E DI VOUCHER SOCIOSANITARI AUTISMO (ASD) PREVISTI DALLA D.G.R. N. XII/3719/2024 A FAVORE DI PERSONE CON DISABILITA' E NECESSITA' DI SOSTEGNO INTENSIVO MOLTO ELEVATO.**

**PREMESSA**

- 1. Enti che possono candidarsi:**
  - 1.1 Voucher Sociosanitario Misura B1;**
  - 1.2 Voucher Sociosanitario Autismo;**
- 2. Modalità di erogazione degli interventi per i Voucher Sociosanitari Misura B1 e Autismo;**
- 3. Importi:**
  - 3.1 Voucher Sociosanitario Misura B1;**
  - 3.2 Voucher Sociosanitario Autismo;**
- 4. Remunerazione Voucher;**
- 5. Modalità di controllo;**
- 6. Modalità di presentazione della candidatura;**
- 7. Termine per la presentazione delle candidature;**
- 8. Istruttoria e valutazione;**
- 9. Disposizioni finali;**
- 10. Trattamento dei dati personali.**

**PREMESSA**

ATS Insubria, in attuazione della D.G.R. XII/3719 del 30/12/2024, intende raccogliere manifestazioni d'interesse da parte di Enti Erogatori di servizi sociosanitari e sanitari accreditati/sperimentazioni ex D.G.R. 3239/2012 per la realizzazione di progetti che prevedono l'erogazione di **Voucher sociosanitari Misura B1 e Voucher sociosanitari Autismo**, come previsto dal Programma operativo FNA 2024 - esercizio 2025.

**1. Enti che possono candidarsi:****1.1 Voucher sociosanitario Misura B1**

Sono ammessi a presentare la candidatura gli Enti in possesso dei seguenti requisiti:

- a. Struttura Socio-Sanitaria e sanitaria accreditata, tenuto conto che per i Voucher ad alto profilo e per gli interventi di rafforzamento ADI per l'inclusione scolastica possono aderire solo le strutture sociosanitarie già accreditate e a contratto con ATS come Enti Erogatori di ADI;**
- b. Iscritta, alla data della presentazione della domanda, al registro AFAM - Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie e sociali - quindi provviste di specifico codice o al registro ASAN Anagrafe regionale delle strutture sanitarie - quindi provviste di specifico codice;**
- c. In grado di garantire le seguenti figure professionali, di cui dovrà dimostrare di aver acquisito almeno la disponibilità a collaborare:**
  - ✓ ASA/OSS
  - ✓ Educatore professionale sociosanitario in via prioritaria e socio-pedagogico in via residuale;
  - ✓ Infermiere;
  - ✓ Psicologo;
  - ✓ Figure riabilitative previste dalla normativa vigente.

**ALLEGATO 2**

per l'erogazione delle attività indicate dalla D.G.R. XII/3719/24 e di seguito riepilogate:

- ✓ interventi di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione delle persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato;
  - ✓ interventi socioeducativi di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana a favore della persona con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato;
  - ✓ rafforzamento ADI per l'inclusione scolastica (figura professionale solo infermieristica);
  - ✓ Voucher sociosanitario Misura B1 ad alto profilo.
- d.** In grado di garantire, nell'ambito della realizzazione di progetti, una combinazione di interventi forniti da diversi operatori, che includano sempre una figura professionale sociosanitaria, fatto salvo quanto previsto per l'attività riferita al rafforzamento ADI per l'inclusione scolastica e per il Voucher sociosanitario Autismo;
- e.** In grado di assicurare, in caso di erogazione delle prestazioni c/o la propria sede, che le stesse siano fornite con modalità operative che garantiscano assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori/interferenza con le attività a contratto, assicurando il rispetto dei limiti previsti dalla normativa igienico sanitaria ed in materia di sicurezza nonché una registrazione differenziata dei partecipanti, delle due attività ivi compresa l'indicazione degli operatori ad esse destinati.

Tali Enti dovranno fornire una indicazione chiara di tutti i riferimenti necessari affinché ATS possa definire, ad esito della presente Manifestazione di interesse, apposito elenco per l'erogazione del Voucher sociosanitario Misura B1.

In particolare si chiede di precisare:

- nominativo del referente dell'Ente erogatore e suoi contatti (tel., e-mail) per ATS, ASST e per l'utenza;
- specificità della presa in carico dell'Ente Erogatore:
  - tipologia voucher;
  - interventi/attività;
  - figure professionali;
- ASST di riferimento in cui l'Ente erogatore intende operare.

**1.2 Voucher sociosanitario Autismo**

Sono ammessi a presentare la candidatura i seguenti Enti:

- a.** Poli territoriali di NPIA privati accreditati;
- b.** Centri terapeutici e riabilitativi semiresidenziali privati accreditati;
- c.** Riabilitazioni ambulatoriali accreditate (D.G.R. 19833/2004);
- d.** Riabilitazioni a ciclo diurno continuo accreditate - CDC (D.G.R. 19833/2004);
- e.** Sperimentazioni Ria Minori (D.G.R. 3239/12) che operano in regime ambulatoriale, compreso il progetto "Counseling educativo/abilitativo a favore di soggetti con autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo", attivo presso l'ATS Città Metropolitana di Milano - ex D.G.R. X/63/2013;
- f.** Sperimentazioni Ria Minori (D.G.R. 3239/12) che operano in regime diurno;
- g.** CDD accreditati che possono erogare il Voucher sociosanitario Autismo anche a persone con ASD dai 14 anni in su, in quei territori che presentano criticità rispetto al numero ed alla distribuzione territoriale delle strutture che possono erogare il Voucher.

Gli Enti che aderiscono all'erogazione dei Voucher Autismo devono già svolgere interventi di natura riabilitativa/abilitativa in favore di persone con autismo e avere garantito agli operatori interessati specifici percorsi formativi in linea con quanto previsto dalla Linee Guida dell'ISS.

In possesso dei seguenti requisiti:

- a.** Struttura rientrante in una delle tipologie sotto individuate:
  - Socio-Sanitaria accreditata e iscritta, alla data della presentazione della domanda, al registro AFAM - Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie e sociali - quindi provviste di specifico codice;

**ALLEGATO 2**

- Sanitaria accreditata e iscritta, alla data della presentazione della domanda, al registro ASAN Anagrafe regionale delle strutture sanitarie – quindi provviste di specifico codice;
- Sperimentazioni Ria Minori approvate ai sensi della D.G.R. IX/3239/12 o D.G.R. X/63/2013.

**b.** Struttura registrata nella Mappatura Autismo ISS per le seguenti tipologie:

- Poli territoriali di NPIA privati a contratto;
- Centri terapeutici e riabilitativi semiresidenziale privati a contratto;
- Riabilitazioni ambulatoriali e a ciclo diurno continuo a contratto;
- CDD a contratto.

Per le strutture a contratto, laddove la registrazione non sia avvenuta, le ATS, rilevata la sussistenza degli elementi previsti dalla Mappatura Autismo ISS, procede ad includere la struttura nell'elenco degli Enti erogatori Voucher, promuovendo la registrazione secondo le modalità in essere.

**c.** Struttura in grado di garantire le seguenti figure professionali con monte ore proporzionale ai Voucher attivati:

- ✓ Neuropsichiatra Infantile con funzione di supervisione delle attività per l'età evolutiva;
- ✓ Psicologo;
- ✓ Professionista sanitario della riabilitazione individuato in base agli specifici percorsi tra le seguenti figure:
  - Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva (D.M. 17/1/1997 n. 56);
  - Tecnico Riabilitazione Psichiatrica (D.M. 29/3/2001 n. 182);
  - Terapista Occupazionale (D.M. 17/1/1997 n. 136);
  - Logopedista (D.M. 14/9/1994 n.742);
  - Educatore professionale (L. 205/2017) / educatori iscritti agli elenchi speciali di cui all'art. 1, comma 537, L. 145/2018;
  - Fisioterapista (D.M. 14/9/1994 n. 666);

**d.** Struttura in grado di fornire figure professionali formate specificamente e/o con esperienza nel campo dell'autismo. Nella documentazione presentata ai fini della presente Manifestazione di interesse l'Ente provvede a dichiarare di avvalersi, per l'erogazione degli interventi di cui al Voucher Autismo, di figure professionali specificamente formate e/o con esperienza nel campo dell'autismo. L'Ente provvede altresì a dichiarare che metterà a disposizione della ATS Insubria i CV dei professionisti per successivi controlli a campione. L'esperienza/formazione specifica dovrà dunque essere certificata dai professionisti tramite il CV che dovrà essere conservato presso l'Ente. L'Ente dovrà inoltre certificare con propria dichiarazione i corsi di aggiornamento avviati sul tema dell'autismo e conservare tutta la documentazione agli atti per gli eventuali controlli chiesti da ATS Insubria.**e.** Per le diverse tipologie di strutture deve altresì essere accertato che:

- nei Poli territoriali di NPIA privati accreditati e nelle Riabilitazioni ambulatoriali accreditate (D.G.R. 19833/2004) l'erogazione del Voucher Autismo avvenga con modalità operative distinte che assicurino assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori/ interferenza con le attività a contratto, assicurando il rispetto dei limiti previsti dalla normativa igienico sanitaria ed in materia di sicurezza nonché una registrazione differenziata dei partecipanti, delle attività ivi compresa l'indicazione degli operatori ad esse destinati;
- nei Centri terapeutici e riabilitativi semiresidenziali privati accreditati e i CDC siano individuati spazi all'interno della sede da destinare a tale attività e modalità operative che assicurino assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori/ interferenza con le attività semiresidenziali ordinarie, assicurando che la permanenza temporanea dei beneficiari del Voucher avvenga nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa igienico sanitaria ed in materia di sicurezza ed una registrazione differenziata dei partecipanti, delle attività ivi compresa l'indicazione degli operatori ad esse destinati;
- nelle Sperimentazioni RIA Minori (D.G.R. 3239/12) che operano **in regime ambulatoriale**, l'erogazione del Voucher Autismo avvenga con modalità operative distinte che garantiscano assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori/ interferenza con le attività rivolte ai beneficiari della sperimentazione, assicurando il rispetto dei limiti previsti dalla

**ALLEGATO 2**

normativa igienico sanitaria ed in materia di sicurezza nonché una registrazione differenziata dei partecipanti, delle attività ivi compresa l'indicazione degli operatori ad esse destinati. L'inclusione di tali sperimentazioni tra gli enti erogatori del Voucher Autismo discende dal fatto che, in attuazione della D.G.R. 3239/2012, le stesse da anni stipulano convenzioni con le ATS per l'erogazione di riabilitazione ambulatoriale e diurna che sono rivolte in via prevalente ai disturbi del neurosviluppo. Nelle sperimentazioni RIA Minori, che operano **in regime diurno**, siano individuati spazi all'interno della sede da destinare a tale attività e modalità operative che garantiscano assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori/ interferenza con le attività rivolte ai beneficiari della sperimentazione, assicurando che la permanenza temporanea dei beneficiari del Voucher Autismo avvenga nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa igienico sanitaria ed in materia di sicurezza ed una registrazione differenziata dei partecipanti, delle attività ivi compresa l'indicazione degli operatori ad esse destinati;

- nei **CDD** siano individuati spazi all'interno della sede da destinare a tale attività e modalità operative che garantiscano assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza / operatori / interferenza con le attività semiresidenziali ordinarie, assicurando che la permanenza temporanea dei beneficiari del Voucher avvenga nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa igienico sanitaria ed in materia di sicurezza ed una registrazione differenziata dei partecipanti, delle attività ivi compresa l'indicazione degli operatori ad esse destinati. I CDD possono erogare il voucher autismo ai beneficiari della Misura B1 limitatamente alle due ultime fasce di età in quei territori che presentano criticità rispetto al numero ed alla distribuzione territoriale delle strutture che possono erogare il voucher autismo. Possono inoltre garantire la presa in carico nella fase di transizione dall'età minore all'età adulta.

Per l'erogazione dei 5 livelli di voucher indicati nella tabella:

Età	N. trattamenti settimanali	N. trattamenti annui
da 2 ai 5 anni	5	260
da 6 ai 10 anni	4	208
da 11 a 13 anni	3	156
da 14 a 17 anni	1,5	78
dai 18 in poi	1	52

Ai fini della candidatura, tali Enti dovranno fornire una indicazione chiara di tutti i riferimenti necessari affinché ATS possa definire, ad esito della presente Manifestazione di interesse, apposito elenco per l'erogazione del Voucher sociosanitario Autismo.

In particolare si chiede di precisare:

- nominativo del referente dell'Ente erogatore e suoi contatti (tel. e-mail) per ATS, ASST e per l'utenza;
- la specificità della presa in carico dell'Ente Erogatore:
  - interventi/attività;
  - figure professionali;
- il territorio delle ASST di riferimento in cui l'Ente Erogatore intende operare prioritariamente, **tenuto conto che dovrà essere garantita la presa in carico anche per i beneficiari di cui alla lettera g) residenti nel territorio dell'ATS Insubria e delle altre ATS lombarde.**

Gli Enti, in fase di candidatura, dovranno altresì trasmettere apposita relazione, corredata da planimetria, contenente il dettaglio delle modalità in cui l'erogazione del Voucher sociosanitario Autismo verrà svolto all'interno della struttura, in assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori destinati ai beneficiari dell'attività ordinaria della medesima struttura.

## **2. Modalità di erogazione degli interventi per i voucher sociosanitari/autismo**

Il Voucher Sociosanitario Misura B1/Autismo è un titolo d'acquisto, non in denaro, che può essere

**ALLEGATO 2**

utilizzato esclusivamente per acquistare prestazioni di assistenza sociosanitaria e sanitaria da parte di Erogatori accreditati con ATS.

Gli interventi promossi dal Voucher vengono definiti dall'Equipe di valutazione multidimensionale della ASST di residenza della persona.

Per la realizzazione dell'intervento è necessario che il beneficiario e la sua famiglia siano coinvolti nella elaborazione e realizzazione del progetto individuale contenente:

- ✓ l'esito della valutazione multidimensionale della persona, con l'esplicitazione degli elementi che identificano la condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato;
- ✓ la declinazione dei vari interventi e servizi già in atto o da attivare per ogni dimensione di vita della persona - es. salute (interventi sanitari, sociosanitari e sociali), istruzione/formazione, mobilità, casa, socialità (interazioni/relazioni interpersonali, vita sociale, civile e di comunità), altro;
- ✓ la descrizione delle aree fondamentali realizzabili e/o raggiungibili e/o percorribili in termini di qualità della vita della persona e del suo nucleo familiare;
- ✓ la descrizione degli interventi da sostenere con gli strumenti della Misura B1;
- ✓ l'indicazione di altri interventi di sostegno previsti;
- ✓ l'individuazione del Case Manager all'interno dell'équipe multiprofessionale dell'ASST.

L'erogatore del Voucher, scelto dalla persona o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica, definisce un piano di intervento sulla base del progetto individuale sopraccitato, declinando gli obiettivi, la pianificazione delle azioni/prestazioni, le figure professionali coinvolte, le modalità ed i tempi di attuazione, indicando la data di apertura e chiusura del Voucher.

Il Voucher sociosanitario Misura B1 e il Voucher sociosanitario Autismo avranno decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello della valutazione da parte della ASST, nei limiti delle risorse assegnate ad ATS per l'anno 2025. Fatta salva diversa indicazione regionale, l'erogazione del voucher mensile si concluderà entro il termine massimo del 31 dicembre 2025 o comunque fino all'approvazione di successive determinazioni in materia, fermo restando il limite delle risorse assegnate.

**3. Importi Voucher****3.1 Voucher sociosanitario Misura B1**

Al fine di rispondere in modo più appropriato ai bisogni delle persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato e delle loro famiglie, sulla base di quanto rilevato nella valutazione multidimensionale e previsto nel Progetto Individuale dalle ASST, possono essere attivate le seguenti tipologie di titoli (alternative e non cumulabili tra di loro):

1. Voucher sociosanitario a favore di persone adulte/anziane:
  - di **250,00 €** a cui corrispondono il n° interventi/ore (range 7-12) forniti dalla figura professionale come indicati nel Progetto Individuale formulato dalla ASST;
  - di **460,00 €** a cui corrispondono il n° interventi/ore (range 13-18) forniti dalla figura professionale come indicati nel Progetto Individuale formulato dalla ASST;
2. Voucher sociosanitario a favore di minori:
  - di **350,00 €** a cui corrispondono il n° interventi/ore (range 10-14) forniti dalla figura professionale come indicati nel Progetto Individuale formulato dalla ASST;
  - di **600,00 €** a cui corrispondono il n° interventi/ore (range 15-22) forniti dalla figura professionale come indicati nel Progetto Individuale formulato dalla ASST;
3. Voucher Sociosanitario ad alto profilo a favore delle persone con disabilità gravissime che presentano bisogni di particolare intensità in quanto dipendenti da tecnologia assistiva:
  - ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (minimo 16 ore/die)
  - e/o
  - alimentazione solo parenterale attraverso catetere venoso centrale
  - e/o
  - situazioni di particolare gravità e di intensità, con necessità di assistenza continuativa e motivata e valutata dalla ASST
 del valore di **1.650,00 €**.

**ALLEGATO 2**

Ad ulteriore rinforzo degli interventi di sostegno all'inclusione scolastica – il suddetto Voucher ad alto profilo può essere attivato per interventi di natura infermieristica anche presso la scuola. La sua attivazione è subordinata alla valutazione complessiva del progetto dello studente in raccordo con il Piano Terapeutico Individuale e Piano Educativo Individuale.

**3.2 Voucher sociosanitario Autismo**

La D.G.R. n. XII/3719/2024 allegato C.3 prevede n. 5 livelli di Voucher Autismo, come indicato nella tabella che segue:

Voucher per età	N. Trattamenti settimanali	N. Trattamenti annui	Tariffa trattamenti individuali diretti	Tariffa trattamenti individuali indiretti	Tariffa trattamenti di gruppo	Voucher settimanale	Valore teorico annuo massimo
da 2 ai 5 anni	5	260	44,70 €	44,70 €	16,00 €	€ 223,50	<b>€ 11.622,00</b>
da 6 ai 10 anni	4	208	44,70 €	44,70 €	16,00 €	€178,80	<b>€ 9.297,60</b>
da 11 a 13 anni	3	156	44,70 €	44,70 €	16,00 €	€134,10	<b>€ 6.973,20</b>
da 14 a 17 anni	1,5	78	44,70 €	44,70 €	16,00 €	€ 67,05	<b>€ 3.486,60</b>
da 18 in poi	1	52	44,70 €	44,70 €	16,00 €	€ 44,70	<b>€ 2.324,40</b>

Nella tabella è indicato il tetto massimo del numero di trattamenti teorici e del relativo valore teorico massimo del voucher su base annua.

In una logica di flessibilità e modularizzazione degli interventi, in considerazione dei bisogni della persona, il valore del Voucher è determinato dal numero di trattamenti previsti per le diverse fasce di età moltiplicato per il numero di settimane effettuate nell'arco dell'anno di erogazione del Voucher. Il valore del voucher è stato computato ipotizzando l'erogazione di trattamenti individuali. Laddove la progettazione preveda anche interventi di gruppo deve essere applicata la relativa tariffa in base alle attività effettivamente erogate o comunque non oltre la capienza massima del voucher.

**4. Remunerazione Voucher**

L'ATS provvederà a liquidare all'Ente erogatore la remunerazione prevista per le prestazioni fornite tramite il Voucher sociosanitario Misura B1 e il Voucher Autismo entro i termini previsti dalla normativa e dalla procedura in uso dalla stessa ATS, previa verifica della rendicontazione delle prestazioni effettivamente erogate, precisando che:

- per il Voucher ASD, in caso di erogazione di un numero di prestazioni inferiori ATS riconoscerà un importo corrispondente a quanto effettivamente erogato;
- Per i Voucher sociosanitari, in caso di erogazione di un numero di prestazioni inferiori ATS riconoscerà un importo corrispondente a quanto effettivamente erogato, moltiplicando il numero degli interventi effettuati per € 30,00 (quota media riconosciuta);
- in caso di un numero di prestazioni superiori sarà riconosciuto l'importo massimo del Voucher Sociosanitario/Voucher Autismo autorizzato.

Fatta salva diversa indicazione regionale l'erogazione del Voucher mensile si concluderà, fermo restando il limite delle risorse assegnate, entro il termine massimo del 31/12/2025 o comunque fino all'approvazione di successive determinazioni regionali in materia.

**5. Modalità di controllo**

L'ATS, anche in una logica di governance, effettua attività di vigilanza e controllo rivolta alle strutture accreditate afferenti alla rete sanitaria e sociosanitaria. Ne deriva che l'attività svolta dagli Enti erogatori di Voucher sociosanitari Misura B1/Autismo sarà inclusa nel Piano dei Controlli.

**6. Modalità di presentazione della candidatura**

L'istanza va presentata, pena l'inammissibilità:

**ALLEGATO 2**

- a. utilizzando il **Modulo A**, sub. allegato 2.2 alla presente Manifestazione di interesse;
- b. allegando alla stessa la seguente documentazione:
1. Copia del documento d'identità del legale rappresentante in corso di validità nel caso di firma autografa/olografa;
  2. Per le candidature relative al Voucher sociosanitario Misura B1:
    - relazione contenente il dettaglio delle modalità in cui l'erogazione del Voucher sociosanitario Misura B1 verrà svolta all'interno della struttura, in assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori destinati ai beneficiari dell'attività ordinaria della medesima struttura;
    - dichiarazione della presenza di figure professionali specificamente formate e/o con esperienza nella gestione delle persone con disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato unitamente alla messa a disposizione della ATS dei CV dei professionisti per successivi controlli a campione.
  3. Per le candidature relative al Voucher sociosanitario Autismo:
    - relazione, **corredata da planimetria**, contenente il dettaglio delle modalità in cui l'erogazione del Voucher sociosanitario Autismo verrà svolta all'interno della struttura, in assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori destinati ai beneficiari dell'attività ordinaria della medesima struttura;
    - dichiarazione della presenza di figure professionali specificamente formate e/o con esperienza nella gestione dell'autismo, unitamente alla messa a disposizione della ATS dei CV dei professionisti per successivi controlli a campione;
    - dichiarazione dei corsi di aggiornamento avviati sul tema dell'autismo.
- c. con trasmissione **via posta elettronica certificata** all'indirizzo [protocollo@pec.ats-insubria.it](mailto:protocollo@pec.ats-insubria.it), oltre che all'indirizzo di posta ordinaria [monitoraggiopercorsi@ats-insubria.it](mailto:monitoraggiopercorsi@ats-insubria.it);

La domanda deve essere presentata all'attenzione del Direttore SC Governance Presa in Carico nei Percorsi Territoriali con il seguente oggetto: "**Candidature per la realizzazione di progetti voucher sociosanitari e voucher Autismo D.G.R. n. XII/3719/2024**".

**7. Termine per la presentazione delle candidature:**

Ai fini dell'inserimento negli Elenchi già attivi per l'anno 2025 dei nuovi Enti Gestori ritenuti idonei, le candidature dovranno pervenire nelle **modalità di cui al punto 6**, con la precisazione che la Manifestazione di interesse **rimarrà aperta per tutto il tempo di vigenza della D.G.R. 3719/24** (31/12/2025), o comunque sino all'approvazione di successive determinazioni regionali in materia. Il competente Servizio di ATS Insubria effettuerà una ricognizione mensile delle istanze pervenute, segnalando tempestivamente la necessità di provvedere alla valutazione delle stesse al fine di aggiornare regolarmente gli Elenchi degli Enti ritenuti idonei.

Di ciascun aggiornamento verrà data pubblicità nell'apposita sezione del sito istituzionale di ATS Insubria.

**8. Istruttoria e valutazione**

L'ATS istituirà una Commissione che provvederà alla valutazione delle istanze ai fini della definizione degli elenchi degli Enti Erogatori idonei.

La ATS si riserva la facoltà di sospendere, modificare o annullare le procedure di cui al presente avviso pubblico senza che i soggetti che si siano dichiarati interessati possano avanzare, nemmeno a titolo risarcitorio, alcuna pretesa o diritto di sorta.

In caso di esito positivo della valutazione delle candidature pervenute, gli enti Gestori sottoscrivono con ATS apposita convenzione.

**9. Disposizioni finali**

Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente avviso, si rimanda alla normativa regionale di riferimento D.G.R. n. 3719 del 30/12/2024.



## ALLEGATO 2

### **10. Trattamento dei dati personali**

Nel trattamento dei dati personali ATS si impegna ad ottemperare agli obblighi previsti dal Reg. UE 2016/679 e dal D. Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D. Lgs. N. 101/18 e a tutte le altre disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali.

***Per qualsiasi informazione relativa ai contenuti del presente avviso si può far riferimento a:***

***SC Governance Presa in Carico nei Percorsi Territoriali – Dott.ssa Marianna Parisi Tel. 0332.277359 – email: [parisim@ats-insubria.it](mailto:parisim@ats-insubria.it); [monitoraggiopercorsi@ats-insubria.it](mailto:monitoraggiopercorsi@ats-insubria.it)***



**ALLEGATO 2**

- di essere in possesso dei requisiti soggettivi generali per l'accreditamento previsti dalla D.G.R. n. 2569/2014 e ss mm ii
- Personalità giuridica con iscrizione nello specifico registro delle imprese o delle persone giuridiche private;
  - Regolarità della continuità gestionale e finanziaria;
  - Presenza dell'organo di controllo economico e relativa composizione (tipologia, nominativi e qualifiche dei componenti);
  - Assenza di stato di fallimento;
  - Assenza di liquidazione coatta;
  - Assenza di concordato preventivo;
  - Assenza di procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni: fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo.
  - Insussistenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art.67, comma 2, del D.lgs. 6 settembre 2011, n°159 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 13 agosto 2010 n.136".
- di essere in possesso dei requisiti organizzativi e gestionali, nonché strutturali e tecnologici previsti dalla normativa di riferimento
- di essere in possesso **dell'abilitazione all'esercizio** ai sensi (indicare gli estremi del provvedimento/SCIA/DIA/CPE).....
- di essere in possesso **dell'accreditamento**: provvedimento n°..... del ..... rilasciato da ..... (specificare) .....

**COMUNICA****la propria disponibilità e interesse per l'anno 2025**

ad erogare gli interventi riconosciuti ai sensi della D.G.R. n. XII/3719/2024, attraverso l'attivazione, nei limiti delle risorse disponibili, di prestazioni/attività in voucher per la realizzazione di progetti volti al miglioramento della qualità della vita di persone in condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato.

**DICHIARA ALTRESI' DI IMPEGNARSI**

- 1- al rispetto delle condizioni riportate nell'Avviso di Manifestazione di Interesse, prevista ai sensi della D.G.R. n. XII/3719/2024, per la realizzazione di progetti attraverso l'erogazione dei Voucher Sociosanitari a favore di soggetti in condizione di disabilità e necessità di sostegno intensivo molto elevato e delle loro famiglie;
- 2- ad erogare la/e tipologia/e di Voucher, indicati nella tabella sotto riportata, secondo le modalità e i requisiti di cui alla D.G.R. n. XII/3719/2024, indicando inoltre il territorio dell'ASST di erogazione tenuto conto che nel caso del Voucher Autismo dovrà garantire la presa in carico anche per i beneficiari non residenti nella ATS di riferimento;

**ALLEGATO 2**

<input type="checkbox"/> <b>VOUCHER SOCIO SANITARIO ADULTI/ANZIANI</b>	<input type="checkbox"/> <b>VOUCHER SOCIO SANITARIO MINORI</b>	<input type="checkbox"/> <b>VOUCHER SOCIO SANITARIO DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA</b> <b>*solo per Enti Erogatori ADI</b>	<input type="checkbox"/> <b>VOUCHER AUTISMO</b> <small>(Anche per i beneficiari di cui alla lettera G DGR 7751/22 non residenti nel territorio afferente all'ATS Insubria)</small>
<b>ASST</b> <input type="checkbox"/> LARIANA <input type="checkbox"/> SETTE LAGHI <input type="checkbox"/> VALLE OLONA	<b>ASST</b> <input type="checkbox"/> LARIANA <input type="checkbox"/> SETTE LAGHI <input type="checkbox"/> VALLE OLONA	<b>ASST</b> <input type="checkbox"/> LARIANA <input type="checkbox"/> SETTE LAGHI <input type="checkbox"/> VALLE OLONA	<b>ASST</b> <input type="checkbox"/> LARIANA <input type="checkbox"/> SETTE LAGHI <input type="checkbox"/> VALLE OLONA

- Che in qualità di Ente erogatore ADI si impegna ad erogare interventi di rafforzamento ADI a scuola nel territorio afferente a:
- ASST LARIANA
- ASST SETTE LAGHI
- ASST VALLE OLONA

**Consapevole di rendere tutte le precedenti dichiarazioni ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, e consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'articolo 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445.**

Luogo e data\_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_



## ALLEGATO 2

### ALLEGA:

- ▶ Copia del documento d'identità del Legale rappresentante in corso di validità nel caso di firma olografa/autografa.
- ▶ Documentazione comprovante i requisiti richiesti previsti al punto 1 dell'Avviso, in particolare per quanto riguarda il:
  - a) VOUCHER SOCIOSANITARIO**
    - relazione contenente il dettaglio delle modalità in cui l'erogazione del Voucher sociosanitario Misura B1 verrà svolta all'interno della struttura, in assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori destinati ai beneficiari dell'attività ordinaria della medesima struttura;
    - Dichiarazione della presenza di figure professionali specificamente formate e/o con esperienza nella gestione della disabilità gravissima unitamente alla messa a disposizione della ATS dei CV dei professionisti per successivi controlli a campione.
  - b) VOUCHER AUTISMO**
    - Relazione, corredata da planimetria, contenente il dettaglio delle modalità in cui l'erogazione del Voucher Autismo verrà svolto all'interno della struttura in assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori destinati ai beneficiari dell'attività ordinaria della medesima struttura.
    - Dichiarazione della presenza di figure professionali specificamente formate e/o con esperienza nella gestione dell'autismo unitamente alla messa a disposizione della ATS dei CV dei professionisti per successivi controlli a campione
    - Dichiarazione dei corsi di aggiornamento avviati sul tema dell'autismo.