



OGGETTO: Approvazione Avviso di Manifestazione d'Interesse per la realizzazione di progetti attraverso l'erogazione di Voucher sociosanitari mensili previsti dalla DGR n. XI/4138 del 21/12/2020 a favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima e delle loro famiglie.

L'anno ~~2021~~ il giorno 22 del mese di FEBBRAIO, in Monza nella sede legale dell'ATS della Brianza, il Direttore Generale Silvano Casazza prende in esame l'argomento in oggetto e delibera quanto segue

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che:

- con D.G.R. n. XI/4138/2020 è stato approvato il "Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizioni di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo per le Non Autosufficienze triennio 2019-2021 – annualità 2020 esercizio 2021";

DATO ATTO che conformemente alle disposizioni della DGR citata in premessa, ATS con propria deliberazione n. 60/2021 ha proceduto alla presa d'atto degli Enti che hanno confermato l'iscrizione - anche per l'anno 2021 - all'elenco degli erogatori Voucher sociosanitari Misura B1 ed ha approvato lo schema tipo di convenzione da sottoscrivere con gli erogatori stessi;

RILEVATO che occorre procedere alla pubblicazione, ai sensi della D.G.R. n. XI/4138/2020, di Avviso di Manifestazione d'Interesse, per rilevare eventuali disponibilità di ulteriori Enti che potrebbero concorrere all'erogazione dei Voucher socio sanitari Misura B1 per l'anno 2021 e con i quali procedere alla successiva stipula di convenzione secondo lo schema tipo già approvato con la deliberazione n. 60/2021;

VISTO il testo dell'Avviso di Manifestazione di Interesse - allegato 1- parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del Bilancio ATS e che gli oneri derivanti dalla erogazione dei Voucher sociosanitari Misura B1, da parte degli erogatori individuati, in attesa di ulteriori assegnazioni di cui alla D.G.R. n. XI/4138/2020, fanno riferimento alla deliberazione ATS n. 212/2020;

SU PROPOSTA del Direttore dell'U.O.C. Accesso ai Servizi e Continuità Assistenziale;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico di questa ATS;

VISTE:

- l'attestazione di regolarità tecnica e di legittimità del presente provvedimento espressa dal Direttore o Responsabile dell'Unità Organizzativa proponente
- l'attestazione di regolarità contabile da parte del Direttore dell'U.O.C. Economico Finanziario riportate in calce al presente provvedimento;

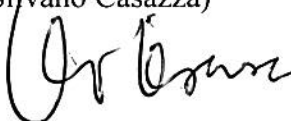
ACQUISITI i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa:

- di approvare il testo dell'Avviso di Manifestazione di Interesse - allegato 1- parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di procedere alla pubblicazione, ai sensi della D.G.R. n.4138/2020, di Avviso di Manifestazione d'Interesse, per rilevare eventuali disponibilità di ulteriori Enti che potrebbero concorrere all'erogazione dei Voucher socio sanitari Misura B1 per l'anno 2021 e con i quali procedere alla successiva stipula di convenzione secondo lo schema tipo già approvato con la deliberazione n. 60/2021;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del Bilancio ATS e che gli oneri derivanti dalla erogazione dei Voucher sociosanitari Misura B1 da parte degli erogatori individuati, in attesa del Decreto di Riparto e Assegnazione di cui alla D.G.R. n. XI/4138/2020, fanno riferimento alla deliberazione ATS n. 212/2020;
- di dare atto che ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dei commi 4 e 6 dell'art. 17 della L.R. n. 33/2009, come modificata dall'art. 1 della L.R. n. 23/2015, il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;
- di disporre, ai sensi del medesimo art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, la pubblicazione del presente provvedimento all'albo on line dell'Ente;
- di disporre l'invio della presente deliberazione alle Unità Organizzative interessate.

IL DIRETTORE GENERALE
(Silvano Casazza)



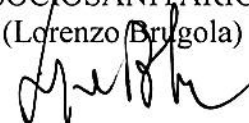
IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Antonietta Ferrigno)



IL DIRETTORE
SANITARIO
(Emerico Maurizio
Panciroli)



IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(Lorenzo Brugola)




ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E CONTABILE

U.O. PROPONENTE: U.O. C. Accesso ai Servizi e Continuità Assistenziale

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Il Direttore UOC
Accesso ai Servizi e Continuità Assistenziale



U.O.C. ECONOMICO FINANZIARIO

Si attesta la regolarità contabile del presente provvedimento:

Bilancio anno _____: Sanitario Socio Sanitario Integrato (ASSI) Sociale

Impegno: _____

Conto n.: _____

Importo: _____

IL DIRETTORE FF
(Veronica Comi)



NOTE: _____

Parte riservata ad acquisti di beni e servizi al di fuori delle Convenzioni CONSIP, ARIA e MEPA

U.O. PROPONENTE: U.O.C. Risorse Strumentali e Logistiche

- Si attesta che i beni/servizi oggetto di acquisto con il presente provvedimento non rientrano nelle categorie trattate dalla Concessionaria Servizi Informatici Pubblici (CONSIP S.p.A.) del Ministero dell'Economia e delle Finanze, per cui nella fattispecie non è applicabile il disposto di cui all'art. 26, comma 3, della Legge n. 488/1999 e successive modificazioni ed integrazioni e neppure in quelle trattate dall'Agenzia Regionale Innovazione Acquisti (ARIA) S.p.A. di cui alla L.R. n. 6 del 03.04.2019
- Si attesta che il bene/servizio da acquisire, oggetto del presente provvedimento, né si è reperito né è presente sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) di cui all'art. 11 DPR 101/2002 ovvero è presente ma trattasi di prodotto/servizio comune e standardizzato non idoneo, in quanto tale, a soddisfare le esigenze specifiche e particolari dell'Azienda.

IL DIRETTORE
(Leonardo Sferrazza Papa)

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Agenzia per la durata di giorni quindici consecutivi dal _____ al _____ inclusi.
Monza, li..... Il Funzionario addetto



AVVISO PUBBLICO PER

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI ATTRAVERSO L'EROGAZIONE DEI VOUCHER SOCIOSANITARI MENSILI PREVISTI DALLA DGR N. XI/4138 DEL 21/12/2020 A FAVORE DI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA E DELLE LORO FAMIGLIE

PREMESSA

L'ATS Brianza in esecuzione della DGR XI/4138/2020 "**Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizioni di non autosufficienza e grave disabilità di cui al fondo per le non autosufficienze triennio 2019-2021- annualità 2020 esercizio 2021**" intende raccogliere manifestazioni d'interesse da parte di Enti Erogatori di servizi socio sanitari o sociali per la realizzazione di progetti, come di seguito descritti, attraverso l'erogazione di **Voucher sociosanitari mensili per adulti e minori** in condizione di gravissima disabilità per il miglioramento della qualità della vita delle persone e delle loro famiglie e l'erogazione di **Voucher mensili sociosanitari di alto profilo** per persone disabili gravissime che presentano bisogni di particolare intensità in quanto dipendenti da tecnologia assistiva.

1. Soggetti che possono candidarsi:

Sono ammessi a presentare la candidatura i soggetti che risulteranno in possesso dei seguenti requisiti:

- a) Presenza di accreditamento come:
 - Struttura Socio Sanitaria (per i voucher ad altro profilo possono aderire solo le strutture sociosanitarie già accreditate e a contratto con ATS Brianza come Enti Erogatori di ADI);
 - Struttura Sociale.
- b) Presenza di iscrizione, alla data della presentazione della domanda, della struttura al registro AFAM - Anagrafe regionale delle strutture sociosanitarie e sociali - quindi provviste di specifico codice (CUDES);
- c) Possesso delle figure professionali necessarie alla realizzazione di progetti, a favore di persone beneficiarie del buono Misura B1 attraverso gli interventi sotto riportati volti al miglioramento della qualità della loro vita e delle loro famiglie:

- per le persone adulte/anziane:
 - per il mantenimento del benessere psicofisico, anche con prestazioni di natura tutelare e/o infermieristica per mirate necessità di rafforzamento, non di sostituzione delle prestazioni di assistenza domiciliare (ADI, SAD ecc...);
 - per il sostegno della famiglia con interventi di sollievo e di supporto alle relazioni.
- per i minori:
 - per sviluppare percorsi orientati a promuovere l'inserimento/inclusione sociale;
 - per sostenere la famiglia anche attraverso interventi di sollievo e di supporto alle relazioni familiari;
 - per il mantenimento del benessere psicofisico, anche con prestazioni di natura tutelare e/o infermieristica per mirate necessità di rafforzamento, non di sostituzione delle prestazioni di assistenza domiciliare (ADI, SAD ecc...);
 - per sostenere interventi di supporto socioeducativo a completamento degli interventi di abilitazione e riabilitazione (v. DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamenti dei LEA- art.32 comma 2 lettera h).
- Per persone che presentano bisogni di particolare intensità in quanto dipendenti da tecnologia assistiva: (ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativo per minimo 16 ore giornaliere 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, valutata dalla ASST:
 - l'acquisto prevalente di prestazioni di natura tutelare fino a un massimo di 20 ore/settimanali di OSS. E' possibile anche per interventi di natura infermieristica e/o educativa.

d) Documentata esperienza/formazione specifica degli operatori che saranno dedicati alla realizzazione dei progetti a favore di persone affette da gravissime disabilità in particolare di tipo neuromotorio e/ neuropsichico, nell'ambito di interventi di carattere sociosanitario o sociale, di almeno 2 anni negli ultimi cinque di attività.

I soggetti che si candidano per l'erogazione dei progetti di cui alla presente manifestazione d'interesse devono dichiarare l'ambito distrettuale dell'ATS - ovvero se in ASST Brianza, ASST Monza o ASST Lecco - dove sono disponibili ad assicurare le prestazioni previste dai progetti individuali e se intendono svolgere, presso la propria struttura, e nei casi specifici di persone di cui alla condizione G secondo Decreto Interministeriale FNA del 2016 ovvero per persone con "gravissima disabilità comportamentale con disturbo dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM5" ad operare a favore di soggetti anche residenti nel territorio afferente ad altra ATS.

2. Modalità di erogazione degli interventi

Il Voucher sociosanitario è un titolo d'acquisto, non in danaro, che può essere utilizzato esclusivamente per acquistare prestazioni di assistenza sociosanitaria da parte di Erogatori accreditati e a contratto con ATS.

Il Voucher potrà essere riconosciuto solo ai beneficiari del buono mensile Misura B1. Gli

interventi da sostenere con il Voucher mensile vengono definiti dall'Equipe EVM (Equipe per la Valutazione Multidimensionale) dell'ASST di riferimento del cittadino e declinati nel Progetto Individuale. Per la realizzazione dell'intervento è necessario che la famiglia sia coinvolta nella elaborazione e realizzazione del progetto. Per ogni beneficiario, al fine dell'attivazione del Voucher mensile, l'erogatore predispone un Progetto che espliciti:

- l'anagrafica del soggetto;
- la descrizione dei fondamentali obiettivi realizzabili e/o raggiungibili e/o percorribili in termini di qualità della vita dell'adulto/minore e del suo nucleo familiare rispetto al bisogno rilevato dalla Valutazione Multidimensionale effettuata dalla ASST;
- descrizione della tipologia e frequenza/quantificazione degli interventi da sostenere con il Voucher mensile relativamente al profilo assegnato;
- luogo/luoghi di intervento;
- risultati attesi.

Qualora il Voucher non venga utilizzato nel mese di riferimento le prestazioni non potranno essere rese retroattivamente o cumulate e utilizzate in altri periodi.

3. Tipologie di voucher ai sensi DGR 4138/2020

La D.G.R. n. 4138 del 21/12/2020 prevede l'erogazione di 3 tipologie di Voucher mensili a favore di persone che si trovano al proprio domicilio in condizione di disabilità gravissima

- **fino a un massimo di Euro 460,00 a favore di persone adulte/anziane** per la realizzazione di progetti per il miglioramento della qualità della vita:
 - per il mantenimento del benessere psicofisico, anche con prestazioni di natura tutelare e/o infermieristica per mirate necessità di rafforzamento, non di sostituzione delle prestazioni di assistenza domiciliare (ADI, SAD etc...);
 - per il sostegno della famiglia con interventi di sollievo e di supporto alle relazioni familiari.
- **fino a un massimo di Euro 600,00 a favore di minori** per promuovere il miglioramento della qualità della vita dei minori e delle loro famiglie:
 - per sviluppare percorsi orientati a promuovere l'inserimento/inclusione sociale;
 - per sostenere la famiglia anche attraverso interventi di sollievo e di supporto alle relazioni familiari;
 - per il mantenimento del benessere psicofisico, anche con prestazioni di natura tutelare e/o infermieristica per mirate necessità di rafforzamento, non di sostituzione delle prestazioni di assistenza domiciliare (ADI, SAD etc...);
 - per sostenere interventi di supporto socioeducativo a completamento degli interventi di abilitazione e riabilitazione (v. DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamenti dei LEA- art.32 comma 2 lettera h).
- **fino ad un massimo di Euro 1.650,00 a favore di persone adulte/anziane/minori** che si trovano al domicilio in condizione di disabilità gravissima che presentino bisogni di particolare intensità in quanto dipendenti da tecnologia assistiva:(ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativo per minimo 16 ore giornaliere e/o alimentazione solo parenterale attraverso catetere

- venoso centrale e/o situazioni di particolare gravità e di intensità per:
- prestazioni di natura tutelare fino a un massimo di 20 ore/settimanali di OSS;
- interventi di natura infermieristica e/o educativa.

4. Figure professionali

La realizzazione di progetti può essere svolta dalle seguenti figure professionali:

- ASA/OSS
- Educatore
- Infermiere
- Psicologo
- Terapista della riabilitazione

I professionisti devono essere in regola con le iscrizioni albo/ordine – dove previsti - e in termini di crediti formativi ECM.

5. Luogo di intervento e di erogazione delle prestazioni

Le attività, prestazioni erogabili in Voucher possono essere svolte a:

- domicilio
- struttura dell'Ente Erogatore che si candida;
- altri contesti es: luoghi di aggregazione, setting specifici per tipologia ecc...

6. Remunerazione dei Voucher

Come previsto dalla DGR n. 4138/2020 per la remunerazione si fa riferimento al costo orario omnicomprensivo per figura professionale di cui alla D.G.R. 2942/2014, come di seguito riportati:

Figura professionale	Costo orario omnicomprensivo
ASA/OSS	Euro 21,00
INFERMIERE	Euro 27,00
EDUCATORE	Euro 24,00
TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	Euro 27,00
PSICOLOGO	Euro 48,00

L'importo del Voucher è modulato fino al massimo previsto dalla tipologia del Voucher attivato, in base al numero delle ore mensili di assistenza effettive erogate e alle diverse figure professionali previste.

L'importo effettivo liquidato all'Ente Erogatore è calcolato moltiplicando gli importi sopra declinati per il numero delle ore effettuate nel mese che non può essere superiore né al valore previsto dal voucher né a quanto stabilito nel Progetto /PAI. L'importo sarà liquidabile solo a fronte della appropriata erogazione verificata da ASST e la corretta rendicontazione verificata da ATS, che deve essere effettuata nei tempi e modi indicati dai servizi di riferimento.

Fatta salva diversa indicazione regionale l'erogazione del Voucher mensile si concluderà entro il termine massimo del 31/12/2021 e comunque fino ad esaurimento delle risorse.

7. Modalità di presentazione della candidatura

Le domande dovranno pervenire all'ATS Brianza tramite posta certificata al seguente indirizzo protocollo@pec.ats-brianza.it

Con il seguente oggetto:

"Candidature per la realizzazione di progetti Voucher mensili Misura B1 - DGR 4138/2020- Ente Gestore(Denominazione)".

La domanda di partecipazione, utilizzando il modulo A, deve essere corredata dalla documentazione comprovante i requisiti richiesti, secondo quanto indicato al punto 1.

8. Termine per la presentazione delle candidature:

Le candidature dovranno pervenire nelle modalità di cui al punto 7

entro e non oltre le ore 12.00 del 15/03/2021

al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: protocollo@pec.ats-brianza.it all'attenzione del Direttore dell'UOC Accesso ai Servizi e Continuità Assistenziale.

A seguito di valutazione delle candidature pervenute circa il possesso dei requisiti da parte di ATS gli Enti Gestori sottoscriveranno specifico contratto/convenzione con ATS Brianza.

ATS Brianza provvederà alla pubblicazione degli elenchi di tutti gli Enti che hanno sottoscritto il contratto/convenzione con ATS Brianza, nella sezione dedicata (Cure Domiciliari Voucher FNA) nel sito della Agenzia: ww.ats-brianza.it

DOMANDA DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE ATTRAVERSO L'ATTIVAZIONE DI VOUCHER MENSILI A FAVORE DI PERSONE AL DOMICILIO IN CONDIZIONE DI GRAVISSIMA DISABILITA' AI SENSI DELLA DGR 4138/2020 E SS.MM. II

(in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art.47 D.P.R. 445/2000 da predisporre su carta semplice intestata all'Ente richiedente)

Il Sottoscritto/a _____
nato a _____ Prov (___) il _____
residente nel Comune di _____ CAP _____ Prov (_____)
via _____ n. ____
in qualità di legale rappresentante dell'Ente Gestore denominato

Codice Fiscale _____ Partita 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): _____

Indirizzo e nominativo del referente:

In qualità di (selezionare la voce di interesse)

- soggetto accreditato con il **Sistema Sociosanitario** Regionale presso l'ATS _____ per _____ (indicare la tipologia di UDO/Servizio) con **CUDES** _____
- soggetto accreditato con il **Sistema Sociale** presso l'Ambito Territoriale di _____ per _____ (indicare la tipologia di UDO/Servizio) con **CUDES** _____

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti soggettivi generali per l'accreditamento previsti dalla D.G.R. n. 2569/2014:
 - 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.
 - di essere – con riferimento alla successiva sottoscrizione della convenzione:
 - SOGGETTO all'imposta di bollo ai sensi del DPR n.642/72.
 - NON SOGGETTO all'imposta di bollo ai sensi del DPR n.642/72.
- di essere in possesso dei requisiti organizzativi e gestionali, nonché strutturali e tecnologici previsti dalle DDGR di riferimento
- dell'**abilitazione all'esercizio** ai sensi (indicare gli estremi del provvedimento/SCIA/DIA/CPE)
- dell'**accreditamento**: provvedimento n. del
rilasciato da (specificare);

COMUNICA la propria disponibilità e interesse per l'anno 2021

(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida)

ad erogare gli interventi riconosciuti ai sensi delle DDGR n. XI/413872020 e ss.mm.ii, attraverso l'attivazione, limitatamente alle risorse disponibili di voucher sociosanitari e presenta la propria candidatura per la realizzazione dei relativi progetti volti al miglioramento della qualità della vita di persone in condizione di disabilità gravissima, residenti nel territorio afferente all' ATS Brianza da e assistite al proprio domicilio, destinati a:

- Adulti/Anziani – Voucher mensile di valore massimo 460,00 euro
- Minori – Voucher mensile di valore massimo 600,00 euro
- Persone dipendenti da tecnologia assistiva – Voucher mensile di valore massimo 1.650,00 euro (attività prevista solo per Enti già Erogatori di ADI a contratto con ATS Brianza)

DICHIARA ALTRESI'

1 – di essere disponibile ad attivare la/le seguente/i tipologia/e di interventi a favore di

(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida):

<input type="checkbox"/> ADULTI/ANZIANI	<input type="checkbox"/> MINORI	<input type="checkbox"/> DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA
<ul style="list-style-type: none"> ➤ per il mantenimento del benessere psicofisico, anche con prestazioni di natura tutelare e/o infermieristica per mirate necessità di rafforzamento, non di sostituzione delle prestazioni di assistenza domiciliare (ADI, SAD etc...); ➤ per il sostegno della famiglia con interventi di sollievo e di supporto alle relazioni 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ per sviluppare percorsi orientati a promuovere l'inserimento / inclusione sociale; ➤ per sostenere la famiglia anche attraverso interventi di sollievo e di supporto alle relazioni familiari ➤ per il mantenimento del benessere psicofisico, anche con prestazioni di natura tutelare e/o infermieristica per mirate necessità di rafforzamento, non di sostituzione delle prestazioni di assistenza domiciliare (ADI, SAD etc...); ➤ per sostenere interventi di supporto socioeducativo a completamento degli interventi di abilitazione e riabilitazione (v. DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamenti dei LEA- art.32 comma2 lettera h) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ per l'acquisto prevalente di prestazioni di natura tutelare fino a un massimo di 20 ore/settimanali di OSS; è possibile anche interventi di natura infermieristica e/o educativa

2 – di essere disponibile ad assicurare le prestazioni previste nei progetti individuali di assistenza nei territori afferenti ai seguenti Distretti:

(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida):

<input type="checkbox"/> ADULTI/ANZIANI	<input type="checkbox"/> MINORI	<input type="checkbox"/> DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA
<input type="checkbox"/> Brianza <input type="checkbox"/> Lecco <input type="checkbox"/> Monza	<input type="checkbox"/> Brianza <input type="checkbox"/> Lecco <input type="checkbox"/> Monza	<input type="checkbox"/> Brianza <input type="checkbox"/> Lecco <input type="checkbox"/> Monza

3 – di essere disponibile a svolgere gli interventi presso:

(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida):

<input type="checkbox"/> ADULTI/ANZIANI	<ul style="list-style-type: none"> ○ Domicilio del richiedente ○ Struttura sociosanitaria o sociale accreditata (indicare quale) ○ Altri contesti di vita (es. luoghi di aggregazione) (indicare quali).....
<input type="checkbox"/> MINORI	<ul style="list-style-type: none"> ○ Domicilio del richiedente ○ Struttura sociosanitaria o sociale accreditata (indicare quale) ○ Altri contesti di vita (es. luoghi di aggregazione) (indicare quali).....
<input type="checkbox"/> DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Domicilio del richiedente

4 – di indicare la propria disponibilità o non disponibilità ad erogare presso la propria struttura prestazioni/attività a favore di persone con gravissima disabilità di cui alla condizione G del DM FNA 2016 ovvero a favore di persone con “*gravissima disabilità comportamentale con disturbo dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM5*”) anche se residenti in altra ATS (e specifica quale)

- Non disponibile** ad erogare anche per residenti presso altra ATS
 DISPONIBILE ad erogare anche per residenti presso altra l'ATS (indicare quale) :

5 - di essere in possesso di esperienza specifica nell'ambito degli interventi di carattere sociosanitario o sociale per i quali si presenta la candidatura, a favore di soggetti affetti da gravissime disabilità e relative famiglie, di almeno 2 anni conseguiti negli ultimi cinque anni di attività in particolare nell'area degli interventi di assistenza rivolti a :

- ADULTI/ANZIANI**
 MINORI
 DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA

6 – di avvalersi, nell'area in cui si presenta la candidatura, delle figure professionali (ASA/OSS educatore, infermiere, terapeuta della riabilitazione, psicologo) in possesso di documentata esperienza/formazione specifica di almeno 2 anni conseguita negli ultimi cinque di attività, per la definizione e realizzazione dei progetti previsti con l'erogazione del voucher a favore dei soggetti affetti da gravissime disabilità e relative famiglie

(barrare una o più opzioni sulla base degli interventi per cui ci si candida):

ADULTI/ANZIANI **MINORI** **DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA**

Di avere nell'aria interessata la disponibilità dei seguenti professionisti:

<input type="checkbox"/> ADULTI	<input type="checkbox"/> ASA/OSS <input type="checkbox"/> Educatore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Terapeuta della riabilitazione
<input type="checkbox"/> MINORI	<input type="checkbox"/> ASA/OSS <input type="checkbox"/> Educatore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Terapeuta della riabilitazione
<input type="checkbox"/> ADULTI/MINORI DIPENDENTI DA TECNOLOGIA ASSISTIVA	<input type="checkbox"/> ASA/OSS <input type="checkbox"/> Educatore <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Terapeuta della riabilitazione

7 – che per ogni persona con gravissima disabilità presa in carico, sulla base del P.I. (Progetto Individuale) redatto dall'equipe EVM dell'ASST contenente gli obiettivi da realizzare rispetto al bisogno rilevato dalla Valutazione Multidimensionale, l'Erogatore scelto dall'utente/familiare, predisporrà un PAI/PEI (Piano di Assistenza Individuale/Piano Educativo Individuale) contenente:

- la descrizione della tipologia e della frequenza /quantificazione degli interventi da sostenere con il Voucher mensile
- gli operatori e le professionalità che svolgeranno l'attività
- il luogo/luoghi di intervento
- i risultati attesi e raggiunti

Le prestazioni rese possono essere rendicontate solo se coerenti con il progetto individuale le prevede e solo secondo le modalità indicate nello stesso.

8 – di essere disponibile a monitorare con l'equipe dell'ASST di riferimento l'andamento del progetto e, d'intesa con la famiglia, a provvedere ad eventuali aggiornamenti necessari per il raggiungimento degli obiettivi individuati

9 – di essere consapevole che gli interventi previsti nei Voucher sono di **durata di almeno un'ora** e possono essere rendicontati nel software di ATS di norma solo ad ore e non a frazioni di ore, e comunque in base alle indicazioni definite nel progetto redatto dall'EVM e secondo le modalità di rendicontazione previste dall'ATS e che gli stessi saranno remunerate in base alle tariffe orarie, onnicomprensive,previste per profilo professionale ai sensi dgr 2942/2014.

10 – di essere a conoscenza che il progetto definito per l'erogazione del Voucher mensile **si concluderà**, come previsto dalla DGR 4138/2020, **al massimo entro il 31 dicembre 2021**, salvo proroghe stabilite da Regione Lombardia con provvedimenti successivi.

11 – di aver preso atto delle condizioni riportate nell'Avviso di Manifestazione di Interesse per la realizzazione di progetti attraverso l'erogazione dei Voucher Sociosanitari mensili previsti dalle DGR 4138/2020 a favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima e delle loro famiglie.

12 – di voler ricevere tutte le comunicazioni relative all'Avviso di cui al precedente capoverso ai seguenti recapiti:

Cognome Nome

Indirizzo PEC

Email

Recapito telefonico

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_____

Il Legale Rappresentante

Allega

-
- copia del documento d'identità del legale rappresentante
 - Documentazione comprovante la presenza dei requisiti di cui al punto 1 della manifestazione d'interesse (atto di accreditamento, curricula professionisti)
-

