

**SCADENZA ORE 12:00
14 MAGGIO 2020**

AVVISO PUBBLICO

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE ATTRAVERSO L'ATTIVAZIONE DI VOUCHER MENSILI A FAVORE DI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVISSIMA E DELLE LORO FAMIGLIE, IN ATTUAZIONE ALLE DD.G.R. N. XI/2720 DEL 23/12/2019 E N. XI/2862 DEL 18/02/2020 ED IN ATTUAZIONE DEL DECRETO DG N. 167 DEL 18.03.2020

1. FINALITA' E OBIETTIVI

Con le DD.G.R. n. XI/2720 del 23/12/2019 e n. XI/2862 del 18/02/2020 Regione Lombardia ha approvato il "Piano Regionale per la Non Autosufficienza triennio 2019-2021 e Programma Operativo Regionale Annualità 2019 - Esercizio 2020" relativo alle Misure a favore di persone in condizione di gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità.

Tra gli strumenti atti a garantire la permanenza a domicilio nel proprio contesto di vita delle persone in condizioni di disabilità gravissima, per il miglioramento della qualità della vita degli utenti e delle loro famiglie, Regione Lombardia, oltre al buono mensile (Misura B1), ha definito l'eventuale erogazione di voucher mensili adulti-minori e di un voucher di alto profilo a favore di persone con bisogni di particolare intensità in quanto dipendenti da tecnologia assistiva.

L'ATS Brescia, con il presente avviso intende garantire, sul proprio territorio, l'attuazione delle determinazioni regionali di cui alle DD.G.R. n. XI/2720/2019 e n. XI/2862/2020 finalizzate al riconoscimento dei Voucher mensili adulti e minori.

Le ASST, nel processo di valutazione delle domande di assegnazione della misura B1 e sulla base delle condizioni nelle quali si trovino le persone disabili gravissime, possono riconoscere i Voucher mensili sotto descritti, predisponendo il Progetto Individuale (P.I.), nel quale devono essere definite le tipologie di intervento previste nel voucher assegnato.

2. OGGETTO DEL BANDO

Formulazione dell'elenco di Enti Erogatori idonei alla realizzazione, sul territorio dell'ATS di Brescia, dei progetti relativi ai voucher adulti, minori e alto profilo in condizioni di gravissima disabilità-Misura B1 previsti dalle DDGR n. XI/2720/2019 e n. XI/2862/2020.

3. SOGGETTI CHE POSSONO PRESENTARE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

a) Erogazione dei voucher adulti e/o minori

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

- ✓ Presenza di accreditamento come:
 - Unità di Offerta Sociosanitaria
 - Unità di Offerta Sociale

- ✓ Esperienza specifica della Unità di Offerta, nell'ambito di interventi di carattere sociosanitario o sociale, a favore di soggetti adulti e/o minori affetti da gravissime disabilità e delle loro famiglie.
- ✓ Esperienza/formazione specifica degli operatori che saranno dedicati alla realizzazione del Progetto Individuale, redatto a cura dell'ASST, nell'ambito di interventi di carattere sociosanitario o sociale a favore di soggetti (adulti e/o minori) affetti da gravissime disabilità e delle loro famiglie.

b) Erogazione dei Voucher ad alto profilo per persone con bisogni di particolare intensità

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

- ✓ Presenza di accreditamento e contratto con ATS di Brescia
 - Enti Erogatori di Assistenza Domiciliare Integrata
- ✓ Presenza di personale con qualifica ASA/OSS/Infermiere, per l'erogazione delle prestazioni di assistenza tutelare con esperienza/formazione nel monitoraggio/gestione della ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa e nel monitoraggio/gestione dell'alimentazione parenterale in grado di garantire:
 - la continuità degli stessi operatori di presenza al domicilio della persona disabile, salvo situazioni particolari da concordare con la persona/famiglia, con il case manager e con l'ASST che ha redatto il relativo Progetto Individuale;
 - il monitoraggio delle condizioni di salute 7 giorni su 7.

4. STRUMENTI E TIPOLOGIA DI INTERVENTI

Voucher mensile fino ad un massimo di € 460,00 a favore di persone adulte, per il miglioramento della loro qualità di vita e delle loro famiglie:

- ✓ per il mantenimento del benessere psicofisico, anche con prestazioni di natura tutelare per mirate necessità di rafforzamento, non di sostituzione, delle prestazioni di assistenza domiciliare (ADI, SAD);
- ✓ per il sostegno della famiglia con interventi di sollievo e di supporto alle relazioni familiari;
- ✓ prestazioni di natura tutelare per mirate necessità di rafforzamento, non di sostituzione, delle prestazioni di assistenza domiciliare;
- ✓ per acquistare prestazioni erogate da Operatori addetti all'assistenza tutelare e/o infermieristica. Si ribadisce che, in ogni caso, stante le finalità dell'intervento lo stesso è da considerare integrativo e non sostitutivo delle prestazioni di natura sociosanitaria assicurate nell'ambito degli interventi assicurati dall'ADI.

Voucher mensile fino ad un massimo di € 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 per mirate necessità di rafforzamento, non di sostituzione, delle prestazioni di assistenza domiciliare (ADI, SAD);

- ✓ per sostenere interventi di supporto socioeducativo a complemento degli interventi di abilitazione e riabilitazione (v. DPCM 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei LEA – art 32, comma 2, lettera h);
- ✓ per acquistare prestazioni di tipo educativo per «interventi di supporto socioeducativo a complemento degli interventi di abilitazione e riabilitazione» basati ad esempio su principi comportamentali (es. TEACH, ABA, ecc).

Voucher mensile sociosanitario di alto profilo fino ad un massimo di 1.650,00 € a favore di persone disabili gravissime con bisogni di particolare intensità in quanto dipendenti da tecnologia assistiva:

- ✓ ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (minimo 16 ore giornaliere)
e/o
- ✓ alimentazione solo parenterale attraverso catetere venoso centrale
e/o
- ✓ situazioni di particolare gravità e di intensità di cura, con necessità di assistenza continuativa e motivata, valutata dal medico della ASST.

per l'acquisto fino ad un massimo di 20 ore/settimanali di OSS. Il valore massimo mensile fino ad euro 1.650,00 è stabilito anche per i voucher misti oppure per voucher con solo infermiere o solo educatore con eventuale ridefinizione del tetto di ore settimanali.

5. MODALITÀ DI EROGAZIONE DEGLI INTERVENTI

Le prestazioni erogate attraverso i Voucher sono parte integrante del Progetto Individuale elaborato dalla equipe multidisciplinare della ASST, condiviso e sottoscritto dall'interessato/famiglia o da chi eventualmente ne garantisce la protezione giuridica, da un rappresentante del Comune/Ambito e dal responsabile del progetto – case manager.

Si precisa che:

- ✓ è compito dell'Ente Erogatore elaborare il Piano di Assistenza o Educativo Individuale (P.A.I./P.E.I.), coerente con quanto indicato dalla ASST nel Progetto Individuale (P.I.), nel quale vengano descritti: gli obiettivi, la durata, le figure professionali previste, la frequenza e la durata degli accessi, i luoghi delle attività e gli indicatori di risultato;
- ✓ è compito della ASST di residenza dell'interessato monitorare l'andamento del P.A.I./P.E.I. d'intesa con la famiglia e con l'Ente Erogatore scelto e provvedere, congiuntamente con gli stessi, laddove vi sia la necessità, a tutti gli aggiornamenti del P.I. necessari al raggiungimento degli obiettivi fissati;
- ✓ l'Ente potrà erogare gli interventi esclusivamente alla tipologia di utenza per la quale è contrattualizzato: adulti, minori, persone disabili gravissime che presentano bisogni di particolare intensità in quanto dipendenti da tecnologia assistiva, con un rapporto operatore dedicato/utente in base a quanto stabilito nel P.I.;
- ✓ gli interventi potranno essere realizzati al domicilio dell'interessato, presso la sede dell'Ente Erogatore, o in altri contesti (es. luoghi di aggregazione).
Nel caso di utilizzo degli spazi della struttura, l'Ente Erogatore dovrà garantire che la presenza degli ospiti, non superi la capacità ricettiva autorizzata;
- ✓ nel caso in cui le ore erogate nel mese siano inferiori rispetto a quelle autorizzate dalla ASST, contenute nel P.I. e nel relativo P.A.I./P.E.I., l'importo riconosciuto verrà calcolato dalla ATS sulla base delle ore effettive rendicontate nell'apposito applicativo;
- ✓ nel caso in cui le ore erogate nel mese siano superiori rispetto a quelle autorizzate dalla ASST, contenute nel P.I., non sarà riconosciuto da ATS alcun importo eccedente il monte ore previsto;
- ✓ la remunerazione delle prestazioni, sarà riconosciuta sulla base delle tariffe orarie omnicomprendenti indicate nella tabella sotto riportata e sino al limite massimo del valore mensile previsto per ogni specifica tipologia di Voucher:

FIGURA PROFESSIONALE	COSTI ORARI
PSICOLOGO	€ 48,00
INFERMIERE	€ 27,00
EDUCATORE	€ 24,00
ASA/OSS	€ 21,00

6. DURATA DEI VOUCHER

La durata del voucher è definita nel Progetto Individuale redatto dall'équipe multidisciplinare dell'ASST di riferimento, fino al termine massimo del 31.12.2020, data di scadenza definita dalle DD.G.R. n. XI/2720/2019 e n. XI/2862/2020 e in ogni caso entro i limiti del budget complessivo assegnato all'ATS di Brescia.

7. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Gli Enti Erogatori che intendono candidarsi, devono fare pervenire la propria manifestazione di interesse

entro le **ore 12** del giorno **14 maggio 2020**

redatta su carta intestata, sottoscritta dal legale rappresentante, secondo il modello allegato A1, pubblicato sul sito di ATS Brescia, indirizzata a:

Agenzia di Tutela della Salute di Brescia
Ufficio Protocollo
Viale Duca degli Abruzzi n. 15, 25124 Brescia

La domanda e i relativi allegati devono essere trasmessi alla casella di Posta Elettronica Certificata protocollo@pec.ats-brescia.it indicando nell'oggetto della trasmissione "Manifestazione di interesse Misura Voucher B1".

ATS può riservarsi di richiedere nel corso dell'istruttoria, qualora si rendessero necessari ai fini del completamento della stessa, eventuali chiarimenti o integrazioni documentali.

L'assenza dei requisiti sopra indicati o la carenza della documentazione richiesta comporteranno la non accettazione della candidatura.

ATS di Brescia provvederà alla pubblicazione degli elenchi di tutti gli Enti idonei al banner dedicato pubblicato sul sito ATS all'indirizzo <http://www.ats-brescia.it>.

Gli elenchi si intendono aperti e potranno essere successivamente aggiornati, previa valutazione delle ulteriori candidature da parte della Commissione di Valutazione.

8. VALUTAZIONE DELLE MANIFESTAZIONI DI INTERESSE

La valutazione delle manifestazioni di interesse sarà effettuata da una apposita commissione di valutazione prevista dal Decreto di indizione del presente avviso. A seguito di valutazione di idoneità gli Enti Erogatori sottoscriveranno con ATS Brescia specifico contratto per l'erogazione dei voucher sociosanitari.

9. TRATTAMENTO PERSONALE DEI DATI

Il trattamento dei dati personali relativo alla manifestazione d'interesse sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, pertinenza e trasparenza e alla tutela della riservatezza e dei diritti dei soggetti coinvolti, in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e comunitari in materia di protezione dei dati personali.

10. PUBBLICAZIONE, INFORMAZIONI E CONTATTI

Il presente avviso è pubblicato sul sito web dell'ATS di Brescia, al seguente indirizzo: www-ats-brescia.it nella sezione Pubblicità Legale – Altri Documenti da dove sarà altresì possibile scaricare la modulistica in formato compilabile.

Qualsiasi informazione relativa ai contenuti del presente avviso e agli adempimenti connessi può essere richiesta a:

e-mail: disabilita@ats-brescia.it

telefono: 030 383.9036 / 030 383.9061.

Firmato digitalmente
IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Vito Claudio Sileo

All'ATS di Brescia
Ufficio Protocollo
V.le Duca degli Abruzzi,15
25124 - BRESCIA
protocollo@pec.ats-brescia.it

Oggetto: Manifestazione di interesse per l'erogazione di prestazioni sociosanitarie attraverso l'attivazione di voucher mensili a favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima e delle loro famiglie, in attuazione delle DD.G.R. n. XI/2720 del 23/12/2019 e n. XI/2862 del 18/02/2020 e del Decreto DG n. 167 del 18.03.2020

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ Prov (____) il _____

C.F. _____

in qualità di legale rappresentante dell'Ente Gestore denominato

_____ con sede legale nel Comune di _____ prov (____)

via _____ n. _____ CAP _____

C.F. _____ P. IVA _____

tel. _____ e-mail _____ PEC _____

COMUNICA la propria disponibilità e interesse per l'anno 2020

(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/2720/2019 e n. XI/2862/2020, 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 e delle loro famiglie, destinati a:

€ **persone adulte**, attraverso un voucher mensile del valore massimo di **Euro 460,00**

€ **minori**, attraverso un voucher mensile del valore massimo di **Euro 600,00**

€ **persone che presentano bisogni di particolare intensità**, del valore massimo di **Euro 1.650,00**

A tal proposito, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del medesimo D.P.R. e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A

• **di essere in possesso dei seguenti requisiti:**

- ✓ di accreditamento: provvedimento n. _____ del _____ (specificare per ogni Unità d'Offerta) rilasciato da _____ e, pertanto, il mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali, nonché strutturali e tecnologici di riferimento;
- ✓ di esperienza specifica nell'erogazione di interventi di carattere sociosanitario o sociale, a favore di soggetti (adulti e/o minori) affetti da gravissime disabilità e delle loro famiglie (*di cui si allega relazione*);
- ✓ di esperienza/formazione specifica, degli operatori che saranno dedicati alla realizzazione del Progetto di Assistenza o Educativo Individualizzato (P.A.I./P.E.I.), nell'ambito di interventi di carattere sociosanitario o sociale a favore di soggetti (adulti e/o minori) affetti da gravissima disabilità e delle loro famiglie (*di cui si allega relazione*)

D I C H I A R A altresì

• **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
<p>- Interventi educativi o di altra figura professionale di sollievo per la famiglia o di supporto alle relazioni familiari anche al fine di attività di socializzazione/ inclusione sociale</p> <p>- Interventi tutelari (ASA/OSS) aggiuntivi e non sostitutivi di interventi di uguale natura già rese con altri servizi sociosanitari attivati (ADI e/o SAD) per il mantenimento del benessere psicofisico della persona</p>	<p>- Attività specifiche socializzanti/ ricreative/ludiche per promuovere l'inserimento/ inclusione sociale (es. accompagnamento del minore fuori casa, attività di gioco, ecc.)</p> <p>- Interventi di sollievo e di supporto alle relazioni familiari (es. interventi educativi o di altra figura professionale per attività di socializzazione/ sollievo/ supporto al caregiver, rafforzamento rapporti familiari, ecc.)</p>	<p>- Attività di assistenza tutelare per offrire al caregiver familiare pause di sollievo e supporto all'impegno di assistenza attraverso l'erogazione di prestazioni rese da personale formato che garantisce la continuità di presenza presso il domicilio della persona disabile</p>

<p>- Prestazioni infermieristiche/OSS solo se integrative e non sostitutive di quelle di natura sociosanitaria assicurate dall'ADI</p>	<p>- Interventi tutelari (ASA/OSS) aggiuntivi e non sostitutivi di interventi di uguale natura già rese con altri servizi sociosanitari attivati (ADI e/o SAD)</p> <p>- Interventi educativi a complemento degli interventi di abilitazione e riabilitazione basati su principi comportamentali (es. TEACH, ABA, ecc.)</p> <p>- Interventi di supporto socio educativo a complemento (non in sostituzione) di interventi già presenti di abilitazione e riabilitazione previsti dai LEA</p>	
--	---	--

• **di essere disponibile ad assicurare le prestazioni previste nei progetti individuali di assistenza nei seguenti territori:** *(barrare una o più opzioni sulla base degli ambiti per cui ci si candida):*

- ASST Spedali Civili di Brescia:

- € ambito territoriale 1 – Brescia Collebeato
- € ambito territoriale 2 – Brescia Ovest
- € ambito territoriale 3 – Brescia Est
- € ambito territoriale 4 – Valle Trompia

- ASST Franciacorta:

- € ambito territoriale 5 – Sebino
- € ambito territoriale 6 – Monte Orfano
- € ambito territoriale 7 – Oglio Ovest
- € ambito territoriale 8 – Bassa Bresciana Occidentale

- ASST Garda:

- € ambito territoriale 9 – Bassa Bresciana Centrale
- € ambito territoriale 10 – Bassa Bresciana Orientale
- € ambito territoriale 11 – Garda
- € ambito territoriale 12 – Valle Sabbia

€ sull'intero territorio di competenza dell'ATS di Brescia;

• **di essere disponibile a svolgere gli interventi** attivati con voucher, parte integrante di un Progetto Individuale elaborato dalle equipe di Valutazione Multidimensionale delle ASST-Comune, condiviso con la famiglia e potranno essere realizzati al domicilio, sul territorio o presso la struttura accreditata per la/le seguente/i Unità d'Offerta

• **di impegnarsi a:**

- elaborare il Piano di Assistenza o Educativo Individualizzato (P.A.I./P.E.I.), coerente con quanto indicato nel P.I., in cui vengano descritti: gli obiettivi, la durata, le figure professionali previste, la frequenza e la durata degli accessi, i luoghi delle attività e gli indicatori di risultato;
- rivolgere gli interventi alla tipologia d'utenza per la quale è contrattualizzato, garantendo idonea copertura assicurativa al personale impegnato secondo i setting di erogazione previsti nel P.A.I./P.E.I.;
- attuare gli interventi previsti dal P.A.I./P.E.I.;
- monitorare con l'équipe 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;
- rendicontare le prestazioni erogate secondo tempi e modalità definite dall'ATS, prendendo atto che gli interventi previsti nei voucher sono di durata di almeno un'ora e possono essere rendicontati nell'applicativo di ATS solo ad ore e non a frazioni di ore;

- **di essere a conoscenza che il progetto** definito per l'erogazione del Voucher mensile si concluderà, come previsto dalle DD.G.R. n. XI/2720 del 23/12/2019 e n. XI/2862 del 18/02/2020, **al massimo entro il 31 dicembre 2020**, salvo proroghe stabilite da Regione Lombardia con provvedimenti successivi;

- **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 DD.G.R. n. XI/2720 del 23/12/2019 e n. XI/2862 del 18/02/2020 a favore di soggetti in condizione di disabilità gravissima e delle loro famiglie;

- **di voler ricevere tutte le comunicazioni relative alla presente manifestazione d'interesse ai seguenti recapiti:**

indirizzo pec _____

oppure e-mail _____

Recapito telefonico _____

- **di individuare quale referente dei progetti voucher:**

Nominativo _____

e-mail _____

Recapito telefonico _____

Luogo e data _____

Timbro e Firma
Legale Rappresentante

In conformità alle disposizioni nazionali e comunitarie in materia di protezione dei dati personali si autorizza la competente amministrazione all'utilizzo e al trattamento dei dati riportati nella presente per tutte le procedure connesse alle finalità della manifestazione di interesse, di cui alla DGR n. XI/2862 del 18/02/2020.

Luogo e data _____

Timbro e Firma
Legale Rappresentante

Allegati:

- copia del documento di identità del Legale Rappresentante in corso di validità
- relazione attestante il possesso dei requisiti di esperienza specifica nell'erogazione di interventi a favore di soggetti affetti da gravissima disabilità e di esperienza/formazione degli operatori dedicati alla realizzazione dei P.A.I/P.E.I.