

**AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ATTIVAZIONE DI SERVIZI SPERIMENTALI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI RIVOLTI A SOGGETTI CON DIPENDENZA DA GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP) AI SENSI DELLA DGR XI/585 del 01/10/2018 – ALLEGATO C**

**SCADENZA 27/12/2018**

**SOMMARIO**

**Premessa**

- 1. Oggetto dell'avviso**
- 2. Destinatari dell'avviso**
- 3. Obiettivo**
- 4. Termini e modalità per la presentazione della domanda e della documentazione**
- 5. Istruttoria dell'ATS**
- 6. Responsabilità del procedimento**
- 7. Pubblicazione, informazione e contatti**
- 8. Trattamento dati personali.**

**PREMESSA**

Regione Lombardia con la D.G.R. n° XI/585 del 01/10/2018 "Approvazione programma di attività per il contrasto di gioco d'azzardo patologico – attuazione D.G.R. n. 159 del 29/05/2018 e D.C.R. N. 1497 del 11/04/2017" - ed in particolare con l'allegato C (richiamato integralmente) - ha dato avvio alla sperimentazione di servizi residenziali e semiresidenziali rivolti a soggetti con dipendenza da gioco d'azzardo patologico (GAP).

Ha demandato alle ATS il compito di emanare un bando di manifestazione di pubblico interesse per l'individuazione delle strutture presenti nel territorio di riferimento disponibili a partecipare alla sperimentazione.

**1. OGGETTO DELL'AVVISO**

Con il presente avviso l'ATS della Montagna intende costituire un elenco di soggetti qualificati allo svolgimento degli interventi a favore di soggetti con dipendenza da gioco patologico (GAP) nei termini e nelle modalità previste dalla D.G.R. n° XI/58 del 01/10/2018 - Allegato C.

**2. DESTINATARI DELL'AVVISO**

Sono soggetti destinatari del presente avviso gli Enti Gestori di Servizi Sociosanitari per le Dipendenze Residenziali e Semiresidenziali accreditati/in corso di accreditamento, ubicati sul territorio dell'ATS della Montagna.

**3. OBIETTIVO**

Creazione di un elenco di soggetti disponibili ad attivare, mettendo a disposizione in ambito regionale:

- posti accreditati/in corso di accreditamento non a contratto

- posti accreditati a contratto, previo congelamento di posti esistenti per le seguenti tipologie di sperimentazione:

A- SERVIZIO DI DIAGNOSI E DEFINIZIONE DELL'ESIGENZA – remunerazione pari a 120 euro al giorno;

B- SERVIZIO DI TRATTAMENTO RESIDENZIALE BREVE – remunerazione pari a 118 euro al giorno E ACCOMPAGNAMENTO TERRITORIALE (i giorni di accompagnamento territoriale sono valorizzati a 12 euro l'uno);

C- SERVIZIO DI TRATTAMENTO RESIDENZIALE: - remunerazione pari ad 80 euro al giorno;

D - SERVIZIO DI TRATTAMENTO SEMIRESIDENZIALE – remunerazione pari a 45 euro al giorno

Gli inserimenti saranno formalizzati tramite contratti/convenzioni ad hoc per ogni paziente tra l'Ente Erogatore inserito nell'apposito elenco regionale e la ATS di residenza del soggetto.

#### **4. TERMINI E MODALITÀ PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA E DELLA DOCUMENTAZIONE**

L'Ente interessato deve presentare la domanda secondo il modello allegato al presente avviso.

La domanda deve pervenire entro e non oltre il giorno 27/12/2018 ed essere indirizzata a: ATS della Montagna tramite PEC, al seguente indirizzo [direzione.sociosanitaria@pec.ats-montagna.it](mailto:direzione.sociosanitaria@pec.ats-montagna.it).

#### **5. ISTRUTTORIA DELL'ATS**

L'ATS provvederà a valutare quanto pervenuto e ad inviare l'elenco degli enti che si saranno resi disponibili agli uffici regionali al fine della costituzione di un unico elenco regionale delle disponibilità.

#### **6. RESPONSABILITÀ DEL PROCEDIMENTO**

La responsabilità del procedimento è in capo all'ATS della Montagna nella persona della dr.ssa Daniela Prandi

Tel. 0342.555738/843

e.mail: [dipartimento.pipss@ats-montagna.it](mailto:dipartimento.pipss@ats-montagna.it)

#### **7. PUBBLICAZIONE, INFORMAZIONI E CONTATTI**

Il presente avviso e la documentazione ad esso allegata saranno trasmessi agli Enti Erogatori di Servizi Sociosanitari per le Dipendenze Residenziali e Semiresidenziali ubicati sul territorio dell'ATS della Montagna e pubblicati sul portale dell'ATS.

Per ogni ulteriore informazione, gli interessati possono rivolgersi al Dipartimento PIPSS, sig. Dario Maranga tel. 0342/555853 email: [d.maranga@ats-montagna.it](mailto:d.maranga@ats-montagna.it)

#### **8. TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

L'ATS nell'espletamento delle proprie attività e nello scambio dei dati è tenuta al rispetto delle prescrizioni previste dal GDPR 679/2016, entrato in vigore il 25 maggio 2018, Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati approvato dal Parlamento Europeo.

#### **ALLEGATI**

Modello di domanda

**Alla ATS della Montagna**

**Indirizzo PEC:  
direzione.sociosanitaria@pec.ats-montagna.it**

**Oggetto: Domanda per la costituzione di un elenco di soggetti qualificati allo svolgimento degli interventi a favore di soggetti con dipendenza da gioco patologico (GAP) nei termini e nelle modalità previste dalla deliberazione regionale n. XI/585/2018 – Allegato C**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_,

in qualità di Legale Rappresentante dell'Ente Gestore

\_\_\_\_\_;

con Sede Legale nel Comune di \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,

via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,

C.F.: \_\_\_\_\_, PARTITA IVA \_\_\_\_\_,

**Manifesta il proprio interesse ad attivare le seguenti tipologie di sperimentazione:**

**A - SERVIZIO DI DIAGNOSI E DEFINIZIONE DELL'ESIGENZA**

**Disponibilità di:**

**a. n. \_\_\_\_\_ posti accreditati**

**b. n. \_\_\_\_\_ posti in corso di accreditamento**

**c. n. \_\_\_\_\_ posti accreditati a contratto per i quali si chiederà il congelamento**

Presso l'U.d'O. (denominazione/tipologia) \_\_\_\_\_

con n° \_\_\_\_\_ posti autorizzati di cui n. \_\_\_\_\_ a contratto n. \_\_\_\_\_ in corso di accreditamento

**B - SERVIZIO DI TRATTAMENTO RESIDENZIALE BREVE**

**Disponibilità di:**

**a. n. \_\_\_\_\_ posti accreditati**

**b. n. \_\_\_\_\_ posti in corso di accreditamento**

**c. n. \_\_\_\_\_ posti accreditati a contratto per i quali si chiederà il congelamento**

Presso l'U.d'O. (denominazione/tipologia) \_\_\_\_\_

con n° \_\_\_\_\_ posti autorizzati di cui n. \_\_\_\_\_ a contratto n. \_\_\_\_\_ in corso di accreditamento

**C - SERVIZIO DI TRATTAMENTO RESIDENZIALE**

Disponibilità di:

a. n. \_\_\_\_\_ posti accreditati

b. n. \_\_\_\_\_ posti in corso di accreditamento

c. n. \_\_\_\_\_ posti accreditati a contratto per i quali si chiederà il congelamento

Presso l'U.d'O. (denominazione/tipologia) \_\_\_\_\_  
con n° \_\_\_\_\_ posti autorizzati di cui n. \_\_\_\_\_ a contratto n. \_\_\_\_\_ in corso di  
accreditamento

**D - SERVIZIO DI TRATTAMENTO SEMIRESIDENZIALE**

Disponibilità di:

a. n. \_\_\_\_\_ posti accreditati

b. n. \_\_\_\_\_ posti in corso di accreditamento

c. n. \_\_\_\_\_ posti accreditati a contratto per i quali si chiederà il congelamento

Presso l'U.d'O. (denominazione/tipologia) \_\_\_\_\_  
con n° \_\_\_\_\_ posti autorizzati di cui n. \_\_\_\_\_ a contratto n. \_\_\_\_\_ in corso di  
accreditamento

**Comunica inoltre:**

1) nome del referente: \_\_\_\_\_

2) indirizzo email del referente: \_\_\_\_\_

3) n. Telefonico del referente: \_\_\_\_\_

4) indirizzo PEC dell'Ente Gestore: \_\_\_\_\_

5) denominazione e indirizzo della/e U.d. O.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allega carta d'identità del Legale Rappresentante.**

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

Il Legale Rappresentante o Soggetto delegato

\_\_\_\_\_