



Regione
Lombardia

ATS Montagna

DELIBERA
del DIRETTORE
GENERALE
**Dott.ssa Maria
Beatrice STASI**

COADIUVATO
dal Direttore
Amministrativo
Avv. **Monica Anna
BUMAGALLI**
dal Direttore
Sanitario
**dott.ssa Lorella
CECCONAMI**

dal Direttore
Sociosanitario
**dott. Fabrizio
LIMONTA**

Publicato sul sito
aziendale ATS
Il giorno
30 NOV. 2018

Per rimanervi
esposto

**Il presente atto è
composto da n. 3 fogli
e 4 pagg. di allegati**

n. 668 del 29 NOV. 2018

OGGETTO: 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

Su proposta del Direttore Dipartimento PIPSS

IL DIRETTORE GENERALE

VISTI:

- il d.p.r 9 ottobre 1990, n. 309 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope per prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza";
- la legge 30 marzo 2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcool e di problemi alcool correlati";
- la DGR n. 12621 del 7 aprile 2003 "Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per la assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art.12 comma 3 e 4 l.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze";
- la DGR n. 5509 del 10 ottobre 2007 "Determinazioni relative ai servizi accreditati nell'area dipendenze";
- la legge regionale 21 ottobre 2013, n. 8 "Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico";
- il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502." e, in particolare, l'articolo 35 che reca le disposizioni in tema di assistenza sociosanitaria residenze alle persone con dipendenze patologiche;
- la D.G.R. n° X/7600 del 20/12/2017 nell'ambito della programmazione per l'anno 2018 in tema di gioco d'azzardo patologico (GAP);

PREMESSO che la D.G.R. n. XI/585/2018, con oggetto "Approvazione programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico – attuazione D.G.R. del 29/05/2018 e D.C.R. n. 1497 del 11/04/2017", all'allegato C prevede che:

- siano avviate sperimentazioni di servizi residenziali e semiresidenziali a favore di soggetti con dipendenza da gioco d'azzardo patologico (GAP);
- gli interventi vengano erogati da Enti Gestori di Servizi Sociosanitari per le Dipendenze Residenziali e Semiresidenziali ed inseriti in appositi elenchi costituiti da ciascuna ATS;
- i soggetti che possono candidarsi sono gli Enti Gestori di Servizi Sociosanitari per le Dipendenze Residenziali e Semiresidenziali ubicati sul territorio dell'ATS della Montagna;



Segue delibera n. 668 del 29 NOV. 2018

PRESO ATTO che questa ATS ha predisposto lo schema di “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”, di cui all’Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO che tale avviso venga pubblicato sul sito web istituzionale dell’ATS;

STABILITO che gli Enti interessati dovranno presentare la propria candidatura attraverso la sottoscrizione del modulo, Allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, secondo le modalità e nei tempi previsti nell’Avviso stesso;

CONSTATATO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell’Agenzia;

DATO ATTO dell’attestazione del Dirigente del Servizio proponente in ordine alla completezza, alla regolarità tecnica e alla legittimità del presente provvedimento;

SENTITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario per la parte di rispettiva competenza;

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa ed integralmente richiamate

- 1. DI PRENDERE ATTO** dello schema di “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”, Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2. DI DARE ATTO** che gli Enti interessati dovranno presentare la propria candidatura attraverso la sottoscrizione del modulo, Allegato 2, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, secondo le modalità e nei tempi previsti nell’Avviso stesso;



Segue delibera n. 668 del 29 NOV. 2018

3. **DI DISPORRE** la pubblicazione di tale avviso sul sito web istituzionale dell'ATS;
4. **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Agenzia;
5. **DI DICHIARARE** il presente provvedimento immediatamente esecutivo e non soggetto a controllo preventivo;
6. **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento sarà pubblicato all'Albo on-line dell'Agenzia ai sensi della vigente normativa;
7. **DI INCARICARE**, per gli adempimenti conseguenti al presente provvedimento, il Direttore del Dipartimento PIPSS.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Maria Beatrice Stasi

Il Dirigente Proponente: Dr.ssa Daniela Prandi

Responsabile del procedimento: Sig. Dario Maranga

AVVISO EMANATO CON DELIBERA DELL'ATS DELLA MONTAGNA N. _____
PUBBLICATO SUL SITO ISTITUZIONALE ATS DELLA MONTAGNA IN DATA _____

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 demadato 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.

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

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

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
