

Modello di domanda di partecipazione per la contrattualizzazione di prestazioni di **Riabilitazione Ambulatoriale in età evolutiva** da redigere su carta intestata dell'Ente richiedente in formato pdf e sottoscritto digitalmente dal Legale Rappresentante

Spett.le
ATS Val Padana
Via dei Toscani, 1
46100 Mantova
protocollo@pec.ats-valpadana.it

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTA A ENTI ACCREDITATI PRIVATI E PUBBLICI PER LA CONTRATTUALIZZAZIONE DI PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE AMBULATORIALE IN ETÀ EVOLUTIVA
--

Il sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov (____) il _____

residente nel Comune di _____ CAP _____ Prov (____)

via _____ n. _____

in qualità di *(indicare se legale rappresentante o procuratore o comunque altra persona legittimamente autorizzata ad impegnare l'Ente)* _____

(se procuratore indicare i riferimenti della procura) in forza di procura del _____ n. repertorio _____ n. raccolta _____ **allegata alla presente**

dell'Ente denominato _____

Codice Fiscale _____ Partiva IVA _____

con sede legale nel Comune di _____ Prov (____)

CAP _____ via _____ n. _____

Indirizzo PEC che l'ATS utilizzerà per le comunicazioni ufficiali relative all'avviso:

Nominativo del Referente dell'Ente da contattare in caso di necessità o chiarimenti rispetto alla presente domanda:

Cognome Nome _____

Email _____

Recapito telefonico diretto (NO CENTRALINI) _____

Manifesta il proprio interesse

a partecipare all'avviso pubblico finalizzato alla contrattualizzazione di prestazioni di Riabilitazione Ambulatoriale in età evolutiva, per l'unità d'offerta di riabilitazione denominata _____, CUDES _____ per n. _____ prestazioni (indicare il n. di Prestazioni per i quali si presenta la domanda, non inferiore a 800)

A tal scopo, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi e per gli effetti previsti dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76, nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative in merito alla decadenza dei benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti:

DICHIARA

- di essere Ente gestore dell'unità d'offerta **Riabilitazione ambulatoriale**, cudes _____, accreditata in data _____ con provvedimento n. _____ del _____ per n. _____ prestazioni e a contratto per n. _____ prestazioni, con sede nel Comune di _____ Prov _____
- di essere soggetti gestori di UDO SOCIOSANITARIA già accreditata nel territorio di ATS Val Padana, per l'erogazione di prestazioni di RIA in regime ambulatoriale da dedicare esclusivamente a utenti in età evolutiva, non a contratto o oggetto di altra tipologia di accordo/convenzione, come a titolo esemplificativo e non esaustivo, protocolli negoziali, ex sperimentazioni RIA di cui alla D.G.R. n. 3239/12 o altre progettualità con finanziamento a carico del SSR.
- di possedere lo specifico requisito di accreditamento di cui alla DGR VII/19883/2004, ovvero la supervisione ed il coordinamento da parte di un medico in possesso della specializzazione in Neuropsichiatria Infantile;
- di non essere stato oggetto negli ultimi cinque anni di sospensione dell'accREDITAMENTO con il SSR;
- di essere soggetto gestore in possesso dei requisiti soggettivi utili ai fini della contrattualizzazione con il SSR, previsti nell'allegato 3 del presente Avviso;
- di aver preso visione e di condividere i principi enunciati:
 - nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025 - 2027 dell'ATS della Val Padana, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 28 del 30/01/2025 e in particolare della sezione "Anticorruzione e Trasparenza". Il PIAO è consultabile sul sito di ATS della Val Padana - sezione Amministrazione Trasparente – Disposizioni Generali;
 - nel Patto di Integrità in materia di contratti pubblici regionali, adottato con deliberazione XII/3599 del 16/12/2024,
 - nel Codice di comportamento nazionale dei dipendenti pubblici approvato con DPR n. 81/2023.
- di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni inerenti alla presente manifestazione di interesse;

ALLEGA ALLA PRESENTE DICHIARAZIONE

specificata documentazione nella quale viene data evidenza in modo dettagliato degli elementi previsti ai punti 3.1 e 3.2. dell'Avviso Pubblico e più precisamente:

- 1) Relazione sull'inserimento del servizio all'interno di una filiera di servizi sociosanitari e sociali territoriali funzionali ad accompagnare la presa in carico del minore e della famiglia (elenco di altre tipologie di offerta sociali e/o sociosanitarie rientranti nella filiera dei setting assistenziali per la tipologia di utenza, facenti capo all'E.G. che presenta domanda). In tale relazione dovrà essere data evidenza, altresì:
 - delle modalità di raccordo clinico-organizzativo con l'UONPIA;

- della coerenza degli interventi con linee guida e procedure condivise, anche con i competenti servizi delle ASST;
 - dell'impiego di strumenti validati;
 - delle modalità di definizione e verifica del progetto riabilitativo individuale;
 - della composizione e dell'effettiva disponibilità dell'équipe multidisciplinare dedicata
 - delle modalità di confronto sui casi complessi;
 - del coinvolgimento della famiglia e della scuola;
- 2) Relazione descrittiva inerente ai collegamenti con la rete locale del Terzo settore e con gli Ambiti, con particolare riferimento alla capacità di promuovere sinergie locali che favoriscano l'inserimento dell'attività delle unità di offerta all'interno di una filiera che potenzi l'inclusione del minore e della famiglia sul territorio stesso, sviluppando capacità di presa in carico nella logica della prossimità e della qualità di vita;
- 3) Relazione descrittiva attestante la realizzazione di progetti/svolgimento di attività a favore del target oggetto di manifestazione di interesse, con evidenza delle attività clinico-riabilitative effettivamente svolte, la tipologia dei casi trattati e l'organizzazione dell'équipe, nonché le modalità di monitoraggio e valutazione degli esiti, definiti in relazione agli obiettivi individualizzati del progetto riabilitativo

Luogo e Data _____

Il legale Rappresentante o Procuratore

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate che sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa