

## SEZIONE TERZA

---

***Altri atti e avvisi della Regione e di altri enti pubblici che interessano la collettività regionale***

---

ARESS PUGLIA - AGENZIA REGIONALE STRATEGICA PER LA SALUTE ED IL SOCIALE

**Avviso pubblico per la presentazione di manifestazioni d'interesse ai fini dell'individuazione di Associazioni e/o Enti del Terzo Settore e/o organizzazioni di cittadini/pazienti impegnate sul tema della diabetologia, con sede in Regione Puglia per la partecipazione ai lavori del TAVOLO TECNICO HTA/ DIABETOLOGIA. Rif. deliberazione 15/09/2025 n.196**

Con Delibera di Giunta Regionale n. 524/2018 presso l'Agenzia Regionale strategica per la Salute e il Sociale (A.Re.S.S.) Puglia è stato istituito il Centro Regionale di Health Technology Assessment (CreHTA) per l'attuazione del Programma Nazionale HTA dei Dispositivi Medici, in considerazione della consolidata esperienza maturata in HTA dal Servizio Valutazione Integrata in sanità.

Obiettivo del Centro Regionale HTA, oltre all'attuazione del PNHTADM, è quello di fornire al Policy Maker alla Regione Puglia elementi di valutazione fondati su evidenze scientifiche e su una metodologia rigorosa e sistemica a supporto delle scelte di politica sanitaria.

La delibera di Giunta Regionale n. 524/2018 ha stabilito, tra l'altro, come compiti del Centro Regionale HTA, quello di Attuare le indicazioni del Programma Nazionale HTA dei Dispositivi Medici; sostenere la rete collaborativa dei referenti HTA aziendali e dei tavoli tecnici HTA dell'AReSS confluiti con DGR 1333/2020 nella RePuHTA. Nell'ambito dei predetti Tavoli Tecnici con D.C.S. dell' AReSS Puglia n. 36/2017 e successivamente con DG. AReSS n. 110/2020 e n. 207/2021 è stato istituito il Tavolo Tecnico HTA/ Diabetologia, costituito da referenti HTA aziendali, clinici e farmacisti delle strutture territoriali regionali esperti nonché rappresentanti di Associazioni dei pazienti diabetici giovani e adulti.

Nell'ambito dei rappresentanti delle Associazioni di pazienti diabetici giovani e adulti, mutuando un approccio ampiamente condiviso a livello nazionale ed internazionale, si ritiene opportuno, anche in considerazione del possibile intercorso rinnovo delle cariche di vertice nelle associazioni già incluse, promuovere specifico Avviso/Manifestazione di Interesse per procedere con l'aggiornamento della composizione del tavolo per quanto attiene alla componente dei cittadini/pazienti, individuando n. 1 rappresentante per ciascuna delle n. 2 predette associazioni da includere nelle attività di HTA. Ciò in un'ottica di collaborazione e cooperazione con le istituzioni e promozione di logiche di condivisione e con particolari insight sui temi della definizione degli outcome rilevanti, dell'equità di accesso, della formazione in HTA, delle valutazioni del contesto, dell'individuazione di barriere o facilitazioni per l'adozione di specifiche tecnologie sanitarie.

Pertanto, al fine di individuare Associazioni/Enti/organizzazioni di Pazienti con sede in Regione Puglia interessate a collaborare con il predetto Tavolo Tecnico, per il perseguimento delle finalità sintetizzate in premessa e individuate con D.D.G. AReSS Puglia n. 110/2020 e n. 207/2021, nel rispetto dei principi di imparzialità, pubblicità, trasparenza, partecipazione e parità di trattamento è indetto un avviso pubblico per la presentazione di manifestazioni d'interesse.

**ART. 1****SOGGETTI DESTINATARI**

Il presente Avviso è rivolto alle Associazioni, Enti del Terzo Settore e Organizzazioni di cittadini/pazienti impegnati su tematiche relative alla diabetologia con sede in Regione Puglia

**ART.2****POSSESSO REQUISITI**

Le Associazioni/Enti/Organizzazioni di cittadini/pazienti che intendano manifestare il proprio interesse

dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti da comprovare mediante dichiarazione in autocertificazione firmata digitalmente da parte del legale rappresentante, pena l'esclusione:

1. Almeno una sede operativa in Puglia;
2. Pertinenza dell'oggetto statutario alle attività richieste dal presente bando (tematica in oggetto: diabetologia)
3. Comprovata esperienza nel campo della tutela della salute rispetto alle tematiche in oggetto (report delle attività, delle iniziative tematiche svolte, programmi di attività, gruppi di lavoro attivi);
4. Natura No Profit (ovvero essere un'organizzazione senza scopo di lucro);
5. Requisiti di onorabilità e di moralità dell'associazione e di non avere procedimenti giudiziari a carico;
6. Democratica elezione degli organi direttivi da parte degli iscritti;
7. Esplicita dichiarazione dei finanziamenti ricevuti negli ultimi cinque anni;
8. Insussistenza, nei confronti dell'Amministrazione procedente, di cause di conflitto di interesse anche potenziale degli associati;
9. Non avere fra coloro che rivestono ruoli di responsabilità nell'Organizzazione soggetti con alcun rapporto di tipo professionale in corso con aziende del SSN;
10. Non avere fra coloro che rivestono ruoli di responsabilità nell'Organizzazione soggetti con alcun rapporto di tipo professionale in corso con aziende farmaceutiche e/o produttrici;
11. Non avere fra coloro che rivestono ruoli di responsabilità nell'Organizzazione soggetti per i quali si può configurare un potenziale conflitto di interesse con l'attività di tutela dei pazienti.

### **ART.3**

#### **DURATA**

Le Associazioni/Enti/Organizzazioni saranno coinvolte nei lavori TAVOLO TECNICO HTA/DIABETOLOGIA la cui durata sarà commisurata al periodo necessario all'espletamento dell'attività e comunque non oltre i due anni dall'insediamento, eventualmente rinnovabili; il rappresentante è obbligato a dichiarare formalmente al Coordinatore del Tavolo HTA l'eventuale cessazione del proprio ruolo nell'organizzazione di appartenenza.

### **ART.4**

#### **PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

Le Associazioni/Enti/Organizzazioni che intendano manifestare il proprio interesse dovranno inviare a mezzo pec le rispettive domande integrate dalla documentazione che ivi si richiede, utilizzando l'indirizzo PEC: [direzione.aress@pec.rupar.puglia.it](mailto:direzione.aress@pec.rupar.puglia.it), tassativamente entro il trentesimo giorno successivo alla pubblicazione del bando sul BURP.

Eventuali chiarimenti relativi alla sola documentazione richiesta nel presente bando dovranno pervenire in un unico invio al seguente indirizzo pec: [htaericerca@pec.rupar.puglia.it](mailto:htaericerca@pec.rupar.puglia.it) entro e non oltre il quindicesimo giorno dalla pubblicazione del bando sul BURP. Richieste di chiarimenti pervenute oltre il predetto termine non saranno prese in considerazione.

Le risposte ai quesiti inoltrati secondo le predette modalità e afferenti alla sola documentazione saranno inoltrate via pec entro il venticinquesimo giorno dalla pubblicazione sul BURP; le risposte ai quesiti formulati saranno comunque pubblicate nella apposita sezione FAQ sulla pagina dedicata.

### **ART. 5**

#### **DOCUMENTAZIONE RICHIESTA**

Le domande di partecipazione dovranno essere corredate dalla seguente documentazione:

- 1) Autocertificazione sottoscritta con firma digitale dal legale rappresentante, pena esclusione, con cui l'Associazione/Ente/Organizzazione dichiara il possesso dei requisiti di cui all' art. 2 del presente bando (Allegato A)
- 2) Statuto dell'Associazione/Ente/Organizzazione;
- 3) Scheda dati completa di tutte le informazioni richieste firmata digitalmente dal legale rappresentante, pena esclusione (Allegato B);
- 4) Elenco esaustivo dei finanziamenti ricevuti negli ultimi cinque anni firmato digitalmente dal legale

rappresentante, pena esclusione

- 5) Dichiarazione sottoscritta esclusivamente con firma digitale dal legale rappresentante (pena esclusione), inerente alla eventuale partecipazione alle attività di Tavoli tecnici regionali e/o nazionali in materia di diabetologia con riferimento agli estremi dell'atto di costituzione del tavolo, finalità, durata del coinvolgimento.
- 6) Breve descrizione, sottoscritta esclusivamente con firma digitale dal legale rappresentante (pena esclusione), delle attività più rilevanti poste in essere, negli ultimi cinque anni, in materia oggetto del presente bando, opportunamente documentate.

#### **ART.6**

##### **MODALITA' DI SCELTA DELL' ASSOCIAZIONE/ENTE/ORGANIZZAZIONE**

Gli Enti/Associazioni/Organizzazioni che presenteranno domanda saranno selezionati sulla base del possesso tassativo dei requisiti richiesti dal presente bando e sul rispetto delle formalità di presentazione della domanda, corredata dalla documentazione richiesta.

Nell'ambito delle domande pervenute, verificato il possesso dei requisiti richiesti e il rispetto delle formalità previste dal presente bando, saranno individuate n. 2 Associazioni/Enti/Organizzazioni impegnate sul tema della diabetologia con sede in Regione Puglia, una in rappresentanza di bambini e giovani con diabete, una in rappresentanza di adulti con diabete, per la partecipazione ai lavori del TAVOLO TECNICO HTA REGIONALE di AReSS Puglia.

Alle Associazioni/Enti/Organizzazioni, escluse dalla partecipazione al predetto Tavolo tecnico regionale, per la mancanza di quanto richiesto tassativamente nel presente bando, sarà data formale comunicazione via pec. In caso di possesso di pari requisiti da parte dei partecipanti, sarà data precedenza all'Associazione/Ente/Organizzazione che abbia maturato maggiore esperienza di partecipazione a Tavoli tecnici regionali e/o nazionali preferibilmente con connotazione HTA.

In caso di ulteriore parità, si adotteranno nell'ordine i seguenti criteri:

1. maggior tempo di collaborazione, opportunamente documentata, in Tavoli tecnici regionali sul tema specifico;
2. maggior tempo di collaborazione, opportunamente documentata, in Tavoli tecnici nazionali sul tema specifico;
3. maggior numero di attività documentate svolte negli ultimi cinque anni sul tema specifico;
4. iscrizione/maggiore anzianità al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore RUNTS;

#### **ART.7**

##### **MODALITA' DI SCELTA DEL COMPONENTE**

Le n.2 (due) Associazioni selezionate, dopo aver ricevuto formale comunicazione a mezzo pec da parte dell'Agenzia, potranno designare ciascuna **n. 1** rappresentante tra gli associati per la partecipazione alle attività del tavolo tecnico HTA di Diabetologia trasmettendo in riscontro la seguente documentazione:

1. Nomina formale del Rappresentante firmata congiuntamente sia dal Presidente dell'associazione che dal Rappresentante nominato;
2. Documento di Identità del Rappresentante nominato;
3. Dichiarazione relativa al conflitto di interessi rispetto all'Amministrazione procedente, a rapporti anche occasionali con aziende del SSN, aziende farmaceutiche e/o produttrici redatta secondo il modello che sarà fornito, in caso di selezione, dall'Amministrazione procedente;
4. Dichiarazione di onorabilità e di moralità dell'associato e di non avere procedimenti giudiziari a carico;
5. Dichiarazione di garanzia di riservatezza del designato redatta secondo il modello che sarà fornito, in caso di selezione, dall'Amministrazione procedente.

Il nominativo del designato, unitamente alla documentazione richiesta per lo stesso, dovrà pervenire all'ARESS entro 10 giorni liberi dal ricevimento della pec di conferma di superamento della selezione, pena decadenza della nomina.

**ART. 8****GRATUITA' DELL'INCARICO**

La partecipazione ai lavori del tavolo è a titolo completamente gratuito, non essendo previsto alcun emolumento e/o rimborso spesa. Gli incontri si terranno, per quanto possibile, in modalità web/remota ed il lavoro verrà organizzato in modo tale da lavorare a distanza e in piccoli gruppi per la predisposizione di contributi finalizzati al perseguimento degli obiettivi del tavolo e alla redazione dei documenti previsti.

**ART.9****ALTRE STATUZIONI**

Il presente avviso e la successiva ricezione di richieste di partecipazione alla selezione non vincolano in alcun modo l'Amministrazione e non costituiscono diritti o interessi legittimi a favore dei soggetti coinvolti. L'Amministrazione si riserva la facoltà di ammettere, anche in presenza di una sola manifestazione di interesse, purché essa sia ritenuta valida e congruente con l'interesse pubblico e l'Associazione richiedente sia in possesso tassativo dei requisiti previsti e abbia rispettato le modalità di presentazione della domanda corredata dai documenti richiesti. Nell'ipotesi in cui vi sia una sola manifestazione di interesse ammessa, saranno designati n. 2 componenti della stessa. Nell'ipotesi in cui non pervenga alcuna manifestazione d'interesse o che fra quelle pervenute non ve ne sia alcuna idonea secondo i requisiti stabiliti dal presente avviso, l'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere comunque al prosieguo dei lavori del Tavolo Tecnico /Diabetologia.

L'Amministrazione si riserva altresì la facoltà di annullare, sospendere, revocare il presente avviso o prorogarne i termini, qualora ricorrano o siano documentate le condizioni che giustifichino il relativo provvedimento

**IN SINTESI**

Entro il **trentesimo giorno dalla pubblicazione sul BURP** presentare la domanda di iscrizione, compilando il modulo allegato, firmato e corredato da tutta la documentazione richiesta, e inviandone copia **a mezzo pec** all'indirizzo [direzione.aress@pec.rupar.puglia.it](mailto:direzione.aress@pec.rupar.puglia.it) e inserendo nell'OGGETTO:

**Tavolo Tecnico\_Diabetologia\_Bando Associazioni\_CANDIDATURA\_NOME ASSOCIAZIONE.**

Entro il **quindicesimo giorno dalla pubblicazione sul BURP** potranno essere inoltrate **a mezzo pec** richieste di chiarimento **in un unico invio ed esclusivamente sulla documentazione richiesta nel presente bando**, all'indirizzo pec: [htaericerca@pec.rupar.puglia.it](mailto:htaericerca@pec.rupar.puglia.it)

Entro il **venticinquesimo giorno dalla pubblicazione sul BURP** saranno formulate **via pec** le risposte alle richieste di chiarimento pervenute

Solo l'eventuale esclusione sarà comunicata via pec contestualmente alla pubblicazione della delibera di ammissione.

**Modello domanda di partecipazione (da rendere su carta intestata dell'Associazione) Allegato A**

Spett.le AReSS Puglia

pec: [direzione.aress@pec.rupar.puglia.it](mailto:direzione.aress@pec.rupar.puglia.it)

**Oggetto: Domanda di partecipazione Avviso pubblico per la presentazione di manifestazioni d'interesse ai fini dell'individuazione di Associazioni e/o Enti del Terzo Settore e/o Organizzazioni di cittadini/pazienti impegnate sul tema della diabetologia con sede in Regione Puglia e per la partecipazione ai lavori del TAVOLO TECNICO HTA/ DIABETOLOGIA.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in qualità di legale  
rappresentante dell'Associazione \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000

**CHIEDE**

Che l'Associazione da egli rappresentata sia ammessa a partecipare ai lavori del TAVOLO TECNICO HTA/DIABETOLOGIA istituito con D.G. n. 110/2020 e successivamente modificato con D.G. n. 207/2021.

A tal fine il/la sottoscritto/a, nella qualità di cui sopra,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

- che l'Associazione è registrata in Italia ed ha almeno una sede operativa in Puglia da indicare nella scheda raccolta dati – All. B);
- che l'oggetto statuario della Associazione rappresentata è pertinente alle attività richieste dal presente bando (tematica in oggetto: diabetologia);
- che l'Associazione possiede comprovata esperienza nel campo della tutela della salute rispetto alle tematiche in oggetto come da allegata documentazione probatoria (report delle attività, delle iniziative tematiche svolte, programmi di attività, gruppi di lavoro attivi);

- che, alla data di pubblicazione del presente bando, l'Associazione
  - ☐ risulta iscritta al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) a far data dal
  - ☐ non risulta iscritta al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS);
- che l'Associazione in oggetto è un'organizzazione senza scopo di lucro;
- che l'Associazione è in possesso di requisiti di onorabilità e di moralità e non ha procedimenti giudiziari a carico;
- che gli organi direttivi dell'Associazione sono democraticamente eletti dagli iscritti;
- i finanziamenti ricevuti negli ultimi cinque anni sono resi pubblici (è necessario fornire elenco esaustivo dei finanziamenti ricevuti negli ultimi cinque anni come allegato alla presente domanda);
- l'insussistenza, nei confronti dell'Amministrazione procedente, di cause di conflitto di interesse anche potenziale degli associati;
- che l'Associazione non abbia fra coloro che rivestono ruoli di responsabilità nell'Organizzazione soggetti con alcun rapporto di tipo professionale in corso con aziende del SSN;
- che l'Associazione non abbia fra coloro che rivestono ruoli di responsabilità nell'Organizzazione soggetti con alcun rapporto di tipo professionale in corso con aziende farmaceutiche e/o produttrici,
- che l'Associazione non abbia fra i soggetti con ruoli di responsabilità nell'Organizzazione, soggetti per i quali si può configurare un conflitto di interesse con l'attività di tutela dei pazienti.

Dichiara, infine, di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196 del 2003 e s.m. e al Regolamento UE 2016/679 (GDPR), i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allegano alla presente:

- statuto dell'Associazione;
- scheda dati, completa di tutte le informazioni richieste, sottoscritta con firma digitale dal legale rappresentante;
- elenco esaustivo dei finanziamenti ricevuti negli ultimi cinque anni, sottoscritta con firma digitale dal legale rappresentante;
- dichiarazione inerente alla eventuale partecipazione alle attività di Tavoli tecnici regionali e/o nazionali in materia di diabetologia con riferimento agli estremi dell'atto di costituzione del tavolo, finalità, durata del coinvolgimento, sottoscritta con firma digitale dal legale rappresentante;
- breve descrizione delle attività più rilevanti poste in essere negli ultimi cinque anni in materia di diabetologia e opportunamente documentate, sottoscritta con firma digitale dal legale rappresentante.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

## SCHEDA RACCOLTA DATI PER LA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO (AllegatoB)

## 1. DENOMINAZIONE ASSOCIAZIONE

---

## 2. DATA COSTITUZIONE

---

3. SEDE DI REGISTRAZIONE  
(indirizzo completo)

---

4. NUMERO ISCRIZIONE REGISTRO UNICO NAZIONALE DEL TERZO SETTORE  
(RUNTS) e DATA DI ISCRIZIONE

---

## 5. CODICE FISCALE

---

## 6. SITO WEB

---

## 7. TELEFONO

---

## 8. INDIRIZZO PEC

---

## 9. INDIRIZZO E-MAIL

---

## 10. LEGALE RAPPRESENTANTE

---

## 11. NUMERO DI SOCI

---

12. DISLOCAZIONE DI SEDI SUL TERRITORIO REGIONALE (ALMENO UNA IN  
PUGLIA)

---

13. INDICARE IL NUMERO DEI SOCI IN  
CIASCUNA SEDE PUGLIESE

---

## 14. ORGANI DIRETTIVI

Specificare

## 15. ATTIVITÀ

O ASCOLTO, INFORMAZIONE E TUTELA

O SERVIZI E ASSISTENZA ALLE PERSONE

O ADVOCACY E RAPPRESENTANZA

O CAMPAGNE E PREVENZIONE

O EDUCAZIONE SANITARIA ED  
EMPOWERMENT

O RACCOLTA DATI E MONITORAGGIO

O AUTO, MUTUO AIUTO

O RACCOLTA FONDI PER RICERCA

O Altro - specificare \_\_\_\_\_

## SCHEDA RACCOLTA DATI PER LA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO (AllegatoB)

## 16. MODALITÀ DI NOMINA DEGLI ORGANISMI RESPONSABILI

O ALL'ELEZIONE DEI RESPONSABILI  
PARTECIPANO TUTTI GLI ASSOCIATI

O ALLA ELEZIONE DEI RESPONSABILI  
PARTECIPA SOLO UN NUMERO RISTRETTO  
DI DELEGATI DAGLI ASSOCIATI

Altro, specificare \_\_\_\_\_

## 17. RENDICONTAZIONE

O FINANZIAMENTI PUBBLICI

O FINANZIAMENTI PRIVATI

O QUOTE ASSOCIATIVE

O FINANZIAMENTI EUROPEI

## 18. PUBBLICAZIONE FINANZIAMENTI

ELENCO SOSTENITORI PUBBLICATO

O SI

O NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

BILANCIO PUBBLICATO

O SI

O NO

\_\_\_\_\_

E-MAIL

SE SI, specificare canale di pubblicazione

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, nella qualità di Legale rappresentante dell'Associazione \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. 445/2000, dichiara la veridicità dei dati sopra riportati.

Data

Firma