



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

Allegato A)

Delib.G.E.n.15 del 19/09/2017

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dall'Avviso regionale: "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità"

Art. 1 Premessa

la Società della Salute dell'Alta Val d'Elsa (di seguito denominata Ente) indice un'istruttoria pubblica rivolta a:

1. soggetti economici che erogano prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie nella Zona/Distretto;
2. soggetti economici gestori di RSA che erogano prestazioni di ricovero temporaneo nelle fase di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito;
3. professionisti sanitari fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale

per manifestare l'interesse ad essere iscritti nell'elenco di soggetti economici per l'erogazione di prestazioni relative ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi, come previsto dall'Avviso "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" emesso dalla Regione Toscana con finanziamento del POR FSE 2014 - 2020, Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà.

Art. 2 Oggetto della manifestazione d'interesse

L'Ente, attraverso un procedimento di evidenza pubblica, mira a costituire una lista di soggetti qualificati per l'erogazione dei servizi previsti dall'Avviso regionale di cui all'Art. 1.

L'Avviso regionale finanzia buoni servizio per sostenere, nell'ambito dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio, il rientro presso il proprio domicilio di persone anziane >65 anni, con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza e/o di persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 a seguito di dimissioni da una struttura ospedaliera o di cure intermedie/riabilitative.

SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

Art. 3

Interventi finanziati tramite l'attribuzione di buoni servizio

L'Avviso regionale prevede il finanziamento, tramite l'attribuzione di buoni servizio, delle seguenti tipologie di interventi:

Descrizione Interventi*	Figura professionale	Struttura intervento	costo massimo pacchetto interventi
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, <i>educazione caregiver</i>	OSA o OSS	15 accessi in 3 settimane	€ 330,00
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver	Fisioterapista	5 accessi in 3 settimane	€ 165,00
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	8 accessi in 3 settimane	€ 280,00

Descrizione Interventi* struttura intervento	Struttura intervento	costo massimo pacchetto interventi
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio <i>dell'assistito.</i>	Ricovero per 12 giorni	€ 1.428,00

*Il costo dei singoli pacchetti di interventi è comprensivo dei costi relativi al materiale per le medicazioni e agli ausili temporanei (bastoni canadesi, tripodi, ausili per rinforzo) utilizzati dagli operatori che erogano le prestazioni.

Per ogni soggetto potenzialmente destinatario del buono servizio, preliminarmente alle dimissioni ospedaliere o da strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative, sarà predisposto dall'Agenzia di continuità ospedale-territorio un Piano individualizzato completo della lista dettagliata delle attività che potranno in seguito essere attivate a mezzo del buono servizio. Per ogni soggetto



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

assegnatario del buono servizio il soggetto attuatore è tenuto a predisporre un Piano di spesa che prevede l'erogazione di servizi per un importo massimo per singolo destinatario di Euro 1.500,00. I servizi devono essere erogati entro tre settimane dalla firma del Piano di spesa.

Art. 4

Soggetti invitati a partecipare al presente Avviso

Sono invitati a partecipare al presente Avviso di istruttoria pubblica:

1. gli operatori economici che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie che dispongono di un'esperienza provata nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati di cui all'artt. 2 e 3 del presente Avviso di istruttoria pubblica;
2. gli operatori economici gestori di RSA in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla DGR n.1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria;
3. i professionisti sanitari fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale.

Per l'erogazione dei servizi descritti all'Art. 1 della LR 82/2009, gli operatori economici di cui ai precedenti punti 1 e 2 che rispondono alla presente procedura di evidenza pubblica devono risultare accreditati al momento della presentazione della domanda, secondo il disposto della legge stessa e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010.

L'Ente selezionerà i soggetti ritenuti idonei secondo i criteri specificati all'Art. 6 del presente Avviso di istruttoria pubblica. Tali soggetti saranno inclusi nell'apposito elenco dal quale i destinatari dei buoni servizio potranno scegliere l'operatore economico che fornirà le prestazioni socio-sanitarie previste dal Piano individualizzato. Al momento di attivazione dei servizi i soggetti scelti dai destinatari saranno chiamati a sottoscrivere un contratto con l'Ente competente.

Art. 5

Modalità di presentazione delle manifestazioni d'interesse

La manifestazione d'interesse al presente avviso dovrà essere redatta unicamente secondo gli allegati schemi 1-2-3 e dovrà pervenire al Protocollo della SdS Alta Val d'Elsa entro e non oltre il 29 ottobre 2017 a mezzo raccomandata a mano o A/R, indirizzata ad SdS Alta Val d'Elsa, Via della Costituzione,30 - 53036 - Poggibonsi (**non** farà fede il timbro postale di spedizione).

La documentazione richiesta dal presente avviso dovrà essere inserita in apposita busta chiusa con apposta dicitura *"Manifestazione d'interesse per l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità - POR-FES 2014/2020"*.



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

Art. 6 Modalità e criteri di selezione degli operatori

Le proposte di adesione pervenute saranno prese in esame ed analizzate dall'Ente, valutando il possesso di competenza professionale ed esperienza nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati di cui agli artt. 3 e 4 del presente Avviso di istruttoria pubblica. Per i soggetti economici che erogano prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie e per i soggetti economici gestori di RSA (di cui ai punti 1 e 2 dell'art. 4 del presente Avviso di istruttoria pubblica) sarà presa in esame anche la capacità tecnica e organizzativa di erogare i servizi nei tempi e nelle modalità previste dall'Avviso regionale/Progetto finanziato.



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

MODELLO 1)

(da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e socio-sanitarie)

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'

**POR Regione Toscana
FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020**

Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà

Avviso regionale “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità” - Progetto ACOT SO.DO.VE. (ACOT – SOstegno DOMiciliare Val d'Elsa)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ () il ____
/____/____/ C.F. _____ residente in _____ (cap _____) Via
_____ n. _____ in qualita di legale rappresentante di
_____ avente sede legale in
_____ (cap _____) Via _____
_____ n. _____ C.F./P.IVA _____
_____ Tel. _____, e-mail _____
PEC _____ avente la seguente forma giuridica:
_____ (inserire altri eventuali
recapiti telefonici _____)

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti intervento che ci si candida ad erogare)



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

LIVELLO	Descrizione Interventi*	operatore	Struttura intervento	SI	NO
MINIMO	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione caregiver	OSA o OSS	15 accessi in 3 settimane		
BASSO	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver	Fisioterapista	5 accessi in 3 settimane		
MEDIO	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	8 accessi in 3 settimane		

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

- l'impresa / ente svolge attività di:



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

- può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:

- il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato

Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina) :



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

DICHIARA inoltre

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LR 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

MODELLO 2)

(da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA)

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'

POR Regione Toscana
FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020

Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà

Avviso regionale “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale –buoni servizio per sostegno alla domiciliarità” - Progetto ACOT SO.DO.VE. (ACOT – SOstegno DOMiciliare Val d'Elsa)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ () il
 ___ / ___ / ___ / C.F. _____ residente in _____ (cap _____) Via
 _____ n. _____ in qualita di legale rappresentante di
 _____ avente sede legale in
 _____ (cap _____) Via _____
 _____ n. _____ C.F./P.IVA _____
 _____ Tel. _____, e-mail _____
 PEC _____ avente la seguente forma giuridica:
 _____ (inserire altri eventuali recapiti
 telefonici _____)

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione del seguente pacchetto interventi, così come definito dall'art. 17 dell'Avviso regionale "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità"

descrizione intervento	struttura intervento
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.	Ricovero in RSA per 12 gg



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

l'impresa / ente svolge attività di:

• può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:

• il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina) :

DICHIARA inoltre

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LR 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- che la struttura è in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla DGR n.1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria al momento dell'avvio dei progetti;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

MODELLO 3)

(da compilare a cura dei professionisti sanitari fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale)

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'

**POR Regione Toscana
FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020
Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà**

Avviso regionale “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale –buoni servizio per sostegno alla domiciliarità” - Progetto ACOT SO.DO.VE. (ACOT – SOstegno DOMiciliare Val d'Elsa)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ () il
___ / ___ / ___ / C.F. _____ residente in _____ (cap _____) Via
_____ n. _____ (inserire uno o più recapiti telefonici ed indirizzi
mail _____)

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti intervento che ci si candida ad erogare)



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

LIVELLO	Descrizione Interventi*	operatore	Struttura intervento	SI	NO
BASSO	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver	Fisioterapista	5 accessi in 3 settimane		
MEDIO	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	8 accessi in 3 settimane		

a tal fine DICHIARA:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
- di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) _____ dal __/__/__ con numero _____
- di avere una comprovata esperienza per l'erogazione dei servizi selezionati che il professionista si candida ad erogare

• _____	dal __/__/__ al __/__/__
• _____	dal __/__/__ al __/__/__
• _____	dal __/__/__ al __/__/__
• _____	dal __/__/__ al __/__/__

- Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina) :



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

DICHIARA inoltre

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

(firma)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.