

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)

Determina n.27 del 11/10/2021

Oggetto: Avviso pubblico 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: "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" approvato con D.D. n.11622 del 18/06/2021 e finanziato dal F.S.E. (Fondo di Sviluppo e Coesione).

Art. 1 Premessa

Visto che:

- la Regione Toscana, con Decreto Dirigenziale n.11622 del 18/06/2021, ha approvato l'avviso pubblico "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" a valere sul Fondo di Sviluppo e Coesione;
- la Società della Salute dell'Alta Val d'Elsa (di seguito denominata Ente):
 - ha presentato un progetto denominato "SO.DO.VE.2" approvato dalla Regione con D.D. n.15118 del 16/08/2021;
 - ha stipulato apposita convenzione, quale soggetto attuatore, con la Regione Toscana per la realizzazione del progetto suddetto;
- l'art.5.5 dell'avviso regionale prevede che i soggetti attuatori debbano avviare procedura di evidenza pubblica conforme alle norme vigenti, per la costituzione di un elenco di operatori economici autorizzati all'erogazione delle prestazioni elencate nella tabella riportata al successivo art.3;

la Società della Salute indice un'istruttoria pubblica rivolta a soggetti economici che erogano le prestazioni di cui all'art.3.

Art. 2 Oggetto della manifestazione d'interesse

L'Avviso regionale finanzia buoni servizio per attivare azioni di sostegno a domicilio di pazienti con limitata autonomia e rispettive famiglie, anche nell'ambito dell'emergenza sanitaria da COVID-19. 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.

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:

Tabella Tipologia interventi finanziabili con Buoni servizio

Tipologia	Operatori	Tipologia di prestazione
Servizi domiciliari professionali	OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i> , presenza di supporto per permettere al <i>caregiver</i> la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio. Per dimissioni ospedaliere (ACOT) e nei casi di demenza.
	FKT	Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti.
	Educatore Prof.le	Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo all'utilizzazione della metodologia di stimolazione cognitiva ed occupazionale. Stimolazione cognitiva ed occupazionale del paziente mediante intervento diretto di un educatore. Stimolazione cognitiva ed occupazionale prolungata "di mantenimento" del paziente mediante l'intervento del <i>caregiver</i>
Servizi residenziali	PSIC	Intervento di psico educazione al <i>caregiver</i> , monitoraggio e revisione del Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia. Attività di formazione e sostegno all'Educatore sul caso specifico.
	RSA modulo base	Ricoveri temporanei per max 20 gg. dopo dimissioni ospedaliere (ACOT)
	RSA nucleo demenze cognitivo-comportamentali	Ricoveri temporanei di sollievo per max 30 gg.

Per ogni destinatario del Buono servizio, il soggetto attuatore predisporrà un Piano di spesa per un

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)

importo complessivo che va da un minimo di euro 3.000,00 ad un massimo di euro 4.000,00.

Art. 4

Soggetti invitati a partecipare al presente Avviso

Sono invitati a partecipare al presente Avviso pubblico gli operatori economici che forniscono prestazioni di cui alla tabella precedente.

Per l'erogazione delle prestazioni domiciliari e di altri servizi alla persona, così come descritti all'art. 1 della LR 82/2009, gli operatori economici che rispondono alla 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.

Gli operatori economici in possesso dei requisiti richiesti dalla procedura di evidenza pubblica saranno inseriti in un elenco di soggetti fornitori di prestazioni e servizi.

I soggetti destinatari dei "buoni servizio" potranno scegliere l'operatore economico che fornirà le prestazioni socio-sanitarie previste dal proprio Piano individualizzato.

Il primo elenco degli operatori economici selezionati dovrà essere approvato entro 30 giorni dalla data di stipula della convenzione tra soggetto attuatore e Amministrazione Regionale.

Al fine di garantire la possibilità di accedere all'elenco degli operatori economici interessati, sarà garantita la possibilità di presentare la domanda di accesso per l'intera durata del progetto ovvero diciotto mesi dal 23/09/2021 - data di stipula della convenzione con la Regione Toscana.

Gli operatori economici selezionati saranno chiamati a sottoscrivere un contratto con l'Ente competente.

Art. 5

Modalità di presentazione delle manifestazioni d'interesse

La manifestazione d'interesse deve essere redatta utilizzando lo schema di domanda che costituisce allegato 1) al presente avviso e deve pervenire all'ufficio protocollo della SdS Alta Val d'Elsa – Via della Costituzione,30 – Poggibonsi – 3° piano **entro e non oltre le ore 12,00 del 22 ottobre 2021** a mezzo raccomandata a mano o A/R o tramite PEC all'indirizzo sds.altavaldelsa@legalmail.it.

La domanda deve essere indirizzata a: SdS Alta Val d'Elsa, Via della Costituzione,30 - 53036 - Poggibonsi (**non** farà fede il timbro postale di spedizione).



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)

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 di cura domiciliare"*.

Per informazioni rivolgersi alla segreteria SdS - tel. 0577/994056 o 994066.

Art. 6

Modalità e criteri di ammissione 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. Per i soggetti economici che erogano prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie e per i soggetti economici gestori di RSA sarà presa in esame anche la capacità tecnica e organizzativa di erogare i servizi nei tempi e con le modalità previste dall'Avviso regionale/Progetto finanziato.

f.to Il Direttore SdS
Dr.ssa Biancamaria Rossi

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)

Mod.Allegato 1)

DOMANDA DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

per l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di servizi di cura domiciliare di cui all'Avviso regionale "Sostegno ai servizi di cura domiciliare"- Progetto "SO.DO.V.E.2" approvato con D.D. n. 15118 del 16/08/2021 - finanziamento Fondo di Sviluppo e Coesione .

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / ____ /

C.F. _____ residente in _____ (cap _____)

Via _____ n. _____ in qualità 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 (selezionare le prestazioni/servizi che ci si candida ad erogare e le relative tariffe)

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)

Tipologia intervento	di	Operatori	Tipologia di prestazione	Prestazione prescelta	Tariffa prestazione
Servizi domiciliari professionali		OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i> , presenza di supporto per permettere al <i>caregiver</i> la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio. Per dimissioni ospedaliere (ACOT) e nei casi di demenza.		
		FKT	Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti		
		Educatore Prof.le	Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo all'utilizzazione della metodologia di stimolazione cognitiva ed occupazionale. Stimolazione cognitiva ed occupazionale del paziente mediante intervento diretto di un educatore. Stimolazione cognitiva ed occupazionale prolungata "di mantenimento" del paziente mediante l'intervento del <i>caregiver</i>		
		PSIC	Intervento di psico educazione al <i>caregiver</i> , monitoraggio e revisione del Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia. Attività di formazione e sostegno all'Educatore sul caso specifico.		
Servizi residenziali		RSA modulo base	Ricoveri temporanei per max 20 gg. dopo dimissioni ospedaliere (ACOT)		
		RSA nucleo demenze cognitivo-comportamentali	Ricoveri temporanei di sollievo per max 30 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)

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:

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 "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 679/2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) 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)



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)

Da sottoscrivere solo da chi intende erogare servizi NON a domicilio:

Il sottoscritto DICHIARA

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.

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

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