

Consorzio Società della Salute Alta Val D'Elsa
Provvedimenti del Direttore SdS

Comuni di Casole D'Elsa, Colle di Val D'Elsa, Poggibonsi, Radicondoli, San Gimignano e Azienda USL Toscana Sud Est
Sede: Piazza Cavour, 2 53036 POGGIBONSI (SI)

DETERMINAZIONE N.17 DEL 14 NOVEMBRE 2019

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: "Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia" – D.D.11439 del 19/06/2019

Da trasmettere a: Collegio Sindacale ai sensi dell'art.71 decies LRT N.40/2005 e s.m.i. e dell'art.12 dello Statuto SdS Alta Val D'Elsa

IL DIRETTORE

VISTO l'Atto Costitutivo della "Società della Salute della Zona Alta Val D'Elsa" , istituita in forma di consorzio pubblico ai sensi dell'art.31 del D. Lgs n.267/2000, in data 03/02/2010 — Rep.7015, nonché lo Statuto approvato contestualmente all'Atto Costitutivo di cui sopra;

VISTA la L.R.T. n. 40 del 24.02.05 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" e s.m.i.;

RICHIAMATA la deliberazione Giunta Esecutiva n. 7 del 16/06/2015 avente per oggetto: "Nomina del Direttore della Società della Salute Alta Val D'Elsa";

RICHIAMATO l'art.11 dello Statuto in cui sono enunciate le funzioni del Direttore della SdS Alta Val D'Elsa;

VISTO il Decreto Dirigenziale Regione Toscana n.11439 del 19/06/2019 con il quale è stato emesso un avviso pubblico per "Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia" nell'ambito del POR FSE 2014-2020 – Asse B attività PAD B.2.1.3.A);

VISTO altresì il Decreto Dirigenziale Regione Toscana n. 17488 del 17/10/2019 con il quale è stato ammesso al finanziamento il progetto presentato dalla Società della Salute dell'Alta Val d'Elsa denominato "SO.LI.D.A." – SOstegno alle Limitazioni Dell'Autonomia, per complessivi euro 208.368,00;

PRESO atto che con Determina n. 16 del 13/11/2019 il sottoscritto ha stipulato apposita convenzione in nome e per conto della Società della Salute, quale soggetto attuatore, con la Regione Toscana per la realizzazione del progetto suddetto;

DATO atto che il progetto "SO.LI.D.A.", secondo le indicazioni dell'avviso regionale "Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia", prevede due azioni di intervento:

- azione 1 – "Percorsi innovativi per la cura e il sostegno familiare di persone affette da demenza lieve o moderata" da realizzare mediante l'erogazione di Buoni servizio da spendere presso operatori economici selezionati con procedure di evidenza pubblica da parte del soggetto attuatore; azione per la quale sono stati previsti euro 128.368,00;

- azione 2 – "Ampliamento dei servizi di assistenza familiare" da realizzare mediante l'erogazione di contributi economici finalizzati all'assunzione di assistenti familiari con regolare contratto di lavoro secondo le regole stabilite dalla Regione e dalla normativa vigente; azione per la quale sono stati previsti euro 80.000,00;

VISTO che l'avviso regionale (art.5.5) prevede che, per la realizzazione dell'azione 1, 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 2;

DATO atto che l'azione 2 sarà realizzata dalla Società della Salute stessa per il tramite della Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa, soggetto erogatore dei servizi sociali in virtù di apposito Contratto di servizio di cui alla Deliberazione Giunta Esecutiva n. 18 del 29/12/2017;

CONSIDERATA l'urgenza di emanare un 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 – azione 1;

DETERMINA

Di approvare l'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: Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia - DD n.11439 del 19/06/2019, unito al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale quale allegato A).

Di far ratificare il presente atto dalla Giunta Esecutiva SdS nella prima seduta utile.

Di pubblicare la presente Determinazione all'albo pretorio on line della SdS, presso il Comune di Poggibonsi, nel sito web istituzionale della SdS e nei siti web dei soci della SdS.

Di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale ai sensi dell'art.71decies LRT n.40/2005 e s.m.i. e dell'art.12 dello Statuto.

IL DIRETTORE
Dott. Luca Vigni

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.17 del 14/11/2019

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: "Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia" – D.D.11439 del 19/06/2019.

Art. 1 **Pre messa**

Visto che:

- la Regione Toscana, con Decreto Dirigenziale n.11439 del 19/06/2019, ha emesso un avviso pubblico per "Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia" nell'ambito del POR FSE 2014-2020 – Asse B attività PAD B.2.1.3.A);
- la Società della Salute dell'Alta Val d'Elsa (di seguito denominata Ente):
 - ha presentato un progetto denominato "SO.LI.D.A." approvato dalla Regione con DD n.17488 del 17/10/2019;
 - ha stipulato apposita convenzione, quale soggetto attuatore, con la Regione Toscana – Determina n. 16 del 13/11/2019 - 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 sostenere azioni di sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia.

L'Ente, attraverso un procedimento di evidenza pubblica, mira a costituire una lista di soggetti qualificati per l'erogazione dei servizi previsti alla Tabella 2 dell'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 2 Tipologia interventi finanziabili con Buoni servizio

| Tipologia di intervento | Operatori | Tipologia di prestazione |
|--|---------------------------------|--|
| <i>Servizi domiciliari professionali</i> | 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 |
| | PSIC | Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia |
| | Educatore Prof.le/ Animatore | 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/animatore. Stimolazione cognitiva ed occupazionale prolungata "di mantenimento" del paziente mediante l'intervento del <i>caregiver</i> |
| | 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 |
| | 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/Animatore sul caso specifico |
| <i>Servizi extra-domiciliari</i> | PSIC/ NEUROPSIC | Interventi di stimolazione neurocognitiva / riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone |
| | FKT | Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone |

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)

| | | |
|--|------|--|
| | PSIC | Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone) |
| <i>Servizi semi-residenziali</i> | | Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) |
| <i>Altri servizi extra-domiciliari</i> | | Caffè Alzheimer |
| | | Atelier Alzheimer |
| | | Musei per l'Alzheimer |
| <i>Servizi di trasporto</i> | | Trasporto utenti |

Per ogni destinatario del Buono servizio, il soggetto attuatore predisporrà un Piano di spesa per un 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 di istruttoria pubblica gli operatori economici che forniscono prestazioni di cui alla tabella precedente.

Per l'erogazione delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali 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 selezionati all'esito della procedura di evidenza pubblica saranno inseriti in un elenco di soggetti fornitori di prestazioni e servizi finalizzati all'implementazione dei Buoni servizio oggetto dell'Avviso.

Non possono partecipare alla procedura di evidenza pubblica persone fisiche e singoli professionisti.

I soggetti in possesso dei requisiti richiesti 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 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 dalla data di stipula della convenzione con la Regione Toscana.

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.

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



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. 5

Modalità di presentazione delle manifestazioni d'interesse

La manifestazione d'interesse al presente avviso dovrà essere redatta utilizzando lo schema di domanda allegato e trasmessa al Protocollo della SdS Alta Val d'Elsa **entro e non oltre le ore 13,00 del 06 dicembre 2019** 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).

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 per persone con limitazione dell'autonomia" - POR-FSE 2014/2020*.

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



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 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 “Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell’autonomia”- Progetto “SO.LID.A.”

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

re capitoli telefonici _____)

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia (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 |
|--|----|---------------------------------|--|-----------------------|---------------------|
| <i>Servizi domiciliari professionali</i> | | 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 | | |
| | | PSIC | Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia | | |
| | | Educatore Prof.le/ Animatore | 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/animatore. Stimolazione cognitiva ed occupazionale prolungata "di mantenimento" del paziente mediante l'intervento del <i>caregiver</i> | | |
| | | FKT | Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al <i>caregiver</i> per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti | | |
| | | 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/Animatore sul caso specifico | | |
| <i>Servizi extra-domiciliari</i> | | PSIC/ NEUROPSIC | Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone | | |
| | | FKT | Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone | | |
| | | PSIC | Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone) | | |
| <i>Servizi semi-residenziali</i> | | | Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) | | |
| <i>Altri servizi extra-domiciliari</i> | | | Caffè Alzheimer | | |
| | | | Atelier Alzheimer | | |
| | | | Musei per l' Alzheimer | | |
| <i>Servizi di trasporto</i> | | | Trasporto utenti | | |



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 **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:

e DICHIARA

- 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 alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia" 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.

DICHIARA inoltre

(barrare solo da chi intende erogare servizi NON a domicilio)

O 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.