



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 di Firenze indice un'istruttoria pubblica rivolta a

1. soggetti economici che erogano prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie nella zona/distretto di Firenze,
2. soggetti economici gestori di RSA che erogano prestazioni di ricovero temporaneo nella fase di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito,
3. professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale

per manifestare l'interesse a essere iscritti nell'elenco di soggetti economici per l'erogazione di interventi relativi ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi, come previsto dall'Avviso regionale "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, approvato con il decreto dirigenziale 16 novembre 2016, n. 12305, che qui si richiama integralmente.

I suddetti soggetti potranno risiedere o meno nella zona-distretto di Firenze e potranno rispondere anche in tutte le altre zone-distretto della Toscana.

Art. 2 - Oggetto della manifestazione d'interesse

La Società della Salute di Firenze attraverso un procedimento di evidenza pubblica mira a costituire un elenco di soggetti qualificati per l'erogazione degli interventi previsti dall'Avviso regionale.

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.

Le risorse a disposizione della Società della Salute di Firenze per l'erogazione degli interventi relativi ai buoni servizio previsti dall'Avviso regionale ammontano a € 714.186,00.

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:

Livello	Descrizione interventi*	Figura professionale	Struttura intervento	Costo massimo pacchetto interventi
Minimo	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione caregiver	OSA o OSS	15 accessi in 3 settimane	€ 330,00
Basso	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	5 accessi in 3 settimane	€ 125,00
	Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver	Fisioterapista	5 accessi in 3 settimane	€ 165,00
Medio	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	10 accessi in 3 settimane	€ 500,00
	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	8 accessi in 3 settimane	€ 280,00

Descrizione intervento	Struttura intervento	Costo massimo pacchetto interventi
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.	Ricovero in RSA per 12 gg	€ 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 degli interventi che potranno essere attivati a mezzo del buono servizio.

La tipologia di interventi attivabili dipenderà dalla valutazione multidimensionale effettuata attraverso le schede di cui all'allegato 5 dell'Avviso regionale e dal percorso a cui potrà accedere il cittadino destinatario del buono servizio al momento della dimissione dalla struttura di ricovero.

In caso di percorso domiciliare o ambulatoriale sarà possibile attivare:

- il pacchetto di livello minimo, se sono indicate prestazioni assistenziali nella scheda sociale;
- il pacchetto di livello basso infermieristico, se nella scheda infermieristica sono richieste le prestazioni di tipo (b), come definite nella tabella per la pesatura degli interventi contenuta nell'allegato 5 dell'Avviso regionale;
- il pacchetto di livello medio infermieristico, se nella scheda infermieristica sono richieste le prestazioni di tipo (b)+(d), come definite nella tabella per la pesatura degli interventi contenuta nell'allegato 5 dell'Avviso regionale;
- il pacchetto di livello basso riabilitativo, se nella scheda clinica è indicata necessità di riattivazione funzionale;
- il pacchetto di livello medio riabilitativo, se nella scheda clinica è indicata la necessità di riabilitazione intensiva ortopedica o neurologica.

In caso di percorso con *counseling* riabilitativo sarà possibile attivare:

- il pacchetto di livello minimo, se sono indicate prestazioni assistenziali nella scheda sociale;
- il pacchetto di livello basso infermieristico, se nella scheda infermieristica sono richieste le prestazioni di tipo (b), come definite nella tabella per la pesatura degli interventi contenuta nell'allegato 5 dell'Avviso regionale;
- il pacchetto di livello medio infermieristico, se nella scheda infermieristica sono richieste le prestazioni di tipo (b)+(d), come definite nella tabella per la pesatura degli interventi contenuta nell'allegato 5 dell'Avviso regionale;
- il pacchetto di livello basso riabilitativo, se dalla valutazione emerge un *counseling* riabilitativo.

In caso di percorso residenziale sarà possibile attivare un'ospitalità temporanea in una RSA (max 12 giorni) nella fase di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito.

Nell'attivazione dei suddetti interventi si potrà inoltre tenere conto dei seguenti elementi di valutazione:

- 1) in generale potrà essere data priorità alle situazioni che, presentando la necessità di attivazione di una pluralità di servizi, richiedono l'intervento di più figure professionali tra quelle sopra elencate;
- 2) per gli interventi riconducibili alla figura professionale dell'OSA o dell'OSS potrà essere data priorità alle situazioni in cui vi siano criticità nell'attivazione del servizio di assistenza domiciliare erogato dal Comune di Firenze;
- 3) per gli interventi riconducibili alla figura professionale dell'infermiere potrà essere data priorità alle situazioni in cui la loro erogazione è richiesta nelle situazioni a minore copertura da parte del servizio pubblico;
- 4) per gli interventi riconducibili alla figura professionale del fisioterapista potrà essere data priorità ai percorsi di *counseling* riabilitativo.

Per ogni soggetto assegnatario del buono servizio sarà predisposto un Piano di spesa che prevedrà l'erogazione di interventi per un importo massimo per singolo destinatario di Euro 1.500,00. Il Piano di spesa potrà pertanto prevedere anche l'erogazione di parti di un pacchetto di interventi, ovvero un numero minore di accessi rispetto a quelli definiti. In questo caso il costo totale di un pacchetto, così

come definito dalla precedente tabella, dovrà essere frazionato per il numero degli accessi previsti nella colonna "Struttura intervento" e moltiplicato per il numero di accessi indicati nel Piano di spesa di riferimento.

Qualora l'erogazione di un pacchetto di interventi, così come definito dal Piano di spesa, venga interrotta per cause indipendenti dalla Società della Salute di Firenze o dal soggetto erogatore, per la quantificazione del costo del servizio sarà applicata la modalità di calcolo sopra richiamata.

I buoni servizio saranno attribuiti dalla Società della Salute di Firenze agli aventi diritto fino a esaurimento delle risorse di cui all'art. 2 del presente Avviso e soltanto a seguito della formulazione del Piano individualizzato e della sottoscrizione del relativo Piano di spesa.

Gli interventi dovranno essere erogati entro le tre settimane dalla firma del Piano di spesa.

Sarà cura della Società della Salute di Firenze, in accordo con l'Agenzia di continuità ospedale-territorio, verificare che gli interventi prendano avvio nel rispetto della tempistica indicata nel Piano di spesa e che siano correttamente erogati.

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;
2. gli operatori economici gestori di RSA in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla deliberazione della Giunta Regionale 10 ottobre 2005, n. 1002, e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria;
3. i professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale.

Per l'erogazione degli interventi descritti all'Art. 1 della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82, gli operatori economici di cui ai precedenti punti 1 e 2 che rispondono alla presente procedura di evidenza pubblica dovranno risultare accreditati al momento della presentazione della domanda, secondo il disposto della legge stessa e del successivo regolamento di attuazione 3 marzo 2010, n. 29/R.

La Società della Salute di Firenze selezionerà i soggetti in possesso dei requisiti di cui ai paragrafi precedenti, includendoli 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 dell'attivazione dei servizi i soggetti scelti dai destinatari saranno chiamati a sottoscrivere un contratto con la Società della Salute di Firenze.

Art. 5 - Modalità di presentazione delle manifestazioni d'interesse

Le proposte di adesione vanno indirizzate alla Società della Salute di Firenze, esclusivamente a mezzo PEC, all'indirizzo: segreteria@pec.sds.firenze.it riportante nell'oggetto "MANIFESTAZIONE DI INTERESSE SERVIZI DOMICILIARI PER CONTINUITA' ASSISTENZIALE".

Le proposte di adesione potranno essere presentate a partire dalle ore **9.00 del giorno 10 novembre 2017**.

Le domande in carta libera dovranno contenere, a pena di esclusione dalla procedura di manifestazione di interesse, i seguenti documenti:

- 1- per tutti i soggetti di cui all'art. 4, domanda di partecipazione alla manifestazione d'interesse, redatta secondo i modelli (allegato 1, 2 e 3) che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Avviso;
- 2- per gli operatori economici di cui ai punti 1 e 2 dell'art. 4, il modello di dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico – economico – finanziaria ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445;
- 3- per tutti i soggetti di cui all'art. 4, copia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante o del professionista.

La Società della Salute di Firenze valuterà bimestralmente le proposte di adesione presentate, verificando la loro completezza e corrispondenza con quanto richiesto dal presente Avviso.

Al primo giorno del mese successivo alla scadenza del bimestre la Società della Salute di Firenze procederà all'aggiornamento dell'elenco dei fornitori con riferimento alle proposte di adesione presentate entro il ventesimo giorno del mese di scadenza dello stesso bimestre e valutate come idonee.

Nel caso in cui i giorni di cui al paragrafo precedente coincidano con un giorno festivo si farà riferimento al primo giorno feriale successivo.

In fase di prima attuazione l'elenco sarà costituito a partire dalla data del 2 gennaio 2018 e conterrà le proposte di adesione presentate entro il 20 dicembre 2017 e valutate come idonee.

L'elenco aggiornato sarà pubblicato sul sito web della Società della Salute di Firenze (www.sds.firenze.it).

Per informazioni e chiarimenti sul presente Avviso è possibile scrivere all'indirizzo mail acot@sds.firenze.it.

Firenze,

IL DIRETTORE

Allegato 1) da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie

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 “Ti Accompagno verso Casa”

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: _____

MANIFESTA INTERESSE per l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti interventi per il sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti di intervento che ci si candida a erogare)

Livello	Descrizione interventi*	Operatore	Struttura intervento	SI	NO
minimo	interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene e mobilitazione, educazione caregiver	OSA o OSS	15 accessi in 3 settimane		
basso	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	5 accessi in 3 settimane		
basso	Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver	Fisioterapista	5 accessi in 3 settimane		

medio	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	10 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

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82, e del successivo regolamento di attuazione 3 marzo 2010, n. 29/R, per gli interventi specificati;
- 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 decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- che il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede e 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.

Allegato 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 “Ti Accompagno Verso Casa”

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: _____

MANIFESTA INTERESSE per l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione del seguente pacchetto di 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

e a tal fine DICHIARA

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82, e del successivo regolamento di attuazione 3 marzo 2010, n. 29/R, per gli interventi specificati;
- che la struttura è in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla deliberazione della Giunta Regionale 10 ottobre 2005, n. 1002, e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria;

- 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 decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, 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 e 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.

Allegato 3) da compilare a cura dei professionisti sanitari infermieri e 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 “Ti accompagno Verso Casa”

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (___) il ___ / ___ / ___ /
C.F. _____
residente in _____ (CAP _____)
Via _____ n. _____

MANIFESTA INTERESSE per l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti interventi per il sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti intervento che ci si candida a erogare)

Livello	Descrizione interventi*	Operatore	Struttura intervento	SI	NO
basso	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	5 accessi in 3 settimane		
basso	Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver	Fisioterapista	5 accessi in 3 settimane		
medio	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	10 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 _____

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 decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, 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 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.

Allegato 4) da compilare a cura di tutti i soggetti interessati

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO-ECONOMICO-FINANZIARIA
(ai sensi del DPR n. 445/00 artt. 46 e 47)**

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
Via _____ n. _____
legale rappresentante di _____

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità (sbarrare i riquadri che interessano e riempire i campi vuoti con i propri dati:

Dichiara

- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio,
- che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;

per i soggetti privati (contrassegnare se ricorre il caso):

di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ matricola _____ sede di _____

per i soggetti privati (contrassegnare se ricorre il caso):

di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;

per le cooperative (contrassegnare se ricorre il caso):

di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa.

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

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