



Allegato A) Provvedimento Direttore SdS Pratese n. 18 del 20.11.2017



Società della Salute della Toscana
Società della Salute Zona Pratese
Via Roma, 101 – 59100 Prato

**AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'EROGAZIONE
DEGLI INTERVENTI RELATIVI AI BUONI SERVIZIO
DECRETO GRT N. 12305/2016
SCADENZA PRESENTAZIONE PRIMO ELENCO DOMANDE
5 gennaio 2018**

Oggetto: Progetto: P.A.C.O.T. Percorsi Assistenziali di Continuità Ospedale Territorio - Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazioni 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 Zona Pratese 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 nella fase di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito, in possesso di autorizzazione al funzionamento ed accreditamento;
3. professionisti sanitari infermieri e 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 Inclusioni Sociale e Lotta alla Povertà, di cui al Decreto Dirigenziale n.12305/2016, che qui si richiama integralmente. I suddetti soggetti possono avere sede anche al di fuori della Zona Pratese.

Art.2 Oggetto della manifestazione di interesse

La Società della Salute Zona Pratese 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 servizi a

sostegno, nell'ambito dei percorsi di continuità assistenziale ospedale- territorio, del rientro presso il proprio domicilio di persone anziane (>65 anni), con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza, e/o persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'art.3, c.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 Zona Pratese per l'erogazione degli interventi previsti dall'Avviso regionale di cui all'art.1 ammontano ad un totale di EURO 676.096,00 di cui EURO 70.487,04 riferite ad azioni di sistema.

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
a	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione care-giver	OSA o OSS	15 accessi in 3 settimane	€330,00
b	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
c	Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del care-giver	Fisioterapista	5 accessi in 3 settimane	€ 165,00
	Educazione e gestione catetere	Infermiere	10 accessi in 3 settimane	€ 500,00



b+d	vescicale, educazione gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice		settimane	
e	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 (IVA compresa se dovuta)

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

Art.3.1 – Modalità di elaborazione del piano di intervento individualizzato e assegnazione dei Buoni servizio

Sulla base degli esiti della valutazione ciascun cittadino potenzialmente destinatario di questa misura potrà accedere al (All.5 del Decreto GRT n.12305/2016):

1. percorso territoriale domiciliare nel quale sarà possibile attivare:

- il pacchetto di livello minimo se sono indicate prestazioni assistenziali nella scheda sociale – a;
- 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'All.5 dell'Avviso regionale (Decreto GRT n. 12305/2016);
- 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'All.5 dell'Avviso regionale (Decreto GRT n. 12305/2016);

- il pacchetto di livello basso riabilitativo se nella scheda clinica sarà indicata la necessità di riattivazione funzionale – c;
- il pacchetto di livello medio riabilitativo se nella scheda clinica sarà indicata la necessità di riabilitazione intensiva ortopedica o neurologica – e.

2. percorso di accesso a cure intermedie temporanee presso RSA per massimo 12 giorni nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.

Il Piano individualizzato predisposto dall'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT) della Zona Pratese conterrà la definizione del bisogno e l'intervento assistenziale a supporto della dimissione con particolare attenzione alle modalità assistenziali che prevedano l'attivazione di servizi socio-sanitari modulando gli interventi in un'ottica di integrazione fra le professioni coinvolte. Il Piano sarà strutturato in base all'esito della valutazione delle schede somministrate al paziente e integrate dalle informazioni raccolte dagli operatori dell'ACOT.

Successivamente all'individuazione del Piano e verificata la compatibilità con le risorse erogabili, nonché la necessità di accedere a questo genere di risorsa, verrà predisposto il progetto individuale, che conterrà la lista dettagliata delle attività che potranno essere attivate.

Per ogni buono servizio erogato sarà predisposto un Piano di spesa, sottoscritto dal destinatario e dal soggetto attuatore, che potrà prevedere l'erogazione di interventi per un importo massimo per singolo destinatario di Euro 1.500,00 oltre a specificare la tempistica di attivazione dei servizi e delle prestazioni, nonché il soggetto scelto dal destinatario per la materiale erogazione dei servizi e delle prestazioni.

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 tabella sopra riportata, 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 Pratese o dal soggetto erogatore, per la quantificazione del costo del servizio sarà applicata la modalità di calcolo sopra richiamata.

Ad ogni destinatario non potrà essere assegnato più di un buono servizio per tutta la durata del Progetto.

I servizi dovranno essere erogati entro le tre settimane dalla firma del Piano di spesa.



Sarà cura della Società della Salute Zona Pratese in accordo con l'ACOT verificare che i servizi prendano avvio nel rispetto della tempistica indicata nel Piano di spesa e che siano correttamente erogati.

I buoni servizio saranno attribuiti dalla Società della Salute Zona Pratese entro i 24 mesi di vigenza della convenzione sottoscritta con la Regione Toscana e comunque fino ad esaurimento delle risorse indicate all'art.2.

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 DGR n.1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli di disabilità di prevalente natura motoria;
3. professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale.

L'erogazione dei servizi da parte del personale di cui ai punti 1 e 3 può essere prevista secondo il Piano Personalizzato in qualunque giorno della settimana, compreso i giorni festivi e prefestivi, nell'orario 08,00- 20,00

Per l'erogazione dei servizi descritti all'art.1 della L.R. 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 n.29/R del 3 marzo 2010.

La Società della Salute Zona Pratese selezionerà i soggetti 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 di attivazione dei servizi i soggetti erogatori saranno chiamati a sottoscrivere un contratto con la Società della Salute Zona Pratese , che avrà la durata del Progetto POR – FSE.

Art.5 – Modalità di presentazione delle manifestazioni di interesse.

Le domande di adesione dovranno essere inviate alla Società della Salute Zona Pratese esclusivamente a mezzo PEC al seguente indirizzo sdsareapratese@legamail.it riportante nell'oggetto “ MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PROGETTO PACOT”.

Le proposte devono essere presentate a partire dal giorno **21 novembre 2017**.

Le domande dovranno contenere a pena 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 di interesse redatta secondo i modelli (allegati 1-2-3) 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 del DPR n.445/2000 artt. 46 e 47, allegato 4;

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 Pratese 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 Pratese 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 utile.

In fase di prima attuazione l'elenco sarà costituito a partire dalla data del 12 gennaio 2108 e conterrà le proposte di adesione presentate entro il termine **5 gennaio 2018** e valutate come idonee.

L'elenco aggiornato sarà pubblicato sul sito web della Società della Salute Pratese [e](#) dell'Azienda USL Toscana Centro – Ambito Prato

Per informazioni e chiarimenti è possibile scrivere all'indirizzo email acot.prato@uslcentro.toscana.it



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	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	infermiere	5 accessi in 3 settimane		
	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		
	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 L.R. 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 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 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;
- Che il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

SI 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.



Allegato 2

Da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA

Alla Società della Salute Pratese
Via Roma 101
59100 – PRATO
Pec sdsareapratese@legamail.it

**MODELLO MANIFESTAZIONE DI 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 Inclusion Sociale e Lotta alla Povertà
Avviso regionale “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni
servizio per sostegno alla domiciliarità”
PROGETTO P.A.C.O.T.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

_____ (____) il ____/____/____/

C.F. ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Residente in _____ (CAP _____)

Via _____ n. _____

in qualità di legale rappresentate di _____

Avente sede legale in _____ (CAP _____)

Via _____ n. _____

C.F./P.IVA _____

Tel _____ email _____

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 CHE

- Di essere accreditato per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco secondo il disposto della L.R. 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specifiche;
- 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;

SI 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



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		
	Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del care-giver	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		
	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale) supporto al self management	fisioterapista	8 accessi in 3 settimane		



E 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 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;

SI 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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AFFIDABILITA' GIURIDICO-
ECONOMICO-FINANZIARIA**

Ai sensi del DPR n..445/2000 artt..46 e 47

(ogni aspirante soggetto partner deve compilare la presente dichiarazione)

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'art.76 del citato DPR n.445/2000, sotto la propria responsabilità (contrassegnare le dichiarazioni che interessano e compilare 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

Nel caso di soggetti privati

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 _____

INPS _____matricola _____sede di _____



Nel caso di soggetti privati

- 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;

- di applicare il contratto collettivo di lavoro anche ai soci della cooperativa.

Data,

Firma e timbro (allegare copia di documento di identità)