



ALLEGATO A

SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori erogatori di prestazioni di cui alle tabelle 1 e 2 dell'Avviso regionale: "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare" a valere sul Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (Decreto regionale n.14104 del 26/6/23)

Art. 1 - Premessa

La Società della Salute Pistoiese indice un'istruttoria pubblica rivolta a

1. soggetti economici che erogano servizi domiciliari professionali, servizi extra domiciliari, servizi semi-residenziali, altri servizi extra domiciliari e servizi di trasporto nella zona pistoiese,
2. soggetti economici gestori di RSA che erogano prestazioni di ricovero temporaneo nella fase di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito o ricovero temporaneo di sollievo,
3. professionisti, sanitari, infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale

per manifestare l'interesse a essere iscritti nell'elenco per l'erogazione di interventi relativi ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi, come previsto dall'Avviso regionale "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare" (D.D. 14104 del 26/06/23) emesso dalla Regione Toscana per dare continuità alle due precedenti iniziative del POR FSE: "Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia" (approvato con D.D 11439 del 19/6/2019) e "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale –buoni servizio per sostegno alla domiciliarità (approvato con D.D 12305 del 16/11/2016) e approvato con il decreto dirigenziale regionale n.16591 del 28/07/2023.

Si definiscono:

- soggetto attuatore: la Società della Salute Pistoiese;
- soggetto/i erogatore/i: il/i soggetto/i individuato/i mediante il presente avviso in apposito elenco.

Art. 2 - Oggetto della manifestazione d'interesse

La Società della Salute Pistoiese attraverso un procedimento di evidenza pubblica mira a costituire un elenco di soggetti qualificati per l'erogazione degli interventi previsti dall'Avviso regionale di cui all'art. 1, ed in particolare i servizi di cui all'art.9 Tabella 1 e all'art.10 Tabella 2 dell'Avviso regionale.

E' garantita la possibilità di presentare domanda per l'intera durata dell'avviso; il progetto terminerà il 31/12/2024, pertanto potranno essere presentate candidature fino al mese precedente la scadenza del progetto (30/11/2024).

Il primo elenco di operatori sarà costituito entro il **25/09/2023** La valutazione di ammissione avverrà per coloro che avranno presentato domanda di candidatura entro il **15/09/2023**.

L'Avviso regionale finanzia buoni servizio per sostenere tre diverse tipologie di azioni:

- AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio
- AZIONE 2 – Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza
- AZIONE 3 – Ampliamento del servizio di assistenza familiare

rivolte a persone residenti sul territorio della Zona-distretto pistoiese

Il presente avviso destina risorse per l'erogazione dei buoni servizio relativi alle azioni 1 e 2 previste dall'avviso regionale, che ammontano complessivamente ad un massimo di € 350.000,00.



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

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 intervento:

AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio

L'azione 1 favorisce l'accesso a servizi e prestazioni di carattere socio-sanitario di sostegno e supporto alla persona anziana con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza o disabile grave e alle loro famiglie, per garantire una piena possibilità di rientro presso il proprio domicilio e all'interno del proprio contesto di vita, anche attraverso l'utilizzazione di cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito. La misura tende anche a potenziare i servizi domiciliari di cura e assistenza alle persone reduci da periodi di degenza ospedaliera anche a seguito di malattia Covid-19.

AZIONE 2 – Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza

L'azione 2 favorisce l'accesso a servizi anche innovativi di carattere socio-assistenziale di sostegno e supporto alle persone con diagnosi di demenza e alle loro famiglie, per garantire una reale possibilità di permanenza presso il proprio domicilio e all'interno del proprio contesto di vita.

Ciascun destinatario può ricevere un solo buono durante il periodo di validità del progetto su una sola delle tre azioni previste dall'avviso regionale

3.1 – Interventi finanziabili per l'AZIONE 1

Tabella 1 Tipologia interventi finanziabili per l'AZIONE 1

Tipologia di intervento	Operatori
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver	OSA o OSS
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere
Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.	Ricovero in RSA per 20 gg



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

I destinatari per l'erogazione dei Buoni servizio dell'azione 1 sono:

- a) persone dimesse da strutture ospedaliere a seguito di cure determinate dalla patologia Covid-19, residenti nel territorio della zona pistoiese e identificate attraverso la valutazione effettuata dall'Agenzia di continuità ospedale-territorio anche in eventuale sinergia con le UCA (DGR 956/2022 -Unità di Continuità Assistenziale) secondo il modello organizzativo territoriale;
- b) persone anziane >65anni con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza, in dimissione da un presidio ospedaliero zonale o da un'Azienda Universitaria Ospedaliera o da strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative presenti sul territorio regionale, residenti nel territorio della zona pistoiese e identificate attraverso la valutazione effettuata dall'Agenzia di continuità ospedale-territorio;
- c) persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'Art. 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) residenti nel territorio della zona pistoiese, in dimissione da un ospedale territoriale o da un'Azienda Universitaria Ospedaliera o da strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative presenti sul territorio regionale e identificate attraverso la valutazione effettuata dall'Agenzia di continuità ospedale-territorio.

Per ogni soggetto potenzialmente destinatario del buono servizio, preliminarmente alle dimissioni ospedaliere o da strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative presenti sul territorio regionale, 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 assegnatario del buono servizio il soggetto attuatore è tenuto a predisporre un Piano di spesa che prevede l'erogazione di un pacchetto di servizi in base al Piano individualizzato per un importo che può variare da un minimo di € 1.500,00 ad un massimo di € 3.000,00.

I servizi previsti nel Piano individualizzato devono essere fruiti **nei 30 giorni successivi alla dimissione dalle strutture pertanto dovrà essere garantita l'attivazione dei servizi entro 24 ore dalla dimissione**, salvo motivazioni dipendenti dal beneficiario del buono.

Il piano di spesa sarà formulato in base ai seguenti costi (comprensivi di Iva ove dovuta):

OSS/OSA	Euro 25,00
Infermiere	Euro 30,00
Fisioterapista	Euro 38,00
Ricovero in RSA	Euro 125 al giorno

Il costo dei singoli pacchetti di interventi è comprensivo dei costi relativi ai materiali/ausili e DPI utilizzati dagli operatori che erogano le prestazioni.

Qualora l'erogazione dei servizi previsti dal Piano di spesa venga interrotto per cause dipendenti dal beneficiario, al soggetto erogatore verranno riconosciute le spese sostenute fino al momento dell'interruzione anche nel caso in cui l'importo complessivo dovesse essere inferiore al limite minimo di € 1.500,00.

Qualora l'erogazione dei servizi previsti dal Piano di spesa venga interrotto temporaneamente per un nuovo ricovero, il periodo di ricovero non viene considerato per il calcolo del limite dei 30 giorni e il servizio potrà essere ripreso al rientro dell'assistito al domicilio.

SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

3.2 – Interventi finanziabili per l'AZIONE 2

Tabella 2 Tipologia interventi finanziabili per l'AZIONE 2

Tipologia di intervento	Operatori
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	OSA/OSS
Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia	Psicologo
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	Psicologo
Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare, in base al Progetto Educativo, all'utilizzo 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>	Educatore Prof.le/ Animatore
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	Fisioterapista
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone	Psicologo/ Neuropsicologo
Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone	Fisioterapista/ (Laureati in Scienze motorie e Diplomati ISEF o in Fisioterapia)
Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone)	Psicologo
Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)	
Caffè Alzheimer	
Atelier Alzheimer	
Musei per l'Alzheimer	
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)	
Ricovero di sollievo: Max 30 giorni in RSA	



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

I destinatari dei Buoni servizio per l'azione 2 sono persone con una diagnosi di demenza, effettuata dai servizi specialistici competenti, residenti sul territorio della zona Pistoiese.

Il piano di spesa previsto nel buono servizio è predisposto dal soggetto attuatore (SdS Pistoiese) a seguito di valutazione effettuata dalla UVM zonale in collaborazione con i servizi specialistici competenti, che elabora un **Piano individualizzato**. Il Piano individualizzato, può prevedere la combinazione di più interventi diversi per tipologia di prestazione consentendo la composizione di un intervento globale per i bisogni individuati tramite la valutazione multidimensionale.

Per ogni destinatario del Buono servizio il soggetto attuatore predispone un Piano di spesa di importo variabile tra un minimo di euro 3.000,00 ed un massimo di euro 4.000,00.

Il piano di spesa sarà formulato in base ai seguenti costi (comprensivi di Iva ove dovuta):

A) per i "servizi domiciliari":

OSS/OSA	Euro 25,00
Psicologo/Neuropsicologo	Euro 39,00
Educatore Prof.le/Animatore	Euro 26,00
Fisioterapista	Euro 38,00

B) per i "servizi semi-residenziali":

In caso di demenza lieve: Euro 68,00 per l'intera giornata ed Euro 35,00 per la mezza giornata (comprensiva del pranzo).

In caso di demenza moderata: Euro 72,00 per l'intera giornata ed Euro 38,00 per la mezza giornata (comprensiva del pranzo).

C) per i "servizi extra-domiciliari" di gruppo:

C1 - Interventi di Psicologo/Neuropsicologo.sull'utente: Euro 15,00 ad utente a seduta - attivazione per gruppi da 4 ad 8

C2 - Interventi di Psicologo. quale supporto per la famiglia: Euro 12,00 ad utente per seduta - attivazione per gruppi da 4 a 10

C3 - Interventi di fisioterapista per AFA: Euro 12,00 ad utente per seduta per - attivazione per gruppi da 3 a 10

D) per gli "altri servizi extra-domiciliari" di gruppo:

Il soggetto erogatore deve presentare una propria proposta progettuale d'intervento, indicando la tipologia e la quantità in termini orari del personale impiegato, il numero di utenti accoglibile contemporaneamente per ogni intervento e la tariffa per utente, dettagliando le voci di costo che contribuiscono a determinarla. I locali dove si svolge l'attività del Caffè e dell'Atelier Alzheimer devono essere messi a disposizione dall'operatore interessato. Le tariffe per utente ad intervento non potranno comunque eccedere i seguenti costi:

D1 - Caffè Alzheimer Euro 20,00

D2 - Atelier Alzheimer Euro 30,00

D3 - Museo Alzheimer Euro 30,00

E) per il "servizio di trasporto":

E1 - per i "servizi domiciliari" (laddove ad es. si rendano necessarie delle visite): Euro 10,00 a tratta per utente

E2 - per i "servizi extra domiciliari" ed "altri servizi extra domiciliari" 8 euro a tratta per utente.

E3 - per i "servizi semi-residenziali" 5 euro a tratta per utente.



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

Gli operatori che si candidano per i “servizi semi-residenziali” e “servizi extra-domiciliari” dovranno necessariamente garantire il **servizio di trasporto** al beneficiario del buono servizio, se previsto nel piano individualizzato.

F) Ricovero in RSA

Ricovero di sollievo in RSA modulo Base	Euro 125,00 al giorno
Ricovero di sollievo in RSA modulo Specialistico	Euro 133,00 al giorno

Qualora l'erogazione degli interventi previsti dal Piano di spesa venga interrotta per cause dipendenti dal destinatario, al soggetto erogatore sarà riconosciuta la spesa corrispondente al valore degli interventi effettivamente erogati sino al momento dell'interruzione, anche se inferiori all'importo minimo previsto (€ 3.000,00).

3.3 – Disposizioni comuni alle due azioni

I buoni servizio saranno attribuiti dalla Società della Salute Pistoiese 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. Eventuali altre risorse potranno rendersi disponibili nel corso del progetto se si verificheranno economie sulle voci di spesa relative alle altre azioni progettuali.

Possono accedere alle prestazioni fornite dagli erogatori presenti nell'elenco anche persone residenti in altre Zone-distretto. La stesura e la sottoscrizione del Piano di spesa, nonché di tutti gli altri obblighi legati alla verifica e all'erogazione del Buono servizio restano nella responsabilità della Zona-distretto di residenza.

Laddove, nel corso di validità del Buono, si renda necessaria una modifica del Piano di spesa, questo può essere rimodulato. Tale variazione va formalizzata tramite addendum all'esistente Piano di spesa, controfirmato dal soggetto attuatore e dal destinatario.

La Società della Salute Pistoiese verificherà che i servizi prendano avvio nel rispetto della tempistica indicata nel Piano individualizzato e l'effettiva e corretta erogazione delle prestazioni e dei servizi in esso contenuti.

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 servizi di assistenza domiciliare e altri servizi alla persona 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 che, oltre ad essere accreditati al momento della presentazione della domanda, devono essere in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento 2/R del 9 gennaio 2018 (modificato con D.P.G.R. n. 12/R del 22 marzo 2021);
3. professionisti, sanitari, infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale.

Per l'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare, semiresidenziale e altri servizi alla persona, così come descritti all'Art. 1 della LR n.82 del 28/12/2009, gli operatori economici che rispondono alla procedura di evidenza pubblica devono risultare accreditati al momento della presentazione



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

della domanda, secondo il disposto della legge stessa e del successivo Regolamento 11 agosto 2020, 86/R, nonché delle delibere regionali di riferimento.

Per l'erogazione del solo pacchetto interventi "Ricovero in RSA per 20 giorni." di cui al paragrafo 3.1 del presente avviso, le strutture interessate, oltre a risultare accreditate al momento della presentazione della domanda, devono assicurare i requisiti organizzativi e professionali per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria.

L'erogazione degli interventi domiciliari può essere prevista secondo il Piano Personalizzato in qualunque giorno della settimana, compreso i giorni festivi e prefestivi, nell'orario 08,00- 20,00 e in tutti i comuni della Zona Pistoiese.

La Società della Salute Pistoiese selezionerà i soggetti in possesso dei requisiti di cui al presente avviso, 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 saranno chiamati a sottoscrivere un contratto con la Società della Salute Pistoiese, impegnandosi in tal modo **ad erogare o a garantire l'erogazione** delle prestazioni ivi indicate, nel rispetto dei tempi e delle modalità specificate.

I suddetti operatori potranno avere sede legale o sede operativa anche al di fuori della zona-distretto di Pistoia e potranno rispondere anche agli avvisi di tutte le altre zone-distretto della Toscana.

L'operatore scelto, qualora sia impossibilitato, nell'ambito delle "tipologie di intervento" per le quali ha aderito, ad eseguire direttamente una o più prestazioni di cui all'incarico, dovrà comunque garantirne l'esecuzione, nei termini di cui al piano individualizzato ricevuto.

A tale scopo potrà avvalersi – previa comunicazione preventiva scritta all'Ente attuatore - di un altro operatore accreditato per la prestazione di specie presente nell'elenco approvato dalla Società della Salute. In caso di avvalimento, il contratto continua comunque ad intercorrere tra Società della Salute ed operatore sottoscrittore del medesimo, unico soggetto legittimato a fatturare per il pacchetto erogato.

La mancata attivazione del pacchetto di prestazioni, nei tempi e modalità previste nel piano individualizzato, comporta l'applicazione di penali la cui entità è definita in relazione alla mancata erogazione del pacchetto nei contratti con i singoli operatori. L'Ente attuatore procede tempestivamente alla contestazione dell'addebito per iscritto. L'erogatore può far pervenire le proprie controdeduzioni alla SdS entro il termine perentorio di 10 (dieci) giorni naturali e consecutivi dalla contestazione; decorso infruttuosamente detto termine, la penale può essere applicata. La penale può essere applicata anche qualora le giustificazioni fornite nel termine perentorio di cui sopra non siano ritenute adeguate.

L'applicazione di tre penalità costituisce sempre grave negligenza contrattuale e genera il diritto dell'Ente attuatore di procedere alla eventuale cancellazione dell'operatore dall'elenco dei soggetti accreditati approvato.

L'operatore può recedere dalla convenzione stipulata con la Società della Salute con un preavviso di almeno 21 giorni.

Gli interventi attivati dovranno comunque concludersi.

La cancellazione dall'elenco avviene a partire dalla data di comunicazione del recesso.

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



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

Le proposte di adesione vanno indirizzate alla Società della Salute Pistoiese, esclusivamente a mezzo PEC, all'indirizzo: sdspistoiese@postacert.toscana.it riportante nell'oggetto

“MANIFESTAZIONE DI INTERESSE “Sostegno all’assistenza socio-sanitaria domiciliare” (Decreto regionale n.14104 del 26/6/23) – Progetto SFIDA 3”

Le proposte di adesione potranno essere presentate a partire dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito web della Società della Salute Pistoiese.

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

- 1- manifestazione d'interesse, redatta secondo i modelli allegati 1, 2 o 3, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Avviso ;
- 2- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante o del professionista;
- 3- dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico – economico – finanziaria ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 redatta secondo il modello Allegato 4 al presente avviso ;

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

In fase di prima attuazione l'elenco sarà costituito a partire dalla data del **25/09/2023** e conterrà le proposte di adesione presentate entro il **15/09/2023** e valutate come idonee.

L'elenco aggiornato sarà pubblicato sul sito web della Società della Salute Pistoiese (www.sdspistoiese.it).

La Società della Salute Pistoiese valuterà di volta in volta le nuove proposte di adesione presentate nel corso di validità del Progetto, aggiornando mensilmente l'elenco degli operatori e provvedendo alla sua pubblicazione sul sito web della Società della Salute Pistoiese nel caso siano pervenute nuove adesioni.

Per informazioni e chiarimenti sul presente Avviso è possibile scrivere all'indirizzo mail silvia.mariotti@uslcentro.toscana.it

Art. 6 – Ammissibilità della spesa

Sono ammissibili le spese:

- di servizi/prestazioni elencate all'art. 3 e previste nel piano di spesa del destinatario;
- di servizi/prestazioni erogati da operatori economici presenti nell'elenco della SdS/Zona distretto di riferimento; si precisa che il destinatario del buono servizio può decidere di usufruire dei servizi erogati all'interno di una zona-distretto diversa da quella di residenza, selezionando dall'elenco degli operatori economici di quella zona. La stesura e la sottoscrizione del piano di spesa, nonché tutti gli obblighi legati alla verifica ed effettiva erogazione del buono servizio rimangono nella responsabilità della SdS/zona distretto di residenza;
- di servizi/prestazioni erogati e sostenuti durante la durata del progetto finanziato tramite l'Avviso a partire dalla data di assegnazione formale del buono (non sono ammessi interventi realizzati precedentemente).

Le spese devono essere regolarmente documentate come indicato al successivo art. 7.



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

Art. 7 – Rendicontazione da parte dei soggetti erogatori al soggetto attuatore

Gli operatori economici che hanno erogato i servizi (soggetti erogatori), in base a quanto indicato nei piani di spesa, devono produrre alla Sds Pistoiese la seguente documentazione giustificativa:

- a) fatturazione elettronica secondo le modalità previste dalla legislazione vigente;
- b) ricevute o note di debito cartacee per i soggetti non tenuti ad emettere fattura verso la P.A. in quanto non obbligati dalla normativa vigente.

Le fatture e le ricevute o note di debito devono riportare:

- i dati anagrafici relativi alla persona destinataria del buono servizio (nome e cognome);
 - il codice di progetto: **309126**
 - CUP: E59I23000320001
 - il dettaglio dei servizi erogati specificando il costo per ogni singolo servizio, come stabilito nel Piano di spesa
 - per i ricoveri in RSA: i dati anagrafici relativi alla persona destinataria del Buono servizio e il numero dei giorni di presenza in RSA
- c) time card degli operatori con indicazione degli interventi eseguiti controfirmate dai destinatari (o *caregiver* presenti) che hanno usufruito del servizio (non occorre per i pacchetti "Cure intermedie temporanee presso RSA" e per il ricovero di sollievo); si precisa che le time card dovranno essere consegnate anche in originale al soggetto attuatore, con le modalità che saranno concordate alla stipula della convenzione.

La documentazione di cui sopra dovrà essere prodotta per singolo buono servizio realizzato.

Pistoia, 10/08/2023

IL DIRETTORE DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE



ALLEGATO 1

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

**Alla SOCIETÀ DELLA SALUTE PISTOIESE
VIALE GIACOMO MATTEOTTI 19
51100 PISTOIA**

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI EROGATORI DI PRESTAZIONI DI CUI
ALLE TABELLE 1 E 2 DELL'AVVISO REGIONALE: "SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA
SOCIO-SANITARIA DOMICILIARE" (Decreto regionale n. 14104/2023)**

FONDO DI SVILUPPO E COESIONE

Progetto "S.FI.D.A. 3" - codice 309126

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:

in possesso di accreditamento n _____ del _____ conseguito presso

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno ai servizi di cura domiciliare (selezionare l'azione e i relativi pacchetti intervento che ci si candida ad erogare)

AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio: SI NO

Tipologia di intervento per l'AZIONE 1	Operatori	SI	NO
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver	OSA o OSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AZIONE 2 – Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza: SI NO

Tipologia di intervento per l'azione 2	Operatori	SI	NO
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	OSA/OSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia	Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

all'Educatore/Animatore sul caso specifico			
Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare, in base al Progetto Educativo, all'utilizzo 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>	Educatore Prof.le/ Animatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone	Psicologo/ Neuropsicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone	Fisioterapista/ (Laureati in Scienze motorie e Diplomatici ISEF o in Fisioterapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8- 10 persone)	Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caffè Alzheimer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atelier Alzheimer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musei per l'Alzheimer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

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 11 agosto 2020, 86/R, nonché delle delibere regionali di riferimento per i servizi e le prestazioni specificate;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare" 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.



ALLEGATO 2

da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA

Alla SOCIETÀ DELLA SALUTE PISTOIESE
VIALE GIACOMO MATTEOTTI 19
51100 PISTOIA

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI EROGATORI DI PRESTAZIONI DI CUI
ALLE TABELLE 1 E 2 DELL'AVVISO REGIONALE: "SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA
SOCIO-SANITARIA DOMICILIARE" (Decreto regionale n. 14104/2023)**

FONDO DI SVILUPPO E COESIONE

Progetto "S.FI.D.A. 3" - codice 309126

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:

in possesso di accreditamento n _____ del _____ conseguito presso



MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti interventi, così come definito dall'art. 9 e 10 dell'Avviso regionale "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare" (selezionare l'azione e i relativi pacchetti intervento che ci si candida ad erogare)

AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio: **SI** **NO**

descrizione intervento	intervento	SI	NO
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.	Ricovero in RSA per 20 gg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AZIONE 2 – Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza: **SI** **NO**

descrizione intervento	SI	NO
Ricovero di sollievo: Max 30 giorni in RSA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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:

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, e di essere in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento 2/R del 9 gennaio 2018 (modificato con D.P.G.R. n. 12/R del 22 marzo 2021);
- *(si applica solo per l'erogazione del pacchetto interventi "Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito (Ricovero in RSA per 20 giorni)" di cui al paragrafo 3.1 dell'avviso)* che la struttura è in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare" 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.

ALLEGATO 3

da compilare a cura dei professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale

**Alla SOCIETÀ DELLA SALUTE PISTOIESE
VIALE GIACOMO MATTEOTTI 19
51100 PISTOIA**

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI EROGATORI DI PRESTAZIONI DI CUI
ALLE TABELLE 1 E 2 DELL'AVVISO REGIONALE: "SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA
SOCIO-SANITARIA DOMICILIARE" (Decreto regionale n. 14104/2023)**

FONDO DI SVILUPPO E COESIONE

Progetto "S.FI.D.A. 3" - codice 309126

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (___) il ___ / ___ / ___ / C.F. _____

residente in _____ (cap _____) Via _____

Tel. _____, e-mail _____ PEC _____



MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno ai servizi di cura domiciliare (selezionare l'azione e i relativi pacchetti intervento che ci si candida ad erogare)

AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio: SI NO

Tipologia di intervento per l'AZIONE 1	Operatori	SI	NO
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AZIONE 2 – Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza: SI NO

Tipologia di intervento per l'azione 2	Operatori	SI	NO
Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia	Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare, in base al Progetto Educativo, all'utilizzo 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	Educatore Prof.le/ Animatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



mantenimento” del paziente mediante l’intervento del <i>caregiver</i>			
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	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone	Psicologo/ Neuropsicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone	Fisioterapista/ (Laureati in Scienze motorie e Diplomatici ISEF o in Fisioterapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8- 10 persone)	Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 __/__/__



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

DICHIARA inoltre

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare" 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.



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

ALLEGATO 4

**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