

COeSO- SdS area grossetana

ZONE DISTRETTO Area Grossetana - Colline Metallifere - Colline dell'Abegna

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". Progetto CARD (CURE APPROPRIATE PER IL RIENTRO AL DOMICILIO), approvato con decreto dirigenziale della Regione Toscana n. 12.511 del 29/08/2017 per le zone distretto Grossetana, delle Colline Metallifere, delle Colline dell'Abegna.

Art. 1 - Premessa

COeSO-SdS in qualità di capofila del partenariato che attua il progetto CARD indice un'istruttoria pubblica rivolta a:

1. soggetti economici che erogano prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie nelle zone-distretto;
2. soggetti economici gestori di RSA che erogano prestazioni di ricovero temporaneo nelle fasi di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito;
3. professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale.

Tali soggetti potranno 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 Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà.

I suddetti soggetti potranno risiedere nelle zone distretto di realizzazione del progetto CARD o in altre della Toscana.

Art. 2 - Oggetto della manifestazione d'interesse.

COeSO-SdS 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 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 di COeSO-SdS per l'erogazione degli interventi relativi ai buoni servizio previsti dall'Avviso regionale ammontano a € 349.880,00

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: descrizione interventi¹ | Figura professionale | Struttura intervento | Costo massimo pacchetto interventi |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|
| interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione caregiver | OSA o OSS | 15 accessi in 3 settimane | € 330,00 |
| 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 |
| 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 |

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 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 servizi per un importo massimo per singolo destinatario di Euro 1.500,00. I servizi devono essere erogati entro le tre settimane dalla firma del Piano di spesa.

Gli erogatori sono tenuti ad osservare le eventuali indicazioni assistenziali e riabilitative indicate nel Piano Individualizzato ed effettuare specifica rendicontazione contenente la documentazione giustificativa degli interventi eseguiti secondo le modalità che saranno comunicate al momento dell'attivazione degli interventi.

¹ 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.

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 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 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;
3. professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale.
Per l'erogazione dei servizi descritti all'Art. 1 della LR 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 nr. 29/R del 3 marzo 2010.

Le strutture di cui al punto 2) possono presentare manifestazione d'interesse per l'erogazione del solo pacchetto interventi "Ricovero in RSA per 12 gg".

Gli operatori economici che risponderanno alla procedura di evidenza pubblica potranno risiedere o meno nella zona-distretto e potranno rispondere anche in tutte le altre zone.

COeSO-SdS selezionerà i soggetti ritenuti idonei secondo i criteri specificati all'Art. 6 del presente Avviso di istruttoria pubblica. Tali soggetti 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 momento di attivazione dei servizi i soggetti scelti dai destinatari saranno chiamati a sottoscrivere un contratto con COeSO-SdS.

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

La domanda, redatta su modello specifico allegato al seguente avviso,

- Modello 1) da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie;
- Modello 2) da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA;
- Modello 3) da compilare a cura dei professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale;

dovrà essere indirizzata a:

COeSO-SdS area grossetana – Via Damiano Chiesa, 12 – 58100 Grosseto

dovrà avere ad oggetto la seguente dicitura:

“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 CONTINUITA' ASSISTENZIALE – BUONI SERVIZIO PER IL SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' ” – PROGETTO CARD – COeSO-SdS Area Grossetana

e dovrà essere trasmessa con le seguenti modalità:

- consegna a mano presso:

Ufficio Protocollo della Società della Salute dell'area grossetana
Via Damiano Chiesa n. 12
58100 Grosseto (GR)

- posta raccomandata da inviare all'indirizzo:

Società della Salute dell'area grossetana
Via Damiano Chiesa n. 12
58100 Grosseto (GR)

- posta elettronica certificata (PEC): sdsgrosseto@pec.it

Al fine di garantire la possibilità di accedere a tale elenco agli operatori economici interessati è garantita la possibilità di presentare domanda di accesso per l'intera durata del progetto.

Le domande devono essere presentate **entro e non oltre le ore 10:00 del giorno venerdì 19/01/2018.**

Il **primo elenco** degli operatori economici selezionati attraverso tale procedura sarà approvato entro il 5 febbraio 2018 e sarà relativo alle domande pervenute entro le ore 10.00 del **19 gennaio 2018. I successivi aggiornamenti per le domande che perverranno saranno pubblicati, previa valutazione, entro il giorno 5 di ogni mese successivo a febbraio e fino alla fine del progetto.**

L'elenco aggiornato sarà pubblicato sul sito web di COeSO-SdS (www.coesoareagr.it).

Art. 6 - Modalità e criteri di selezione degli operatori

Le proposte di adesione pervenute saranno prese in esame ed analizzate da COeSO-SdS, valutando il possesso di competenza professionale ed esperienza nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati di cui all'artt. 3 e 4 del presente Avviso di istruttoria pubblica.

Per i soggetti economici che erogano prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie e per i soggetti economici gestori di RSA (di cui ai punti 1 e 2 dell'art. 4 del presente Avviso di istruttoria pubblica) sarà presa in esame anche la capacità tecnica e organizzativa di erogare i servizi nei tempi e nelle modalità previste dall'Avviso regionale/Progetto finanziato.

Art. 7 – Responsabile del procedimento

Il responsabile del procedimento, ai sensi della Legge 7 agosto 1990 n. 241 e successive modifiche ed integrazioni, è la Dott. Fabrizio Boldrini, Direttore della Società della Salute della Valdera. Ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196 i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento in argomento.

Per chiarimenti ed informazioni è possibile inviare una mail con oggetto "QUESITO manifestazione d'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" al seguente indirizzo: info@coesoareagr.it.

MODELLO 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 CARD (CURE APPROPRIATE PER IL RIENTRO AL DOMICILIO)

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 servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti intervento che ci si candida ad erogare)

| <i>livello</i> | <i>descrizione interventi*</i> | <i>operatore</i> | <i>struttura intervento</i> | <i>SI</i> | <i>NO</i> |
|----------------|---|------------------|-----------------------------|-----------|-----------|
| minimo | interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver | 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 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 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 di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- 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;

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.

MODELLO 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 CARD (CURE APPROPRIATE PER IL RIENTRO AL DOMICILIO)

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 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 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 di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- 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;

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.

MODELLO 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 CARD (CURE APPROPRIATE PER IL RIENTRO AL DOMICILIO)

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

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti intervento che ci si candida ad 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 | | |
| | 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 | | |

a tal fine DICHIARA:

essere in possesso del seguente titolo di studio _____ con

- di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) _____ dal ____ / ____ / ____
numero _____

- di avere una comprovata esperienza per l'erogazione dei servizi selezionati che il professionista si candida ad erogare

| | | | | | | | | |
|---------|-----|---|---|---|----|---|---|---|
| • _____ | dal | / | / | / | al | / | / | / |
| • _____ | dal | / | / | / | al | / | / | / |
| • _____ | dal | / | / | / | al | / | / | / |
| • _____ | 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 "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.

(luogo e data)

(firma)

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