



SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA VALDINIEVOLE

Via Cesare Battisti, 31 51017 – Pescia (PT)

Codice Fiscale 91025730473

DETERMINA DEL DIRETTORE n. 87 del 07.12.2017

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. Approvazione.

Visto di regolarità contabile ai sensi dell'art. 151 comma 4 del D. Lgs n.267/2000.

Il Responsabile

Area Funzionale Tecnico Amministrativa

firmato in originale

IL DIRETTORE

Richiamato il Decreto del Vice Presidente della Società della Salute n.1 del 13.04.2015 con il quale lo scrivente è stato riconfermato Direttore della Società della Salute della Valdinievole;

Premesso che con atto ai rogiti del Segretario Comunale di Montecatini Terme, registrati in data 02.02.10 n° Rep. 4877 sono stati sottoscritti lo Statuto e la Convenzione della Società della Salute della Valdinievole, con la quale sono state conferite a quest'ultima anche la gestione delle attività socio-sanitarie di cui all'art. 71 bis comma 3 lett. c) e d) della L. R .n. 40/2005 s.m.i., e la gestione all'interno di queste del Fondo della non autosufficienza;

Vista la deliberazione dell'Assemblea dei Soci n. 28 del 10/12/2010 con la quale è stata assunta la decisione di procedere, a far data dall'01/01/2011, all'assunzione della gestione diretta dei servizi sociali e socio-sanitari da parte di questo Consorzio;

Vista la delibera dell'Assemblea dei Soci n. 13 del 12.12.2016 avente per oggetto: Servizi di Salute Mentale Adulti e Infanzia Adolescenza, Servizi per le Dipendenze: Assunzione della gestione diretta da parte della SDS della Valdinievole;

Vista la delibera del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Usl Toscana Centro n. 385 del 20.03.2017 che prevede il trasferimento in favore della SdS Valdinievole dei Servizi di Salute Mentale Adulti e Infanzia Adolescenza e Servizi per le Dipendenze a far data dall'01.04.2017;

Vista la delibera dell'Assemblea dei Soci n. 2 del 06.02.2017 avente per oggetto: “Bilancio preventivo economico anno 2017, pluriennale 2017 – 2019 e Piano Programma 2017. Approvazione”;

Ricordata la determina del Direttore n. 14 del 17.03.2017 “Assegnazione dei budget a seguito dell’approvazione del bilancio preventivo economico anno 2017 avvenuto con la delibera dell’Assemblea dei soci n. 2 del 06.02.2017. Adozione”;

Vista la determina del Direttore n. 41 del 07.07.2017 avente per oggetto: “Assegnazione dei budget a seguito del trasferimento della Salute Mentale Adulti, Infanzia ed Adolescenza e delle dipendenze con decorrenza dall’01.04.2017. Adozione”;

Vista la determina del Direttore n. 69 del 06.10.2017 avente per oggetto: “Piano degli obiettivi della Società della Salute della Valdinievole anno 2017. Approvazione”;

Vista la delibera n. 9 del 28.09.2017 avente per oggetto: “Bilancio Preventivo Economico SdS Valdinievole 2017. Variazione di bilancio n.1”;

Vista la determina del Direttore n. 77 del 07.11.2017 avente per oggetto: “Assegnazione dei budget e variazione Piano degli obiettivi a seguito dell’approvazione della variazione di bilancio n. 1 avvenuta con delibera dell’Assemblea dei Soci n. 9 del 28.09.2017. Adozione”;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale Toscana n. 905 del 13 settembre 2016 in cui sono stati approvati gli elementi essenziali per l'adozione, con successivo decreto, di un avviso pubblico regionale finalizzato al potenziamento dei servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio e al finanziamento di buoni servizio per il sostegno alla domiciliarità;

Visto il Decreto della RT n. 12305 del 16-11-2016 ad oggetto “POR FSE 2014-2020 Asse B Attività PAD B.2.1.3.A) Approvazione avviso pubblico "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità” che finanzia interventi a carattere regionale finalizzati a favorire, accompagnare e sostenere, nell'ambito dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio, il rientro presso il proprio domicilio della persona anziana, con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza o della persona disabile grave, a seguito di dimissioni da un presidio ospedaliero zonale o da Azienda Universitaria Ospedaliera o da strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative presenti sul territorio regionale, anche attraverso il potenziamento e consolidamento dei servizi territoriali di continuità assistenziale con la messa a disposizione di interventi integrativi a sostegno della domiciliarità;

Visto inoltre il Decreto della RT n. 12890 del 30.11.2016 ad oggetto “Decreto dirigenziale n. 12305 del 16/11/2016: rettifica mero errore materiale e riapprovazione Allegato A” in cui è stato rettificato l'avviso pubblico “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità” a valere sul POR FSE ASSE B – INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA’;

Vista la delibera della Giunta Esecutiva n. 22 del 23.10.2017 avente per oggetto: POR FSE 2014 – 2020 Attività PAD B.2.1.3.A) “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità” di cui al decreto regionale 12305 del 16.11.2016: Progetto SdS Valdinievole” con cui si prende atto e si approva la proposta progettuale elaborata per la zona Valdinievole secondo le indicazioni del decreto regionale n. 12890 del 30.11.2016;

Visto il punto 3) della suddetta delibera in cui si dà mandato al Direttore di provvedere a tutti gli adempimenti necessari in conseguenza dell’approvazione della graduatoria da parte dell’Amministrazione regionale, tra cui la pubblicazione di un avviso pubblico di manifestazione di interesse per creare un elenco di soggetti erogatori di servizi e prestazioni finanziabili con i buoni servizio;

Visto l'Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dall'Avviso regionale: "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" di cui al decreto regionale 30 novembre 2016, n. 12890 allegato al presente provvedimento (All. A);

Considerato che l'Avviso è rivolto 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 nelle fasi di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito,
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;

Valutato che la manifestazione di interesse ha il solo scopo di comunicare all'Amministrazione la disponibilità ad essere invitati a presentare offerte;

Ritenuto necessario pertanto procedere all'approvazione dell'avviso di cui sopra che si allega alla presente;

Valutato che gli operatori interessati devono presentare la manifestazione di interesse – secondo gli Allegati all'Avviso di manifestazione di interesse – che si allegano alla presente - entro il giorno 08.01.2018;

Visto quanto disposto dagli artt. 71/bis e 71/novies della L.R. n. 40/2005 e s.m.i.;

Visto l'art. 31 del D. Lgs. 18.08.2000, n. 267;

Visto il comma 5.2.4 della Convenzione "Il Direttore" che individua le competenze attribuite al Direttore della SdS;

Visto l'art. 107 comma 3 lettera d) del Decreto Legislativo 18.08.2000, n. 267;

Visto il parere di copertura finanziaria reso ai sensi e per gli effetti dell'art. 151 comma 4 del Decreto legislativo 18.08.2000 n. 267, secondo cui i provvedimenti dei responsabili dei servizi che comportano impegni di spesa sono trasmessi al responsabile del servizio finanziario e sono esecutivi con l'apposizione del visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria;

DETERMINA **per i motivi espressi in premessa**

1. di approvare per quanto esposto in premessa, l'allegato **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"** di cui al decreto regionale 30 novembre 2016, n. 12890 per la raccolta delle manifestazioni d'interesse
2. di dare atto che la prima scadenza per la presentazione delle domande è fissata all'08.01.2018;

3. di pubblicare sul sito internet www.sdsvaldinievole.it il presente avviso unitamente a tutti gli allegati;
4. di dare atto che il Responsabile del Presente Procedimento è il Dott. Marco Bonini responsabile Area Assistenza Sanitaria Territoriale e Continuità;
5. di dare atto che il presente provvedimento viene pubblicato per 15 giorni consecutivi, a cura della struttura adottante, sul sito del Consorzio ai sensi dell'art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69;
6. di trasmettere il presente provvedimento a:
 - all'Unità Funzionale d'Integrazione Socio-Sanitaria
 - all'Area Funzionale Tecnico Amministrativa;
 - all'Ufficio di Supporto agli organi di governo, di direzione e segreteria generale.

Il Direttore della Società della Salute della Valdinievole
Dott. Claudio Bartolini

firmato in originale



**SOCIETA' DELLA SALUTE
DELLA VALDINIEVOLE**
Via Cesare Battisti, 31 51017 – Pescia (PT)
Codice Fiscale 91025730473

Avviso pubblico per manifestazione d'interesse per l'erogazione degli interventi relativi ai buoni servizio

**ENTE: SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA VALDINIEVOLE
ZONA DISTRETTO VALDINIEVOLE**

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” di cui al decreto regionale 30 novembre 2016, n. 12890

Art. 1 - Premessa

La Società della Salute della Valdinievole 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 nelle fasi di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito,
 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 Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà.

Art. 2 - Oggetto della manifestazione d'interesse

La Società della Salute della Valdinievole 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.

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:

<i>descrizione interventi*</i>	<i>Figura professionale</i>	<i>Struttura intervento</i>	<i>costo massimo pacchetto interventi</i>
interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, 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

<i>descrizione intervento</i>	<i>struttura intervento</i>	<i>costo massimo pacchetto interventi</i>
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 delle attività che potranno in seguito essere attivate a mezzo del buono servizio.

La valutazione multidimensionale e la stesura del Piano Assistenziale Individualizzato prevedono una pesatura degli eventuali interventi in base ai bisogni emersi. Al fine di far fronte al bisogno rilevato si individuano tre livelli di intervento:

- livello minimo con l'attivazione di interventi di supporto alla cura e igiene personale e supporto ed educazione al caregiver tramite personale di assistenza;
- livello basso con attivazione di interventi infermieristici quali medicazioni semplici e prestazioni di addestramento all'utente e al caregiver da parte di personale infermieristico e di interventi di riattivazione, addestramento all'uso di ausili semplici e educazione del caregiver da parte di fisioterapisti;
- livello medio con attivazione di interventi infermieristici più complessi da parte di personale infermieristico e di trattamenti riabilitativi da parte dei fisioterapisti.

L'agenzia di continuità, una volta definito il bisogno assegna, all'utente destinatario, un 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.

Il destinatario del buono servizio sceglierà il soggetto erogatore dall'elenco di soggetti qualificati di cui all'Art.1. Nel caso in cui dalla valutazione emerga la necessità di inserimento del destinatario in una struttura intermedia (per un massimo di 12 giorni) verrà fornito un buono servizio da usufruire in una delle strutture presenti nell'elenco delle strutture accreditate di cui all'Art.1.

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.

La Società della Salute della Valdinievole 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 l'Ente.

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

Le adesioni, vanno indirizzate a **SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA VALDINIEVOLE** Via Cesare Battisti, 31 51017 Pescia (PT) con la seguente modalità:

- con raccomandata A.R. a mezzo del Servizio Postale, a tal fine non fa fede il timbro postale

- tramite l'invio eseguito a mezzo posta elettronica certificata alla casella pec:sdsvaldinievole@postacert.toscana.it. La documentazione debitamente sottoscritta dovrà essere scannerizzata ed inviata come allegato pdf

la trasmissione dovrà riportare il seguente oggetto:

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" DI CUI AL DECRETO REGIONALE 30 NOVEMBRE 2016, N. 12890

Le domande dovranno contenere, a pena di esclusione dalla procedura di manifestazione d'interesse, i seguenti documenti:

- a. Domanda di partecipazione alla manifestazione d'interesse redatta secondo il modello specifico (Allegati 1,2,3) parte integrante e sostanziale del presente Avviso;
- b. per tutti i soggetti di cui all'art. 4, copia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante o del professionista;

I soggetti interessati potranno presentare domanda durante l'intero arco temporale della durata del Progetto. La Società della Salute della Valdinievole valuterà bimestralmente le proposte di adesione presentate, verificando la loro completezza e corrispondenza con quanto richiesto dal presente Avviso e procederà all'aggiornamento dell'elenco degli operatori selezionati con cadenza bimestrale.

Le proposte devono essere presentate a partire dal giorno 11.12.2017

La prima scadenza per la presentazione delle domande è stabilita entro le ore 12 del giorno 8.01.2018

La responsabilità del recapito entro i termini stabiliti è esclusivamente a carico del soggetto mittente. Non saranno prese in considerazione le manifestazioni d'interesse pervenute successivamente al suddetto termine ovvero sprovviste di firme e/o con documentazione incompleta

Per maggiori informazioni contattare:

Dott.ssa Martina Donzellini Tel.0572/460964 Email: martina.donzellini@uslcentro.toscana.it

Art. 6 - Modalità e criteri di selezione degli operatori

Le proposte di adesione pervenute saranno prese in esame ed analizzate dalla Società della Salute della Valdinievole, 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.

MODELLO 1) da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e
socio-sanitarie

**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 [inserire titolo del progetto]

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ (____) il ____ / ____ / ____ / C.F. _____
residente in _____ (cap _____) Via _____
n. _____ in qualita di legale rappresentante di

avente sede legale in _____ (cap _____)
Via _____
n. _____ C.F./PIVA _____
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 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 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 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 [inserire titolo del progetto]

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

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

residente in _____ (cap _____) Via _____

n. _____ in qualita 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 [inserire titolo del progetto]

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)**

<i>livello</i>	<i>descrizione interventi*</i>	<i>operatore</i>	<i>struttura intervento</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
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:

- 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

<ul style="list-style-type: none">• _____ 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

PUBBLICAZIONE

Ai sensi della L.241/90 e s.m.i., dell'art. 4, comma 3, dello statuto consortile e per "pubblicità notizia", copia della presente determina viene pubblicata all'Albo Pretorio del Consorzio il 07.12.2017 e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Il DIRETTORE della SdS Valdinievole
Dr. Claudio Bartolini

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Pubblicato all'Albo dal al

Il DIRETTORE della SdS Valdinievole
Dott. Claudio Bartolini

Per copia conforme all'originale in carta libera per uso amministrativo.

Pescia,

L'Ufficio di Segreteria
