



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

DETERMINA DEL DIRETTORE n. 63 del 26.11.2019

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori qualificati per l'erogazione degli interventi previsti dall'Avviso pubblico approvato con D.D. Regione Toscana n. 11439 del 19.06.2019 “POR FSE 2014 – 2020 Asse B attività PAD B.2.1.3.A) – Approvazione avviso pubblico Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia. Approvazione.

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

Il Responsabile dell'Area Funzionale Tecnico Amministrativa

Dott. Giovanni Natali

Firmato in originale

IL DIRETTORE

RICHIAMATO il decreto del Presidente della Società della Salute n. 4 del 24.05.2019 con cui la scrivente è stata nominata Direttore della Società della Salute della Valdinievole;

PREMESSO che con atto ai rogiti del Segretario Comunale del Comune 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 e socio-assistenziali 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 n. 28 del 17.12.2018 avente per oggetto: “Convenzione con l'Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro per la gestione delle attività socio sanitarie e di altre attività di supporto tecnico amministrativo” al cui interno è ricompresa la proroga alla SdS Valdinievole del Servizi di Salute Mentale Adulti, Infanzia ed Adolescenza e del Servizio delle Dipendenze fino al 31.12.2019;

VISTA la delibera dell'Assemblea dei Soci della SdS n. 7 del 25.05.2011 “Regolamento di Organizzazione della Società della Salute della Valdinievole. Approvazione”;

VISTA la delibera dell'Assemblea dei Soci n. 3 del 04.02.2019 “Bilancio Preventivo Economico anno 2019, pluriennale 2019 – 2021 e Piano Programma 2019. Approvazione.”;

VISTA la determina del Direttore f.f. della SdS n. 13 del 05.03.2019 "Assegnazione dei budget a seguito dell'approvazione del Bilancio preventivo economico anno 2019 avvenuto con delibera dell'Assemblea dei Soci n. 3 del 04.02.2019. Adozione”;

VISTA la determina del Direttore SdS n. 37 del 22.07.2019 avente per oggetto: “Piano degli obiettivi della Società della Salute della Valdinievole anno 2019. Approvazione”;

VISTA la Delibera di Giunta regionale n. 670 del 20.05.2019 che approva gli elementi essenziali per l'adozione di un avviso pubblico finalizzato al sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia;

VISTO il Decreto Dirigenziale Regione Toscana n. 11439 del 19.06.2019 avente ad oggetto “POR FSE 2014 – 2020 Asse B attività PAD B.2.1.3.A) – Approvazione avviso pubblico Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia;

CONSIDERATO che la Società della Salute ha ritenuto opportuno partecipare al suddetto avviso;

VISTA la Delibera della Giunta esecutiva della Società della Salute della Valdinievole n. 28 del 23.09.2019 avente ad oggetto: DGRT 670/2019 e DD. 11439/2019 della Regione Toscana avente ad oggetto “POR FSE 2014 – 2020 Asse B attività PAD B.2.1.3.A) – Approvazione avviso pubblico Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia”. Presa d'atto della presentazione del Progetto “PILA – Pillole di autonomia” da parte della SdS Valdinievole;

VISTO il punto 4) 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 dell'avviso pubblico di manifestazione di interesse per creare un elenco di soggetti fornitori di prestazioni e servizi finalizzati all'implementazione dei Buoni servizio oggetto dell'Avviso pubblico approvato con il Decreto Dirigenziale Regione Toscana n. 11439 del 19.06.2019;

CONSIDERATO che con D.D. Regione Toscana n. 17488 del 17.10.2019 è stato approvato l'elenco dei soggetti ammessi a finanziamento e che il progetto “PILA – Pillole di autonomia” presentato dalla Società della Salute è risultato fra gli elenchi degli ammessi;

CONSIDERATA quindi la necessità di indire una procedura di evidenza pubblica conforme alle normative vigenti, per la costituzione di un elenco di operatori economici autorizzati all'erogazione di prestazioni, così come specificato nell'avviso pubblico approvato con il Decreto Dirigenziale Regione Toscana n. 11439 del 19.06.2019;

VISTA la Delibera Assemblea dei Soci della SdS n. 29 del 10.12.2010 “Approvazione regolamento di contabilità della SdS Valdinievole”;

VISTA la Delibera Giunta Esecutiva della SdS n. 16 del 27.12.2010 “Approvazione Regolamento attività contrattuale”;

VISTO quanto disposto dagli art. 71 bis, “Società della salute: finalità e funzioni”, della Legge Regionale n.40/2005 e s.m.i.;

VISTO l'art. 31 “Consorzi” del D.lgs 18.08.2000 n.267;

VISTO l'art. 109 “Conferimento di funzioni dirigenziali”, comma 2, del D.lgs 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 narrativa:

1. DI APPROVARE l'Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni di cui alla tabella 2 dall'Avviso regionale: "Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia" (Decreto regionale n. 11439/2019);
2. DI DARE ATTO che la prima scadenza per la presentazione delle domande è fissata il 12/12/2019;
3. DI DARE ATTO che il Responsabile del Presente Procedimento è dott.ssa Patrizia Baldi Responsabile a.i. U.F. Socio-sanitaria;
4. DI PUBBLICARE sul sito internet www.sdsvaldinievole.it, nella sezione "Amministrazione Trasparente – Bandi di gara e contatti", il presente avviso unitamente a tutti gli allegati;
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:
 - Responsabile U.F. Integrazione Socio-Sanitaria;
 - Responsabile Area Funzionale Tecnico Amministrativa;
 - Collegio Sindacale;
 - Ufficio di Supporto agli organi di governo, di direzione e segreteria generale;

Il Direttore della Società della Salute della Valdinievole
Dott.ssa Patrizia Baldi

Firmato in originale



Regione Toscana



AVVISO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni di cui alla tabella 2 dall'Avviso regionale: “Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia” (Decreto regionale n. 11439/2019)

Art. 1 - Premessa

La Società della Salute della Valdinievole indice un'istruttoria pubblica rivolta agli operatori economici che erogano servizi domiciliari professionali, servizi extra domiciliari, servizi semi-residenziali, altri servizi extra domiciliari e servizi di trasporto nella zona/distretto della Valdinievole 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 alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia*” emesso dalla Regione Toscana con finanziamento del POR FSE 2014 – 2020, Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà attività PAD B.2.1.3.A. “*Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia*” e approvato con il decreto dirigenziale regionale n. 17488 del 17.10.2019, allegato al presente avviso quale parte integrante e sostanziale dello stesso (allegato “A”).

Si definiscono:

- soggetto attuatore: la Società della Salute della Valdinievole;
- 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 della Valdinievole attraverso un procedimento di evidenza pubblica mira a costituire un elenco di operatori qualificati per l'erogazione degli interventi previsti dall'Avviso regionale di cui all'art. 1, ed in particolare i servizi di cui all'art. 5.4 Tabella 2 dell'Avviso regionale.

E' garantita la possibilità di presentare domanda per l'intera durata dell'avviso FSE (18 mesi), pertanto potranno essere presentate candidature fino al mese precedente la scadenza del progetto.

Il primo elenco di operatori sarà costituito entro il **20 dicembre 2019**. La valutazione di ammissione avverrà per coloro che avranno presentato domanda di candidatura entro il **12 dicembre 2019**.

L'Avviso regionale finanzia buoni servizio per sostenere percorsi innovativi per la cura e il sostegno familiare di persone con una diagnosi di demenza lieve o moderata e le loro famiglie residenti sul territorio della Zona-distretto della Valdinievole.

Le risorse a disposizione della Società della Salute della Valdinievole per l'erogazione degli interventi relativi ai buoni servizio previsti dall'Avviso regionale ammontano a € 118.200,00 (l'importo potrà subire delle variazioni in corso d'opera)

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:

Tabella 2 Tipologia interventi finanziabili con Buoni servizio

Tipologia intervento	di	Operatori	Tipologia di prestazione
<i>Servizi domiciliari professionali</i>		OSA/OSS	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
		PSIC	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia
		Educatore Prof.le/ Animatore	Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare, in base al Progetto Educativo, all'utilizzazione 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>
		FKT	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
		PSIC	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
<i>Servizi extra-domiciliari</i>		PSIC/ NEUROPSIC	Interventi di stimolazione neurocognitiva / riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone
		FKT	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone
		PSIC	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone)
<i>Servizi semi-residenziali</i>			Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) ⁴
<i>Altri servizi extra-domiciliari</i>			Caffè Alzheimer
			Atelier Alzheimer
			Musei per l'Alzheimer
<i>Servizi di trasporto</i>			Trasporto utenti: veicolo idoneo ed autista

Il costo dei singoli pacchetti di interventi è comprensivo dei costi relativi al materiale per gli ausili temporanei (es. bastoni canadesi, tripodi, ausili per rinforzo) utilizzati dagli operatori che erogano le prestazioni.

Ciascun destinatario può ricevere un solo buono durante il periodo di validità del progetto. Il piano di spesa previsto nel buono servizio è predisposto dal soggetto attuatore (SdS) a seguito di valutazione effettuata dalla UVM zonale anche in forma semplificata, 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 predisporre 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 23,00
Psicologo/Neuropsicologo	Euro 36,50
Educatore Prof.le/Animatore	Euro 24,50
Fisioterapista	Euro 35,00

B) per i “servizi semi-residenziali” :

Euro 72,00 per l'intera giornata ed Euro 35,00 per la mezza giornata (comprensiva del pranzo).

Le suddette tariffe sono comprensive del servizio di trasporto. Qualora il trasporto non sia previsto nel piano individualizzato, o per altre ragioni non sia erogato, le tariffe si ridurranno di 5 euro a tratta.

C) per i “servizi extra-domiciliari”:

C1 - Interventi di Psico/Neuropsic. sull'utente: Euro 15,00 ad utente a seduta - attivazione per gruppi da 2 ad 8

C2 - Interventi di Psic. quale supporto per la famiglia: Euro 12,00 ad utente per seduta - attivazione per gruppi da 2 a 10

C3 - Interventi di fisioterapista per AFA: Euro 12,00 ad utente per seduta per demenza moderata - attivazione per gruppi da 2 a 10
Euro 10,00 ad utente per seduta per demenza lieve - attivazione per gruppi da 2 a 10

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

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”:

E2 -per i "servizi extra domiciliari " ed "altri servizi extra domiciliari" 5 euro a tratta per utente.

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).

I buoni servizio saranno attribuiti dalla Società della Salute della Valdinievole 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.

Tale piano sarà formulato sulla base dei bisogni specifici delineati dal Piano individualizzato.

Gli interventi dovranno essere erogati secondo le modalità indicate nel Piano di spesa e sarà cura della Società della Salute della Valdinievole verificarne il loro rispetto.

Possono accedere alle prestazioni dell'elenco degli operatori 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.

Il soggetto attuatore 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

Alla presente procedura possono partecipare i soggetti accreditati, al momento della presentazione della domanda, secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010.

Per i servizi Caffè e Atelier Alzheimer, si rinvia altresì alla Delibera regionale n. 224/2018.

Per quanto riguarda i requisiti per l'AFA, si rimanda alla normativa di settore ed alle disposizioni in materia.

Non possono partecipare alla procedura persone fisiche e singoli professionisti.

I suddetti operatori potranno avere o meno la sede legale nella zona-distretto della Valdinievole e potranno rispondere anche in tutte le altre zone-distretto della Toscana.

I soggetti interessati possono partecipare in forma singola o riuniti in raggruppamenti temporanei.

Nel caso di raggruppamento dovrà essere specificato il mandatario che avrà la rappresentanza del raggruppamento e che sarà legittimato a sottoscrivere il contratto in rappresentanza dell'intero raggruppamento e a fatturare per l'intero pacchetto.

Ogni partecipante – sia come singolo sia come componente di un raggruppamento - dovrà compilare il modello di manifestazione d'interesse e barrare le tipologie di prestazione per le quali si candida.

Nel caso di concorrente singolo:

- dovranno essere barrate le “*tipologie di interventi*” per le quali manifesta l'interesse, impegnandosi in tal modo ad erogare tutte le “*tipologie di prestazioni*” ivi comprese.

Nel caso di raggruppamento temporaneo:

- il mandatario dovrà barrare le “*tipologie di interventi*” per le quali manifesta l'interesse, nonché le tipologie di prestazioni che erogherà.

- il mandante/i mandanti dovrà/dovranno barrare le “*tipologie di prestazioni*” che erogherà/erogheranno.

In particolare, sono invitati a partecipare al presente Avviso gli operatori economici **accreditati**:

1. per fornire “prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie” di cui alla Tabella 2 sopra riportata, che dispongono di un'esperienza provata nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati all'art. 2 del presente Avviso;
2. per fornire “servizi extra-domiciliari” di cui alla Tabella 2 sopra riportata, che dispongono di un'esperienza provata nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati all'art. 2 del presente Avviso;
3. per fornire uno o più dei seguenti “Altri servizi extra-domiciliari:
 - a) Caffè Alzheimer
 - b) Atelier Alzheimer
 - c) Musei per l'Alzheimer
4. come Centri diurni in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla normativa vigente per “servizi semi residenziali”;

5. per fornire il servizio di trasporto.

Le “**tipologie di intervento**” per le quali è possibile candidarsi sono :

- a) *Servizi domiciliari professionali*
- b) *Servizi extra-domiciliari*
- c) *Servizi semi- residenziali*
- d) Caffè Alzheimer
- e) Atelier Alzheimer
- f) Musei per l'Alzheimer

Gli operatori che si candidano per i servizi extra-domiciliari e semi-residenziali dovranno necessariamente offrire agli utenti destinatari , se previsto nel piano individualizzato, il servizio di trasporto.

Le “**tipologie di intervento**” di cui ai punti a, b, c, d ,e, f devono essere intese come pacchetti, pertanto l'operatore che si candida per una o più di esse dovrà necessariamente essere in grado di offrire tutte le “**tipologie di prestazioni**” ivi comprese.

La Società della Salute della Valdinievole 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 della Valdinievole, impegnandosi in tal modo **ad erogare o a garantire l'erogazione** delle prestazioni ivi indicate, nel rispetto dei tempi e delle modalità specificate.

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 penali 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

Le proposte di adesione vanno indirizzate alla Società della Salute della Valdinievole, a mezzo PEC, all'indirizzo: sdsvaldinievole@postacert.toscana.it o a mezzo raccomandata A/R (fa fede la data di ricezione) inviata a SDS Valdinievole Via Cesare Battisti, 31 – 51017 Pescia (PT) riportante nell'oggetto

“MANIFESTAZIONE DI INTERESSE SERVIZI DOMICILIARI, EXTRA DOMICILIARI E SEMIRESIDENZIALI PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' PER PERSONE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA”

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

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 il modello allegato 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Avviso ;
- 2- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante;
- 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 2 al presente avviso ;
- 4- [per i raggruppamenti temporanei da costituire] “Impegno al conferimento di mandato collettivo speciale di rappresentanza” redatto secondo il modello allegato 3 al presente Avviso, sottoscritto da tutti i componenti del raggruppamento che s’intende costituire;
- 5- [per i raggruppamenti temporanei già costituiti] copia del mandato collettivo speciale con rappresentanza al mandatario.

Nel caso di raggruppamenti temporanei dovrà essere inoltrata un’unica Pec/ raccomandata, contenente l’intera documentazione. Ciascun componente del raggruppamento dovrà compilare la manifestazione d’interesse, allegando copia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante e dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico – economico – finanziaria Allegato 2.

Nel caso di manifestazione d’interesse da parte di un raggruppamento temporaneo da costituire, alla sottoscrizione della convenzione, il mandatario dovrà produrre mandato collettivo speciale con rappresentanza.

La Società della Salute della Valdinievole 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 20 dicembre 2019 e conterrà le proposte di adesione presentate entro il 12 dicembre 2019 e valutate come idonee.

L’elenco aggiornato sarà pubblicato sul sito web della Società della Salute della Valdinievole (www.sdsvaldinievole.it).

La Società della Salute della Valdinievole 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 della Valdinievole nel caso sia pervenute nuove adesioni.

Per informazioni e chiarimenti sul presente Avviso è possibile scrivere all’indirizzo mail silvia.spadoni@uslcentro.toscana.it tel.0572-460435.

Art. 6 – Ammissibilità della spesa

Sono ammissibili le spese:

- di servizi/prestazioni elencate all’art. 3 e previste nel piano di spesa del destinatario: non saranno considerate ammissibili spese non previste nel piano di spesa redatto da UVM con le modalità di cui all’art. 3;
- 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.

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 rimettere al soggetto attuatore (SdS/zona distretto) 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 FSE: 247735;
- il dettaglio dei servizi erogati specificando il costo per ogni singolo servizio, come stabilito nel Piano di spesa.

c) time card degli operatori degli interventi eseguiti controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio: 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.

Il Direttore SdS
Dott.ssa Patrizia Baldi



ALLEGATO I

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 “PILLOLE DI AUTONOMIA”

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:

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 alla domiciliarità (selezionare la/le “Tipologia/e d'intervento” che ci si candida ad erogare).

In caso di raggruppamento temporaneo specificare:

come mandatario

come mandante

Tipologia di intervento	di	Operatori	Tipologia di prestazione
<input type="checkbox"/>	<i>Servizi domiciliari professionali</i>	<input type="checkbox"/> OSA/OSS	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
		<input type="checkbox"/> PSIC	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia
		<input type="checkbox"/> Educatore Prof.le/ Animatore	Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare, in base al Progetto Educativo, all'utilizzazione 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>
		<input type="checkbox"/> FKT	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
		<input type="checkbox"/> PSIC	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
<input type="checkbox"/>	<i>Servizi extra-domiciliari</i>	<input type="checkbox"/> PSIC/ NEUROPSIC	Interventi di stimolazione neurocognitiva / riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 2-8 persone
		<input type="checkbox"/> FKT	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 2-10 persone (demenza lieve)
		<input type="checkbox"/> FKT	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 2-10 persone (demenza moderata)
		<input type="checkbox"/> PSIC	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (2-10 persone)
		<input type="checkbox"/> <i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) per demenza lieve

<i>Servizi semi-residenziali</i>	Centro Diurno	
	<input type="checkbox"/> Centro Diurno	Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) per demenza moderata
	<input type="checkbox"/> <i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/> Caffè Alzheimer	<input type="checkbox"/> <i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/> Atelier Alzheimer	<input type="checkbox"/> <i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/> Musei per l'Alzheimer	<input type="checkbox"/> <i>Servizio di trasporto</i>	

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 e le prestazioni per le quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010;
- (per gli operatori che si candidano per uno o più degli "Altri servizi extra domiciliari"): di rispettare quanto disposto dalla LRT 82/2009 per gli "Altri servizi alla persona", oltre alla Delibera regionale n. 224/2018 ;
- (per gli operatori che si candidano per i servizi extra domiciliari) di rispettare quanto disposto dalla LRT 82/2009 per gli "Altri servizi alla persona", oltre ai requisiti per l'AFA di cui alla normativa di settore ed alle disposizioni in materia;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale **"Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia"** (Decreto regionale n. 11439/2019) 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;
- di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016;

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

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.



ALLEGATO 3

IMPEGNO AL CONFERIMENTO DI MANDATO COLLETTIVO SPECIALE CON RAPPRESENTANZA

Il/la sottoscritto/a.....nato/a
a.....(Prov.....), il/...../....., residente
a..... (Prov.....), Via/Piazza
.....n., nella sua qualità di titolare/legale
rappresentante/procuratore legale della impresa/società
....., con sede legale in
....., Via/P.zza n.....,
C.F. e P.I.,

Il/la sottoscritto/a.....nato/a
a.....(Prov.....), il/...../....., residente a
..... (Prov.....
) , Via/Piazzan., nella sua qualità di
titolare/legale rappresentante/procuratore legale della impresa/società
..... , con sede legale in
....., Via/P.zza n.....,
C.F. e P.I.,

SI IMPEGNANO

A conferire mandato o collettivo speciale con rappresentanza al sotto generalizzato operatore economico:

Impresa _____, **C.F.:** _____

Detta mandataria sottoscriverà il contratto in nome e per conto proprio e dei mandanti, provvederà per essi a fatturare i servizi e a produrre tutta la documentazione utile alla rendicontazione come previsto dall'avviso.

Luogo e data _____

FIRMA _____

FIRMA _____

N.B. Allegare copia dei documenti di riconoscimento dei sottoscrittori, in corso di validità.

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE ALL'ALBO PRETORIO

Ai sensi della L. 241/90 e s.m.i., e dell'art. 4, comma 3, dello statuto consortile e per "pubblicità notizia", il presente provvedimento è in pubblicazione all'Albo on line della SdS Valdinievole, secondo la normativa vigente, dal 26.11.2019 e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

L'Addetto al servizio

.....

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

Pescia,

L'Ufficio di Segreteria
