

PROVVEDIMENTO DEL DIRETTORE

| | |
|-------------------------------|---|
| Numero del | 47 |
| Data del provvedimento | 30 settembre 2021 |
| Oggetto | Società della Salute |
| Contenuto | Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse al Progetto “SOSTEGNO SERVIZI CURA DOMICILIARE 2021” a valere sul POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020 (Decreto regionale n. 11622/2021) - CUP F19J21009780006 |

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Ufficio/Struttura | Direzione Società della Salute |
| Resp. Ufficio/Struttura | Marco Nerattini |
| Resp. del procedimento | Marco Nerattini |

| Conti Economici | | | |
|------------------------|--------------------------|---------------------|-------------|
| Spesa | Descrizione Conto | Codice Conto | Anno |
| Spesa prevista | Conto Economico | Codice Conto | Anno |
| | | | |

| Allegati Atto | | |
|----------------------|-------------------|-----------------------------|
| Allegato | N° di pag. | Oggetto |
| A | 34 | Schema di avviso e allegati |

IL DIRETTORE

Visto :

- che la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40, e ss.mm.ii. (*“Disciplina del servizio sanitario regionale”*) e, segnatamente il capo III bis (*“Società della Salute”*), articoli 71 bis e ss., disciplina il nuovo assetto organizzativo dei servizi sanitari territoriali, sociosanitari e sociali integrati tramite la costituzione delle Società della Salute;
- che in data 8 marzo 2010 è stata stipulata dagli enti consorziati la Convenzione della Società della Salute di Firenze, con allegato lo Statuto del Consorzio, entrato in vigore a seguito di detta stipula, già approvata dal Consiglio Comunale di Firenze e dal Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria di Firenze;
- l’art. 12 dello Statuto che stabilisce le attribuzioni del Direttore della Società della Salute di Firenze;
- che con decreto del Presidente della Società della Salute di Firenze 30 giugno 2021, n. 1, il sottoscritto, dott. Marco Nerattini, è stato nominato Direttore del Consorzio e che l’incarico è decorso dal 1° luglio 2021;

Considerato:

- che la Regione Toscana, con Decreto Dirigenziale n. 11622 del 18/06/2021 ha approvato l’Avviso pubblico *“Sostegno ai servizi di cura domiciliare”* a valere sul POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 - 2020 ;
- che il Soggetto SDS FIRENZE (C.F.: 94117300486), Zona Distretto *“Firenze”*, di seguito indicato anche come Soggetto attuatore, con sede in via Piazza della Signoria n. 1, Firenze (FI), 50122, nella persona di Sara Funaro in qualità di legale rappresentante, nata a Firenze il 12/05/1976, residente per la carica presso l’Ente di cui sopra, ha trasmesso il Progetto *“SOSTEGNO SERVIZI CURA DOMICILIARE 2021”* di seguito denominato Progetto;
- che con il Decreto Dirigenziale n. 15118 del 16/08/2021 la Regione ha approvato l’elenco dei soggetti ammessi a finanziamento;
- che con il medesimo decreto è stato ammesso a finanziamento il Progetto SDS FI *“Sostegno ai servizi di cura domiciliare”* ed è stato altresì assunto impegno finanziario a favore del Soggetto attuatore;
- che all’art. 3.5 dell’Avviso regionale è prevista la possibilità di avviare, a partire dalla data di pubblicazione sul BURT dell’elenco dei progetti finanziati, la procedura di evidenza pubblica per la formazione di un primo elenco di operatori economici eligibili per l’erogazione dei servizi di cura domiciliare di cui all’Avviso de quo;

Preso atto che l’Avviso regionale prevede:

- relativamente all’**azione 1** il finanziamento di Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio tramite l’erogazione di buoni servizio finalizzati a favorire 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 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;
- relativamente all’ **azione 2** il finanziamento di percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza al fine di favorire 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;

Considerata quindi la necessità di indire una procedura ad evidenza pubblica tramite pubblicazione sul sito web di questa Società della Salute di un avviso di manifestazione d'interesse al fine di acquisire le candidature degli operatori interessati ad essere inseriti nell'elenchi da costituire per le due azioni;

Dato atto che la Società della Salute di Firenze costituirà per ciascuna delle 2 Azioni un primo elenco sulla base delle candidature, valutate come idonee, pervenute entro il 15 ottobre 2021 e valuterà di volta in volta le nuove manifestazioni d'interesse che verranno presentate nel corso di validità del Progetto, aggiornando mensilmente i due elenchi degli operatori con le candidature ritenute idonee;

Ritenuto pertanto d'individuare nel Direttore della Società della Salute di Firenze il Responsabile Unico del Procedimento per l'espletamento della presente procedura di evidenza pubblica nonché per la sottoscrizione delle convenzioni che verranno stipulate con ciascun operatore selezionato;

Visto lo schema di Avviso di manifestazione d'interesse ed i relativi allegati, allegato sub lett. A quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Ritenuto, quindi, necessario avviare immediatamente la procedura di evidenza pubblica di cui sopra pubblicando sul sito web della Società della Salute di Firenze l'Avviso, di cui allo schema allegato sub lett. A al presente provvedimento;

Riscontrata la regolarità tecnica ed amministrativa, nonché la legittimità e congruenza dell'atto con le finalità istituzionali di questo Ente;

Ritenuto opportuno, per motivi di urgenza, dichiarare la presente deliberazione immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art.42, comma quarto, della L.R.T. n. 40 del 24/02/2005 e ss.mm.ii, vista la necessità di dare avvio alla procedura in questione ed alla conseguente esecuzione del servizio;

Richiamato l'articolo 12 dello Statuto

DISPONE

Per i motivi espressi in narrativa:

- 1) di approvare lo schema di Avviso e relativi allegati, allegato sub lett. A al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale del medesimo.
- 2) di indire la procedura ad evidenza pubblica di cui in narrativa pubblicando sul sito web della Società della Salute di Firenze l'Avviso allegato sub lett. A.



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)

- 3) di individuare nel Direttore della Società della Salute di Firenze il Responsabile Unico del Procedimento per l'espletamento della presente procedura di evidenza pubblica nonché per la sottoscrizione delle convenzioni che verranno stipulate con ciascun operatore selezionato.
- 4) di dare pubblicità al presente atto mediante affissione all'Albo Pretorio del Consorzio ove rimarrà per 10 giorni consecutivi e mediante pubblicazione sul sito internet della Società della Salute ove resterà accessibile a tempo indeterminato;

Estensore: Annagilda Gigliofiorito

Il Provvedimento è firmato digitalmente da:

IL DIRETTORE

Dott. Marco Nerattini



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)



AVVISO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

ENTE: SOCIETÀ DELLA SALUTE DI FIRENZE.

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse all'inserimento in uno o in entrambi gli elenchi di operatori che la Società della Salute di Firenze intende costituire per l'erogazione delle prestazioni della tabella 1 e della tabella 2 di cui all'Avviso regionale: "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" (Decreto regionale n. 11622 del 18/06/2021) - Codice progetto 290191.

Art. 1 - Premessa

Con il presente Avviso - approvato con provvedimento del Direttore n. della Società della Salute di Firenze indice un'istruttoria pubblica rivolta agli operatori che erogano servizi domiciliari professionali, servizi extra domiciliari professionali, servizi semi-residenziali e residenziali, altri servizi extra domiciliari e servizi di trasporto nella zona/distretto di Firenze al fine di acquisire manifestazioni d'interesse all'inserimento in uno o in entrambi gli elenchi di operatori eligibili dai beneficiari dei Buoni servizio per l'erogazione delle prestazioni di cui alla tabella 1 e della tabella 2 dell'Avviso regionale: "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" approvato con Decreto regionale n. 11622 del 18/06/2021, previa stipula di una convenzione con la SdS.

Si definiscono:

- soggetto attuatore: la Società della Salute di Firenze;
- soggetti erogatori: i soggetti individuati mediante il presente avviso ed inseriti nell'elenco o negli elenchi per cui si sono candidati.

L'indizione di detta procedura è una modalità d'individuazione dei soggetti con cui attivare un partenariato nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione, parità di trattamento, efficacia, e dei vincoli di buona amministrazione come previsto dalla L. 241/1990, L. 190/2012 e D.Lgs n. 33/2013.

L'inserimento in elenco non ha carattere selettivo, ed ha il solo scopo di abilitare l'operatore, in possesso dei requisiti di cui al presente avviso, ad essere potenzialmente scelto - per l'erogazione della prestazione - dal beneficiario del buono servizio o dal suo rappresentante.

L'elenco è un importante strumento, aperto e trasparente, per rendere maggiormente qualificata ed efficace l'attività a favore di tutta l'utenza ed arricchire, in tal modo, l'offerta dell'assistenza alla persona.

Con il presente avviso, quindi, non è indetta alcuna procedura di affidamento e, pertanto, non saranno predisposte graduatorie, attribuzioni di punteggio o altre classificazioni di merito. Si evidenzia che dall'inserimento nell'elenco non derivano impegni negoziali da parte della SdS. Nulla potrà, pertanto, pretendersi tra le parti in termini di risarcimenti, rimborsi, indennizzi o mancati guadagni di ogni genere e a qualsiasi titolo relativamente alle dichiarazioni di interesse che dovessero pervenire alla SdS, nemmeno ai sensi degli artt. 1337 e 1338 del codice civile.

Quadro Normativo di riferimento



- Legge Regionale 24 febbraio 2005, n.40 “Disciplina del Servizio Sanitario Regionale” e ss.mm.ii;
- Legge Regionale 24 febbraio 2005, n.41 “Sistema Integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”;
- il D.Lgs. 3 luglio 2017, n. 117 Codice del III Settore;
- il Piano sanitario e sociale integrato della Regione (PSSIR 2018-2020) approvato dal Consiglio regionale della Toscana con deliberazione 9 ottobre 2019, n.73;

Art. 2 - Oggetto della manifestazione d'interesse

La Società della Salute attraverso un procedimento di evidenza pubblica mira a costituire:

- un elenco di operatori qualificati per l'erogazione degli interventi di cui alla Tabella 1 dell'art. 3.4 dell'Avviso regionale;
- un elenco di operatori qualificati per l'erogazione degli interventi di cui alla Tabella 2 dell'art. 4.2 dell'Avviso regionale.

Sarà garantita la possibilità di presentare domanda per l'intera durata dell'Avviso FSC (18 mesi a partire dal 23 settembre 2021) e del relativo finanziamento. Pertanto gli operatori interessati e in possesso dei requisiti richiesti potranno candidarsi e chiedere di essere inseriti in uno o in entrambi gli elenchi in questione, che saranno quindi aggiornati a fronte di eventuali nuove istanze presentate alla Società della Salute, previa verifica dei requisiti.

Per ciascuna delle due succitate Tabelle il primo elenco di operatori sarà costituito entro 30 giorni dalla data di stipula della convenzione tra la Società della Salute e la Regione Toscana. La prima valutazione di ammissione sarà pertanto effettuata per coloro che avranno presentato domanda di candidatura entro il 15 ottobre 2021.

L'Avviso regionale finanzia le seguenti tipologie di interventi:

Azione 1 - Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Azione 2 - Percorsi per la cura e il sostegno familiare di persone affette da demenza.

Salvo rimodulazioni successive che dovessero rendersi necessarie durante la vigenza del Progetto, la distribuzione delle risorse messe disposizione della Società della Salute per l'erogazione di detti interventi è la seguente:

AZIONE 1: € 590.782,10

AZIONE 2: € 459.497,19

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'intervento si inserisce nell'ambito dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio. Per ogni potenziale destinatario l'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio (ACOT) predisporrà preliminarmente alle dimissioni da strutture ospedaliere o da strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative presenti sul territorio regionale un Piano individualizzato formulato sulla base delle specifiche necessità rilevate e contenente gli interventi che potranno essere attivati presso il domicilio e assegnerà il relativo Buono servizio. Il Piano individualizzato e il relativo Buono servizio potranno prevedere la combinazione di più tipologie di intervento per un importo che per ciascun destinatario potrà variare da un minimo di € 1.500,00 a un massimo di € 3.000,00.

TIPOLOGIE DI INTERVENTO FINANZIABILI CON IL BUONO SERVIZIO:

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

TARGET DI DESTINATARI:

- persone dimesse da strutture ospedaliere a seguito di cure determinate dall'emergenza sanitaria a seguito dell'epidemia da Covid-19, residenti nel territorio regionale e identificate attraverso la valutazione effettuata dall'Agenzia di continuità ospedale-territorio anche in eventuale sinergia con la MG e le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) secondo il modello organizzativo territoriale;
- 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 regionale e identificate attraverso la valutazione effettuata dall'Agenzia di continuità ospedale territorio;
- 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 regionale, 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.

AZIONE 2 - Percorsi di cura e di assistenza a persone affette da demenza e ai loro familiari

L'Azione favorisce l'accesso a servizi anche innovativi di carattere socio-assistenziale a persone con disturbi cognitivi e servizi di sostegno alle loro famiglie, per garantire una reale possibilità di permanenza presso il proprio domicilio e all'interno del proprio contesto di vita. Il destinatario segnalato dai servizi aziendali e valutato dalla UVM zonale, riceverà un Piano individualizzato - ed il relativo Buono servizio - che potrà prevedere la combinazione di diverse tipologie di prestazioni consentendo la composizione di un pacchetto di

interventi il cui ammontare può variare da un minimo di 3.000 a un massimo 4.000 euro, erogabili attraverso un Buono servizio.

TIPOLOGIE DI INTERVENTO FINANZIABILI CON IL BUONO SERVIZIO:

| Tipologia intervento | di | Operatori | Tipologia di prestazione |
|-----------------------------------|----|--|--|
| Servizi domiciliari professionali | | 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 <i>caregiver</i> 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 |
| Servizi extra-domiciliari | | PSIC/ NEUROPSIC | Interventi di stimolazione neurocognitiva /riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 2-8 persone |
| | | FKT/ Laureati in Scienze motorie e Diplomi ISEF o in Fisioterapia) | Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 2-10 persone |
| | | PSIC | Supporto psicologico alla famiglia - costituito da un gruppo chiuso di 2-10 persone |
| Servizi semi-residenziali | | | Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) ⁴ |
| Altri servizi extra-domiciliari | | | Caffè Alzheimer |
| | | | Atelier Alzheimer |
| | | | Musei per l'Alzheimer |
| Servizi di trasporto | | | Trasporto utenti: veicolo idoneo ed autista (attivabile solo in combinazione con altri interventi) |

| | | |
|----------------------|---------------------------------------|----------------------|
| Servizi residenziali | Ricovero di sollievo in RSA per 30 gg | Modulo base |
| | | Modulo specialistico |

Per entrambe le azioni il costo dei singoli pacchetti di interventi è comprensivo dei costi relativi ai materiali/ausili temporanei (es. bastoni canadesi, tripodi, ausili per rinforzo) e DPI 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 dall'ACOT (Agenzia di continuità ospedale -territorio) nel caso di **Azione 1** o dalla UVM zonale - anche in forma semplificata - in collaborazione con i servizi specialistici competenti, nel caso dell'**Azione 2**. L'ACOT o l'UVM elaborano un **Piano individualizzato** formulato sulle base delle specifiche necessità rilevate, individuando gli interventi da attivare. Il **Piano individualizzato**, nell'ambito dell'Azione cui appartiene, può prevedere la combinazione di più tipologie di prestazione per intervento, consentendo la composizione di un intervento globale per i bisogni individuati tramite la valutazione multidimensionale.

Per ogni destinatario del Piano individualizzato/Buono servizio il soggetto attuatore predispone un Piano di spesa di importo variabile tra un minimo di euro 1.500 ed un massimo di euro 3.000,00 per l'Azione 1 e tra un minimo di euro 3.000 ed un massimo di euro 4.000,00 se si tratta di intervento appartenente all'Azione 2.

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

A) per i "servizi domiciliari" di entrambe le Azioni:

| | |
|-----------------------------|------------|
| OSS/OSA | Euro 27,00 |
| Infermiere | Euro 38,00 |
| Fisioterapista | Euro 38,00 |
| Psicologo/Neuropsicologo | Euro 39,00 |
| Educatore Prof.le/Animatore | Euro 29,00 |

B) per i "servizi residenziali":

Azione 1 Euro 125,00 al giorno

Azione 2 Modulo base Euro 125,00

Modulo specialistico Euro 135,00

Le suddette tariffe sono comprensive del servizio di trasporto

C) per i "servizi semi-residenziali" dell'Azione 2:

Euro 65,00 per l'intera giornata

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.

D) per i "servizi extra-domiciliari professionali" dell'Azione 2:

D1 - Interventi di Psico/Neuropsic. sull'utente: Euro 15,00 ad utente a seduta - attivazione per gruppi da 2 ad 8

D2 - Interventi di Psic. quale supporto per la famiglia: Euro 12,00 ad utente per seduta - attivazione per gruppi da 2 a 10

D3 - Interventi di fisioterapista per AFA: Euro 12,00 ad utente per seduta per gruppi da 2 a 10

E) per gli "altri servizi extra-domiciliari" dell'Azione 2:

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 pro capite, 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 pro capite ad intervento non potranno comunque eccedere i seguenti costi:

E1 - Caffè Alzheimer Euro 20,00

E2 - Atelier Alzheimer Euro 30,00

E3 - Museo Alzheimer Euro 30,00

F) per il "servizio di trasporto" dell'Azione 2:

F1 - per i "servizi domiciliari" (laddove ad es. si rendano necessarie delle visite) : Euro 10,00 a tratta pro capite

F2 - per i "servizi extra domiciliari" ed "altri servizi extra domiciliari" 5 euro a tratta pro capite.

Per entrambe le azioni il costo dei pacchetti di interventi previsti dal Piano individualizzato sarà comprensivo di quelli relativi a materiali/ausili temporanei (es. bastoni canadesi, tripodi, ausili per rinforzo) e ai DPI utilizzati dagli operatori che erogheranno le prestazioni.

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 (€ 1500,00 per l'Azione 1 e € 3.000,00 per l'Azione 2).

I buoni servizio saranno attribuiti dalla Società della Salute di Firenze agli aventi diritto fino ad 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 di Firenze verificarne il loro rispetto.

Possono accedere a ciascuno dei due elenchi 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.

Nel caso di pacchetti compositi potranno essere privilegiati gli operatori che si saranno candidati per tutte le tipologie d'interventi ivi presenti.

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 che sia posta in essere una effettiva e corretta erogazione delle prestazioni e dei servizi in esso contenuti.

Art. 4 - Tipologie di candidature

Le "tipologie di intervento" per le quali è possibile candidarsi sono :

AZIONE 1

a) *Servizi domiciliari professionali*

b) *Servizi residenziali*

AZIONE 2

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

I soggetti che si candideranno per l'Azione 2 dovranno necessariamente offrire agli utenti destinatari, se previsto nel piano individualizzato, il servizio di trasporto.

Relativamente ad entrambe le Azioni, l'operatore economico che si candida per una o più "tipologie di intervento" dovrà necessariamente essere in grado di offrire tutte le "tipologie di prestazioni" ivi comprese. Questo non vale per le persone fisiche ed i singoli professionisti che potranno infatti candidarsi per la sola tipologia di prestazione per la quale possiedono l'abilitazione professionale.

Art. 5 - Soggetti ammessi alla procedura

Saranno ammessi a presentare la propria candidatura in risposta al presente Avviso tutti gli operatori economici autorizzati all'erogazione di prestazioni relative ai Buoni servizio elencati nelle due Tabelle di cui all'articolo 3 e in possesso dei requisiti di cui all'articolo successivo.

Saranno ammessi anche i singoli professionisti: OSA od OSS (azioni 1 e 2), infermieri (azione 1), educatori professionali/animatori (azione 2), fisioterapisti (azioni 1 e 2) e psicologi (azione 2). Questi potranno candidarsi per la sola tipologia di prestazione per la quale possiedono l'abilitazione professionale.

I soggetti interessati potranno partecipare in forma singola o riuniti in raggruppamenti temporanei (che potranno coinvolgere e riguardare anche i singoli professionisti).

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 gli interventi erogati.

Ogni partecipante (sia come singolo, che come componente di un raggruppamento) dovrà compilare il modello di manifestazione di interesse e barrare le tipologie di interventi per le quali intende candidarsi.

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 singolo professionista dovrà essere barrata esclusivamente la "tipologia di prestazione" per la quale si candida.

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 e per le quali è accreditato.
- il mandante/i mandanti dovrà/dovranno barrare le "tipologie di prestazioni" che erogherà/erogheranno e per le quali è/sono accreditato/i.

Art. 6 - Requisiti generali e speciali di partecipazione.

6.1 Requisiti

6.1.1. Per gli operatori economici (persone giuridiche)

I Soggetti interessati - in persona del Legale Rappresentante - a pena di esclusione dalla presente procedura dovranno dichiarare:

1. di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;
2. di essere iscritti nei relativi Registri;
3. di essere accreditati secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione DPGR n. 86/R del 11/08/2020 per la tipologia d'intervento per la quale si candidano. Il requisito dell'accreditamento deve essere posseduto alla data di presentazione della domanda e deve permanere per tutta la durata dell'eventuale accordo contrattuale.

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.

Per i Centri diurni si rinvia ai requisiti organizzativi e professionali previsti dalla normativa vigente per "servizi semi residenziali".

Per le RSA che si candidano per i "servizi residenziali" dell'Azione 1 si rinvia ai requisiti organizzativi e professionali previsti dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria.

Per le RSA che si candidano per i "servizi residenziali" dell'Azione 2 si rinvia ai requisiti organizzativi e professionali previsti dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R, modulo base o modulo specialistico a seconda della presenza o meno di disturbi comportamentali;

4. che le proprie finalità statutarie sono coerenti con l'ambito oggetto della richiesta;
5. di possedere comprovata competenza nell'ambito per il quale si richiede l'iscrizione, documentabile attraverso apposita dichiarazione di servizi svolti in Italia in contesti analoghi;
6. di applicare al personale dipendente il contratto nazionale del settore e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, con particolare riferimento ai salari minimi contrattuali;
7. di dichiarare l'insussistenza di condanne penali, di procedimenti penali, anche pendenti, riferiti in particolare al legale rappresentante e associati con poteri decisionali se trattasi di persone giuridiche;
8. di essere in regola in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa, infortunistica, e con le norme per il diritto al lavoro dei disabili;
9. di non essere incorso in una delle sanzioni o misure cautelari di cui al decreto legislativo n. 231/01 che impediscono di contrattare con gli enti pubblici;
10. di non essere incorso, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori cause di divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione alla data della compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva richiesta;
11. di dichiarare il pieno rispetto all'attuazione all'interno della propria organizzazione delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg.Ue 2016/679;
12. di osservare gli obblighi a tutela dei lavoratori e della sicurezza ai sensi del d.lgs. 81/08
13. di garantire che i propri operatori siano in possesso di GREEN PASS in corso di validità ove previsto come obbligatorio dalla normativa vigente

Gli operatori economici che rispondono alla presente procedura di evidenza pubblica devono possedere i requisiti richiesti al momento della presentazione della domanda e per tutta la durata del Progetto.

6.1.2. Per i singoli professionisti

I Soggetti interessati dovranno dichiarare, a pena di esclusione dalla presente procedura, di:

1. possedere abilitazione professionale per la tipologia di prestazione per la quale si candidano e di essere iscritto al relativo Albo professionale (ove previsto);
2. di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;
3. di dichiarare l'insussistenza di condanne penali, di procedimenti penali, anche pendenti;
4. di essere in regola in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e infortunistica;

5. di non essere incorso, ai sensi della normativa vigente, in cause di divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione alla data della compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva richiesta;
6. di dichiarare il pieno rispetto delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg.Ue 2016/679.
7. di possedere GREEN PASS in corso di validità ove previsto come obbligatorio dalla normativa vigente.

I professionisti che rispondono alla presente procedura di evidenza pubblica devono:

- 1) produrre autocertificazione della qualifica professionale, oltre copia dell'attestato del titolo professionale;
- 2) possedere i requisiti richiesti al momento della presentazione della domanda e per tutta la durata del Progetto.

6.2 Modalità di attestazione dei requisiti

Il possesso dei requisiti dovrà essere dichiarato, a norma degli artt. 38, 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm, contestualmente alla dichiarazione di manifestazione di interesse.

6.3 - Controlli

La SdS si riserva di procedere a controlli, sia a campione che nei casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità di qualsiasi dichiarazione resa da qualsiasi degli istanti e di chiedere integrazioni o chiarimenti.

Art. 7 - Modalità di presentazione delle manifestazioni d'interesse

Le manifestazioni di interesse dovranno essere indirizzate alla Società della Salute di Firenze, esclusivamente a mezzo PEC, all'indirizzo: segreteria@pec.sds.firenze.it riportante nell'oggetto

“MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PROGETTO FSC SOSTEGNO SERVIZI CURA DOMICILIARE 2021”

Le manifestazioni di interesse potranno essere presentate a partire dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito web della Società della Salute di Firenze.

Possono accedere all'elenco anche persone residenti in altre Zone-distretto.

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 (per gli operatori economici quella 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;
- 6- Format della Convenzione **Allegato 4** sottoscritto in ogni pagina per accettazione;
- 7- Modulo tracciabilità **Allegato 5**
- 8- Modulo recapiti **Allegato 6**
- 9- [per i singoli professionisti] Modulo autocertificazione qualifica professionale (allegando copia semplice dell'attestato) **Allegato 7**
- 10- Avviso pubblico sottoscritto in ogni pagina per accettazione.

Nel caso di raggruppamenti temporanei dovrà essere inoltrata un'unica Pec, 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 di Firenze valuterà le manifestazioni d'interesse presentate, verificando la loro completezza e corrispondenza con quanto richiesto dal presente Avviso.

Il presente Avviso rimane aperto durante tutta la vigenza del Progetto. Per entrambe le Azioni il primo elenco di operatori sarà costituito previa valutazione ed ammissione delle manifestazioni d'interesse presentate entro il 15 OTTOBRE 2021.

L'elenco aggiornato sarà pubblicato sul sito web della Società della Salute di Firenze (www.sds.firenze.it).

La Società della Salute di Firenze valuterà di volta in volta le nuove proposte di adesione presentate nel corso di validità del Progetto, aggiornando mensilmente l'elenco degli operatori e dei professionisti e provvedendo alla sua pubblicazione sul sito web della Società della Salute di Firenze nel caso siano pervenute nuove adesioni per le quali sia stato accertato il possesso dei requisiti previsti dal presente Avviso.

Per informazioni e chiarimenti sul presente Avviso è possibile scrivere all'indirizzo mail direttore@sds.firenze.it.

Art. 8 - 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 ACOT o UVM con le modalità di cui all'art. 3;
- di servizi/prestazioni erogati da operatori economici/professionisti 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/professionisti 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 vigenza del progetto finanziato tramite l'Avviso a partire dalla data di assegnazione del buono (non sono ammessi interventi realizzati precedentemente).

Le spese devono essere regolarmente documentate.

Art. 9 - Procedura - Fasi

I - Istruttoria ed esito

Le domande pervenute saranno sottoposte a istruttoria da parte dell'Ente attuatore che verificherà il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti, la correttezza e completezza delle istanze, per procedere quindi alla stipula di una **convenzione** - secondo il format **allegato N. 4** al presente Avviso quale parte integrante e sostanziale del medesimo - con la quale i soggetti ammessi s' impegnano ad erogare o a garantire l'erogazione delle prestazioni per le quali si sono candidati nel rispetto dei tempi e delle modalità specificate nella convenzione stessa e nei successivi buoni servizio.

Con successivo atto, il Direttore della SdS approverà con provvedimento l'elenco dell'Azione 1 e l'elenco dell'Azione 2 - entrambi con le relative distinzioni rispetto alle tipologie di intervento e di prestazione -, e procederà alla sua pubblicazione sul sito internet della SdS.

I due elenchi saranno aggiornati ogni qual volta venga presentata una nuova domanda.

II - Scelta da parte del destinatario del Buono servizio

Gli elenchi aggiornati saranno sottoposti agli utenti beneficiari dei voucher per consentire loro la scelta dell'erogatore che fornirà loro le prestazioni socio-sanitarie previste dal Piano individualizzato. Seguirà firma del voucher da parte del beneficiario.

III - Esecuzione pacchetto

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 o di un singolo professionista abilitato per la prestazione di specie purchè 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.

IV - Comunicazioni: nell' **OGGETTO** di ciascuna comunicazione deve essere inserita la dizione "**FSC - Azione n. ... (specificando se azione 1 o azione 2), Nome e Cognome utente.**"

Art. 10 Responsabilità dell'erogatore e cancellazione dall'elenco

La mancata attivazione del pacchetto di prestazioni, nei tempi e modalità previste nel piano individualizzato, comporta l'applicazione di penali, per la cui disciplina si rinvia ai contratti che saranno stipulati con gli operatori ammessi, secondo il format allegato N. 4 al presente Avviso, che s'intende accettato integralmente da coloro che si candidano. 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 eligibili approvato.

Art. 11 Recesso

E' possibile esprimere la rinuncia volontaria ad essere iscritti nell'elenco mediante comunicazione trasmessa via PEC all'indirizzo: segreteria@pec.sds.firenze.it.

Qualora l'operatore intenzionato ad essere cancellato dall'elenco abbia in corso l'erogazione di prestazioni a fronte di uno o più progetti individualizzati, dovrà necessariamente portarlo/i a conclusione. Laddove il progetto in corso sia destinato a prolungarsi, l'operatore dovrà protrarre il proprio impegno per il tempo necessario all'Ente attuatore di organizzare il subentro di un altro operatore al fine di non interrompere il progetto individualizzato.

La cancellazione dall'elenco - formalizzata con provvedimento del Direttore SdS - avviene a partire dalla data di comunicazione del recesso.

Art. 12 Avvertenze

La presentazione della domanda implica l'accettazione incondizionata delle norme contenute nel presente avviso e relativi allegati.

I soggetti ritenuti idonei ad essere ammessi in elenco non matureranno, in conseguenza di questa iscrizione, un automatico diritto all'instaurarsi di un rapporto contrattuale, essendo questo subordinato alla scelta da parte dell'utente beneficiario di voucher.

Questa Amministrazione ha comunque la facoltà insindacabile di non dar luogo al presente avviso, di revocarlo in qualsiasi momento senza che i candidati possano addurre pretese al riguardo, o di apportarvi modifiche dettate da cambiamenti o esigenze organizzative diverse che dovessero sopravvenire nel corso della sua vigenza e di cui se ne darà pubblicità sul sito della Società della Salute, in calce all'Avviso.

Si ricorda che nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci verranno applicate, ai sensi dell'art.76 del DPR 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia.

Art. 13 - Adempimenti informativi e di rendicontazione

L'operatore economico/professionista ha l'onere di procedere alla rilevazione dei servizi effettuati, tramite registrazione di inizio/termine di ciascun intervento e al successivo trasferimento mensile dei dati nel sistema informativo ASTER dell'Azienda.

L'operatore economico, tramite il referente individuato per detta rilevazione, o il professionista dovrà:



a) verificare la corretta rilevazione degli accessi, rapportandosi per qualsiasi problema all'Assistenza erogata dalla ditta GPI S.p.A. L'assistenza è continuativa al numero 050-6133566 dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00 (tranne i festivi) e alla mail assistenza@gpi.it

b) entro i primi 10 giorni di ciascun mese, stampare il rendiconto delle ore di servizio effettuate nel mese precedente, sottoscriverlo, e trasmetterlo all'ufficio amministrativo dell'Ente attuatore deputato alla convalida, insieme alla time card degli operatori di ciascun intervento, controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio.

Il rendiconto mensile convalidato sarà il riferimento per la fatturazione.

Art. 14 - Copertura assicurativa

L'operatore è responsabile della sicurezza e dell'incolumità del proprio personale ivi compresi eventuali volontari e figure assimilabili, nonché dei danni, infortuni o altro procurati al personale dipendente ai volontari o a terzi in dipendenza del servizio prestato, esonerando la SdS di Firenze da ogni responsabilità conseguente. Si conviene al riguardo che qualsiasi eventuale onere è compreso nel corrispettivo.

L'operatore è tenuto a stipulare apposita copertura assicurativa di legge, per un periodo pari alla durata del Progetto per il quale si è candidato, provvedendo al suo prolungamento in caso di rinnovo o proroga del Progetto stesso (fornendo copia della quietanza di rinnovo), che copra:

- la responsabilità civile e i danni arrecati nello svolgimento delle proprie prestazioni dal personale, ivi compresi eventuali volontari o figure assimilabili, ai destinatari dei piani individualizzati e a terzi;
- il personale durante lo svolgimento della prestazione lavorativa;

Il singolo professionista dovrà essere in possesso, per tutta la durata della propria convenzione con la SdS di Copertura assicurativa per responsabilità civile professionale e danni arrecati ai destinatari dei piani individualizzati e a terzi.

Di tali atti l'operatore economico/professionista è tenuto a dare formale comunicazione alla Società della Salute, producendo copia delle polizze previamente alla sottoscrizione della convenzione.

La Società della Salute è pertanto esonerata:

- da ogni e qualsiasi responsabilità per danni, infortuni o altro dovesse accadere al personale dei soggetti erogatori o al singolo professionista per qualsiasi causa nell'esecuzione del servizio;
- da ogni e qualsiasi responsabilità per danni, infortuni o altro dovesse accadere agli utenti del servizio e a terzi durante il periodo di svolgimento dei servizi di cui sono destinatari.

Art. 15 - Fatturazione da parte dei soggetti erogatori al soggetto attuatore

Gli operatori economici/professionisti che hanno erogato i servizi (soggetti erogatori), in base a quanto indicato nei piani di spesa, devono osservare, nel rispetto della legislazione vigente, le seguenti modalità di fatturazione:

Azione 1: un'unica fattura elettronica per tutti i buoni servizio eseguiti e conclusi nel bimestre precedente;

Azione 2: un'unica fattura elettronica per utente, al termine di ciascun buono servizio.

Nel caso di ricovero di sollievo in RSA: un'unica fattura elettronica per tutti i buoni servizio eseguiti e conclusi nel bimestre precedente.

Le fatture devono riportare:

- codice CUP di progetto F19J21009780006

- il codice di progetto FSC: 290191;

- Azione di riferimento (Azione 1 o Azione 2)

- i dati anagrafici relativi alla persona destinataria del buono servizio (nome e cognome);

- il dettaglio dei servizi erogati specificando il costo per ogni singolo servizio, come stabilito nel Piano di spesa.

Alle fatture dovranno essere allegate le time card degli operatori degli interventi eseguiti, controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio (giornalmente e al termine del Buono 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 (per le modalità di corretta presentazione delle time card si rimanda a specifiche disposizioni che saranno inviate all'operatore nel momento di stipula della convenzione).



Le time card non occorreranno per i pacchetti "Cure intermedie temporanee presso RSA", nè per i pacchetti "Ricovero di sollievo di max 30 giorni in RSA".

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

Art. 16 Disposizioni sul trattamento dei dati personali

Nel rispetto di quanto previsto dalla normativa posta a tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Reg.UE 2016/679 (GDPR), il trattamento dei dati personali sarà effettuato esclusivamente per le finalità previste dal presente avviso e limitatamente al perseguimento degli scopi ivi indicati.

Contitolari del trattamento, in forza di specifica convenzione, sono la Società della Salute di Firenze e l'Azienda USL Toscana Centro che garantiscono il trattamento nel rispetto del segreto di ufficio nonché dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, in applicazione delle disposizioni normative citate, in modo da assicurare la tutela della riservatezza degli interessati. I dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento di dette finalità e nel rispetto degli obblighi di legge.

Il trattamento dei dati verrà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici, con la precisazione che l'eventuale elaborazione dei dati per finalità ulteriori quali quelle statistiche o di ricerca avverrà garantendo l'anonimato.

La comunicazione dei dati ad altri soggetti pubblici e/o privati verrà effettuata in esecuzione di obblighi di legge o di regolamento. Gli eventuali soggetti esterni coinvolti nelle attività di trattamento saranno formalmente designati quali Responsabili.

I soggetti ai quali i dati potranno essere comunicati si impegnano e sono obbligati a ritenere coperto da riservatezza ogni elemento costitutivo, integrativo, connesso o in relazione ai dati personali che i Contitolari metteranno a disposizione per lo svolgimento delle attività di cui al presente avviso e nel perseguimento delle relative finalità.

Il trattamento potrà riguardare i dati personali di cui all'art. 4 n. 1 del Reg.Ue 2016/679 ivi compresi quelli di cui alle categorie particolari previsti dall'art. 9, par. 1 del medesimo regolamento.

La Società della Salute di Firenze e la Azienda USL Toscana centro stabiliscono che il punto di contatto con gli interessati è rappresentato dal loro Responsabile della protezione dei dati contattabile al seguente recapito email: sds@dpo-rpd.eu.

L'interessato potrà in ogni momento esercitare i propri diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del GDPR contattando direttamente il Responsabile della protezione dei dati. L'interessato, inoltre, ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Gli operatori/professionisti con cui la SdS si convenziona saranno individuati, con nomina congiunta da parte dei contitolari, quali Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Reg.UE 2016/679.

Art. 17 Richiesta informazioni

Le richieste di delucidazioni e/o di informazioni complementari relative al presente Avviso potranno essere richieste a mezzo e-mail all'indirizzo di posta elettronica direttore@sds.firenze.it riportando nella richiesta l'oggetto del presente Avviso.

Le risposte ai quesiti scritti ed eventuali chiarimenti, delucidazioni o informazioni aggiuntive ritenute di interesse generale in ordine alla presente procedura, saranno pubblicate sul sito della Società della Salute, in calce all'Avviso.

Allegati:

ALL. 1 MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

ALL. 2 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO-ECONOMICO-FINANZIARIA



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)

ALL. 3 IMPEGNO AL CONFERIMENTO DI MANDATO COLLETTIVO SPECIALE CON RAPPRESENTANZA

ALL. 4 FORMAT CONVENZIONE

ALL. 5 MODULO TRACCIABILITA'

ALL. 6 MODULO RECAPITI

ALL. 7 MODULO AUTOCERTIFICAZIONE QUALIFICA PROFESSIONALE

Firenze,

IL DIRETTORE DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE DI FIRENZE



ALLEGATO 1

**POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 - 2020 "Sostegno ai servizi di cura domiciliare"
(Decreto regionale n. 11622/2021) - Codice progetto 290191**

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER

**L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI
PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' 2021**

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

in _____ (cap _____) Via _____ n. _____

[*per le persone giuridiche*]

in qualità di legale rappresentante di _____

avente sede legale in _____ (cap _____)

Via _____ n. _____ C.F./P.IVA

_____ Tel. _____, e-mail

_____ PEC _____

forma giuridica: _____ accreditamento n _____

del _____ conseguito presso _____

referente per l'amministrazione: _____,

[*per i singoli professionisti*]

In possesso del seguente titolo di studio _____

iscritto all' Albo professionale (ove previsto) _____

dal ___ / ___ / ___ con numero _____

P.IVA _____ Tel. _____, e-

mail _____ PEC _____

In caso di raggruppamento temporaneo specificare:

come mandatario

come mandante

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori economici per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare una o entrambe le AZIONI per le quali viene presentata la candidatura e la/le "Tipologia/e d'intervento" per la quale/per le quali è accreditato/abilitato):

AZIONE 1 “ Servizio di continuità assistenziale ospedale-territorio ”

| Tipologia intervento | di | Operatori | Tipologia di prestazione | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Servizi domiciliari professionali | <input type="checkbox"/> | OSA/OSS | Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione <i>caregiver</i> |
| | | <input type="checkbox"/> | Infermiere | Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali) ; educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie; terapia endovenosa idratante. |
| | | <input type="checkbox"/> | FKT | Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del <i>caregiver</i> ; trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale) supporto al self management |
| <input type="checkbox"/> | Servizi residenziali | <input type="checkbox"/> | RSA | Ricovero in RSA 20 gg. : cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito. |

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

| Tipologia intervento | di | Operatori | Tipologia di prestazione | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Servizi domiciliari professionali | <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"/> | 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"/> | 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 <i>caregiver</i> per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti |

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servizi extra-domiciliari | <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 |
| | <input type="checkbox"/> PSIC | Supporto psicologico alla famiglia - costituito da un gruppo chiuso (2-10 persone) |
| | <input type="checkbox"/> Servizio di trasporto | |
| <input type="checkbox"/> Servizi semi- residenziali | <input type="checkbox"/> Centro Diurno | Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) |
| | <input type="checkbox"/> Servizio di trasporto | |
| <input type="checkbox"/> Caffè Alzheimer | <input type="checkbox"/> Servizio di trasporto | |
| <input type="checkbox"/> Atelier Alzheimer | <input type="checkbox"/> Servizio di trasporto | |
| <input type="checkbox"/> Musei per l'Alzheimer | <input type="checkbox"/> Servizio di trasporto | |
| <input type="checkbox"/> Servizi residenziali | <input type="checkbox"/> RSA modulo base | Ricovero di sollievo di 30 giorni |
| | <input type="checkbox"/> RSA modulo specialistico | |
| | <input type="checkbox"/> Servizio di trasporto | |

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 DPGR n. 86/R del 11/08/2020 per la tipologia d'intervento per la quale si candidano;
- [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;

- [per le RSA che si candidano per i “servizi residenziali” dell’Azione 1] di assicurare i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria;
- [per le RSA che si candidano per i “servizi residenziali” dell’Azione 2] di possedere i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R – modulo base o modulo specialistico a seconda della presenza o meno di disturbi comportamentali -;

[per tutti gli operatori economici]

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse, l'Avviso regionale “**Sostegno ai servizi di cura domiciliare**” (Decreto regionale n. 11622/2021) , il format “Convenzione” e di accettare quanto in essi previsto;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 (GDPR) come specificato nell'avviso e dichiara il pieno rispetto all’attuazione all’interno della propria organizzazione delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. Ue 2016/679;

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.

Il dichiarante allega la seguente documentazione:

- 1) Carta d'identità in corso di validità;
- 2) Statuto dell'associazione/ente;
- 3) Avviso pubblico e format “Convenzione” sottoscritti in ogni pagina per accettazione;
- 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;
- 6) Dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico-economico-finanziaria
- 7) Modulo tracciabilità
- 8) Modulo recapiti
- 9) [per i singoli professionisti] Modulo autocertificazione qualifica professionale (allegando copia semplice dell’attestato)
(luogo e data) _____

(firma del legale rappresentante/professionista)

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



ALLEGATO 2

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 - 2020 "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" (Decreto regionale n. 11622/2021) - Codice progetto 290191

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. _____

[per le persone giuridiche] 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;
- che non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'art. 9, comma 2 lett. C del d.lgs. n. 231 del 08/06/2001 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- di non essere sottoposto a sequestro o confisca ai sensi dell'articolo 12- sexies del decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356, o della legge 31 maggio 1965, n. 575, ed affidato ad un custode o amministratore giudiziario o finanziario;

per le persone giuridiche

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 _____

Altro Istituto: _____ ;

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;



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)

di essere in regola, ove tenuto, con gli obblighi di cui alla L. 68/99 in merito al diritto al lavoro dei disabili. L'ufficio competente è: _____, n. fax _____

(*per le cooperative*) di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa.

per i singoli professionisti

di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ matricola _____ sede di _____

Altro Istituto: _____ ;

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;

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante/professionista)

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



ALLEGATO 3

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 - 2020 "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" (Decreto regionale n. 11622/2021) - Codice progetto 290191

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/Piazza n.
....., nella sua qualità di titolare/legale rappresentante/procuratore legale della
impresa/società/professionista, 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.



ALLEGATO 4

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 - 2020 "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" (Decreto regionale n. 11622/2021) - Codice progetto 290191

FORMAT CONVENZIONE Per la realizzazione del progetto "SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' 2021"cod. Progetto 290191

Premesso che

- con il decreto dirigenziale 18 giugno 2021 n. 11622, la Regione Toscana ha emesso l'Avviso pubblico per il finanziamento dei progetti relativi a "Sostegno ai servizi di cura domiciliare";
- con il decreto dirigenziale n. 15118 del 16/08/2021, la Regione Toscana ha approvato l'elenco dei progetti ammessi al finanziamento, tra cui il progetto presentato dalla Società della Salute di Firenze e denominato "Sostegno alla domiciliarità 2021" - Codice progetto 290191.;
- il suddetto progetto prevede, in ottemperanza a quanto previsto dall'Avviso Regionale:
 - a) relativamente all'azione 1 il finanziamento di Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio tramite l'erogazione di buoni servizio finalizzati a favorire l'accesso a servizi e prestazioni di carattere socio-sanitario di sostegno e supporto alle persone dimesse da strutture ospedaliere a seguito di cure determinate dall'emergenza sanitaria Covid-19, alle persone anziane con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza o a disabili gravi e alle loro famiglie, per garantire una piena possibilità di rientro presso il 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;
 - b) relativamente all'azione 2 il finanziamento di percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza al fine di favorire 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, oppure anche attraverso l'utilizzazione di ricoveri di sollievo presso RSA ;
- con il provvedimento del Direttore la Società della Salute di Firenze, ha approvato l' Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione, per ciascuna delle due Azioni dell'Avviso regionale, di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dalle suddette Azioni;
- con il provvedimento del Direttore n. del, la Società della Salute di Firenze ha approvato, per ciascuna delle due Azioni, il primo elenco di operatori economici per la scelta da parte dei beneficiari dei buoni servizio del soggetto a cui attribuire le prestazioni da erogare sulla base del Piano di spesa sottoscritto dal beneficiario medesimo;
- nell'Avviso della SdS è previsto che, durante la vigenza del Progetto, i due elenchi di operatori economici saranno aggiornati ogni qual volta giungano nuove candidature, purchè in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso medesimo. In detta occasione - e comunque periodicamente - si provvederà anche a modificare la posizione in elenco di ciascun operatore, al fine di garantire a ciascuno la medesima visibilità;

TRA

la Società della Salute di Firenze (C.F. - P.IVA 94117300486) con sede legale in Piazza della Signoria n. 1 Cap 50122 - Firenze, per il tramite del suo Direttore, dott. Marco Nerattini nato a Porretta Terme (BO) il 5 agosto 1963 e domiciliato per la carica presso la sede operativa di Viale della Giovine Italia, n. 1/1,

Documento firmato digitalmente



in qualità di soggetto attuatore del progetto “**Sostegno alla domiciliarità 2021**” - Codice progetto **290191**. - CUP F19J21009780006E

e il Dott. , C.F., P.IVA..... nato il a (FI) e residente a(FI) in Via n.
[se persona giuridica] in qualità di rappresentante legale di,
C.F./P.IVAcon sede legale inVia.....n....., compreso nell'elenco di cui in premessa, d'ora in poi denominato Operatore economico;

Tutto ciò premesso, visto e considerato quanto sopra

si conviene quanto segue

Art. 1 - Attribuzione dei buoni servizio

La Società della Salute di Firenze attribuisce all'operatore economico sopra individuato, previa scelta da parte dei beneficiari dei buoni servizio, i pacchetti di prestazioni a sostegno della domiciliarità di cui ai piani di spesa allegati a detti buoni.

Tra la Società della Salute di Firenze e l'operatore è escluso ogni vincolo di subordinazione.

Il Provider, al primo ricevimento via mail o via PEC del Buono servizio firmato, deve immediatamente attivarsi per la sua tempestiva e corretta esecuzione. Nel caso la trasmissione del Buono sia avvenuta tramite mail, seguirà successivamente PEC di ratifica da parte della Società della Salute.

Gli operatori presenti negli elenchi della SdS Firenze possono essere scelti anche da persone residenti in altre Zone-distretto. In tale ipotesi la stesura e la sottoscrizione del Piano di spesa, nonché di tutti gli altri obblighi legati alla verifica e all'erogazione del Buono servizio rientrano nella responsabilità della Zona-distretto di residenza.

Art. 2 - Obblighi del Provider

2-1) L'operatore economico/professionista (per quanto compatibile) **si impegna:**

a) ad attivarsi immediatamente, al ricevimento via mail o via PEC del Buono servizio firmato, per la tempestiva e corretta esecuzione del medesimo. Deve, quindi, rispettare la tempistica indicata nel buono ed erogare correttamente le prestazioni in esso contenute.

Per l'Azione 1, in particolare:

a1) deve eseguire il primo accesso entro 48 ore dal ricevimento della prima mail o PEC di trasmissione del Buono servizio firmato, anche qualora cada in un giorno prefestivo o festivo.

a2) deve garantire, ove prevista dal Buono servizio/Piano individualizzato, l'erogazione in giorni solari consecutivi, compresi quindi i giorni festivi e prefestivi.

a3) deve garantire un servizio di coordinamento e reperibilità anche nei giorni festivi e prefestivi, al fine di un tempestivo avvio del servizio;

b) ad erogare le prestazioni indicate nel Buono servizio nel rispetto della normativa vigente sotto ogni profilo, socio-sanitario, assicurativo, fiscale e previdenziale;

c) ad accettare la rimodulazione del Buono servizio laddove, nel corso di validità dello stesso, si renda necessaria una modifica. Tale variazione verrà formalizzata tramite addendum all'esistente buono controfirmato dal beneficiario.

d) a garantire che, qualora sia impossibilitato ad eseguire direttamente una o più prestazioni di cui all'incarico, dovrà comunque assicurarne l'esecuzione. A tale scopo potrà avvalersi - previa comunicazione preventiva scritta all'Ente attuatore - di un altro operatore/professionista 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.

e) ad assicurare la rilevazione informatica dei servizi effettuati tramite registrazione di inizio/termine della prestazione di ciascun operatore ed il successivo trasferimento mensile dei dati nel sistema informativo dell'Azienda. In particolare il gestore dovrà comunicare all'ufficio amministrativo della SdS il nominativo del referente individuato per detta rilevazione ed al quale verranno assegnate le credenziali per accedere al sistema informativo a ciò deputato. Tramite il referente individuato il Provider dovrà:

- verificare la corretta rilevazione degli accessi (rapportandosi per qualsiasi problema al responsabile del sistema informativo dell'Azienda);
- entro i primi 10 giorni di ciascun mese, trasmettere all'ufficio amministrativo della SdS, per la convalida, rendiconto sottoscritto delle ore di servizio effettuate nel mese precedente, insieme alla time card degli operatori di ciascun intervento, controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio.
- il rendiconto mensile convalidato sarà il riferimento per la fatturazione.

f) ad assicurare l'aggiornamento del D.V.R. e del Protocollo anti contagio secondo la normativa nazionale e regionale vigente in materia.

g) a provvedere alla formazione degli operatori su precauzioni e procedure di prevenzione anti contagio secondo la normativa nazionale e regionale vigente in materia.

h) a garantire ai propri operatori la dotazione di idonei DPI specifici per la prevenzione dal contagio. Analogamente, il libero professionista dovrà essere dotato di idonei DPI;

i) a comunicare per iscritto in tempo reale all'ACOT ogni circostanza ostativa alla regolare esecuzione delle prestazioni, attendendo dalla medesima le relative indicazioni;

l) a rivolgere per iscritto in tempo reale all'ACOT ogni richiesta ricevuta dall'utente diretta a modificare quanto previsto dal Piano individualizzato/Buono servizio, attendendo dalla medesima le relative indicazioni;

m) a segnalare prontamente all'ACOT, anche al fine di poterne tener conto nell'ambito dei controlli effettuati sull'esecuzione e sulla fatturazione degli interventi stessi, gli interventi non effettuati a causa dell'assenza dell'utente non preavvertita in tempo utile o del rifiuto da parte dell'utente stesso.

n) ad inserire nell'OGGETTO di tutte le comunicazioni di cui al presente Progetto la dizione “ **FSC - Azione n. (specificando se azione 1 o azione 2), Nome e Cognome utente.**”

o) ad osservare gli obblighi a tutela dei lavoratori e della sicurezza ai sensi del d.lgs. 81/08.

p) a possedere GREEN PASS in corso di validità ove previsto come obbligatorio dalla normativa vigente se professionista singolo, o a garantire che i propri operatori ne siano in possesso se persona giuridica.

2.2 RSA

a) Gli obblighi di cui al punto 2.1. valgono altresì per le RSA in quanto compatibili

b) le **RSA**, in caso di disponibilità di posti letto, sono tenute ad erogare le prestazioni richieste.

Art. 3 - Rendicontazione da parte del Provider

Il Provider che ha erogato le prestazioni sulla base di quanto indicato nel piano di spesa e nella lettera di conferimento di incarico deve far pervenire alla Società della Salute di Firenze documentazione giustificativa:

a) fatturazione elettronica con le modalità previste dalla legislazione vigente;

Le fatture devono riportare:



- codice CUP di progetto F19J21009780006
- il codice del progetto FSC 290191;

- Azione di riferimento (Azione 1 o Azione 2)

- i dati anagrafici relativi al destinatario delle prestazioni;
- il dettaglio delle prestazioni erogate, specificando il costo per ogni singola prestazione, così come stabilito nel piano di spesa;

I costi relativi ai pacchetti di prestazioni si intendono inclusi l'IVA (se dovuta).

b) time card degli operatori con indicazione 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.

Le time card non occorrono per i pacchetti "Cure intermedie temporanee presso RSA" nè per i pacchetti "Ricovero di sollievo di max 30 giorni in RSA".

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

Gli operatori economici/professionisti che hanno erogato i servizi in base a quanto indicato nei piani di spesa, devono osservare, nel rispetto della legislazione vigente, le seguenti modalità di fatturazione:

Azione 1 : un'unica fattura elettronica per tutti i buoni servizio eseguiti e conclusi nel bimestre precedente;

Azione 2 : un'unica fattura elettronica per utente, al termine di ciascun buono servizio.

Nel caso di ricovero di sollievo in RSA: un'unica fattura elettronica per tutti i buoni servizio eseguiti e conclusi nel bimestre precedente.

Per quanto ai punti precedenti si riportano i dati della Società della Salute di Firenze per l'invio della documentazione:

Società della Salute di Firenze - Viale della Giovine Italia 1/1 - 50122 Firenze (FI) - Codice Fiscale 94117300486 - Codice Univoco da indicare nel flusso di fatturazione elettronica IPA: UFGYXG - Codice Progetto 290191 - CUP F19J21009780006

La Società della Salute di Firenze verifica la correttezza e coerenza dei documenti e l'effettiva erogazione delle prestazioni.

Art. 4 - Impossibilità all'erogazione delle prestazioni

L'operatore economico che si assume l'impegno di erogare un pacchetto di prestazioni, non può rinunciare in corso d'opera alla sua effettuazione, salvo che si trovi costretto a interromperla per cause indipendenti dalla sua volontà, nel qual caso è tenuto a darne tempestiva comunicazione scritta alla Società della Salute di Firenze e ha diritto al pagamento delle prestazioni effettivamente erogate.

Art. 5 - Verifiche da parte della Società della Salute di Firenze

La Società della Salute di Firenze verifica che l'erogazione delle prestazioni fornite dall'operatore sia coerente con i contenuti e le modalità di attuazione del progetto "Sostegno alla domiciliarità 2021" e nel pieno rispetto dell'avviso regionale di riferimento e della normativa regionale, nazionale e comunitaria vigente in materia.

Art. 6 - Recesso dalla convenzione

E' possibile recedere dalla presente convenzione con un preavviso di almeno 21 giorni. Gli interventi attivati devono comunque concludersi.

La cancellazione dall'elenco degli operatori economici e professionisti avviene a partire dalla data di comunicazione del recesso.

Art. 7- Sanzioni e risoluzione del contratto

La mancata attivazione del pacchetto di prestazioni nei tempi e modalità previste nel piano individualizzato, così come la mancata osservanza degli altri obblighi previsti dalla presente convenzione, comporta l'applicazione di penali.

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 - nell'ambito della medesima Azione - 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 per l'Azione di cui trattasi.

Non possono essere applicate penali in misura complessivamente superiore al 10 per cento dell'importo del piano di spesa. La singola penale è comminata come segue:

a) la penale, per evento diverso dal ritardo nell'adempire, è determinata dall'organo di amministrazione dell'Ente nella misura pari al 3 per cento del valore del piano di spesa cui si riferisce l'evento;

b) la penale per ritardo è determinata in misura giornaliera dello 0,5 per cento del valore del piano di spesa netto contrattuale.

Le penali saranno, a discrezione dell'Ente, contabilizzate e portate in detrazione all'atto del pagamento o a mezzo emissione di fattura.

L'irrogazione della penale non esonera in alcun caso l'operatore dall'obbligo di adempiere l'obbligazione violata, ove l'adempimento sia ancora utile.

Per ciascuna delle due Azioni, l'interruzione nell'erogazione dei pacchetti di prestazioni per cause diverse da quelle di cui all'art. 4 può comportare la cancellazione dell'operatore economico dall'elenco dei soggetti accreditati approvato dalla Società della Salute per l'Azione di riferimento.

Analoga sanzione può essere applicata in caso di mancata attivazione dei pacchetti di prestazioni previste dal Buono servizio nei tempi indicati.

Art. 8 - Pagamenti

Il pagamento viene effettuato entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura nei limiti della disponibilità dei fondi assegnati a ciascuna delle due Azioni ed erogati dalla Regione Toscana per il finanziamento complessivo del progetto "**Sostegno alla domiciliarità 2021**".

Art. 9 - Durata

La presente convenzione ha una durata di 18 mesi dalla data di avvio del progetto FSC in oggetto, iniziato alla data di stipula della convenzione della SdS Firenze con la Regione Toscana, salvo eccezioni comunque autorizzate dall'Amministrazione Regionale e salvo richiesta di proroga da parte dell'Ente attuatore.

Art. 10 - Domicilio e comunicazioni

Per tutte le comunicazioni e/o notificazioni previste dalla presente convenzione o che comunque si rendessero necessarie in connessione con la medesima, sia in sede amministrativa che in sede contenziosa, la Società della Salute di Firenze elegge domicilio presso la sede legale.

Tutte le comunicazioni inerenti la presente convenzione dovranno avvenire via PEC all'indirizzo segreteria@pec.sds.firenze.it.

In tutte le comunicazioni di cui al presente Progetto deve essere inserita nell'OGGETTO la dizione “ **FSC – Azione n. (specificando se azione 1 o azione 2) e - qualora sia relativa ad un Buono servizio anche - il Nome e Cognome dell' utente.**”

Art 11 - Tutela della privacy dell'operatore economico

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE/679/2016, i dati personali del Provider raccolti dalla Società della Salute di Firenze per le finalità della presente convenzione saranno trattati, anche in modalità informatizzata, in modo lecito, corretto e trasparente e ai soli fini della presente convenzione e per il tempo strettamente necessario per la conclusione del procedimento di cui si tratta.

Tali dati saranno raccolti, conservati e archiviati con le modalità previste dalla normativa in merito.

E' riconosciuto il diritto di accedere ai propri dati personali per ottenerne la rettifica, la limitazione o la cancellazione, se incompleti o erronei o raccolti per fini diversi da quelli della presente convenzione in violazione della normativa in materia.

Nelle fattispecie sopra indicate ciascun soggetto interessato ha il diritto di opporsi legittimamente, inviando apposita e-mail al Responsabile della protezione dei dati.

A tal proposito si precisa che:

- a) i Contitolari del trattamento dati, in forza di specifica convenzione, sono la Società della Salute di Firenze e l'Azienda USL Toscana Centro ;
- b) ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE/679/2016, il Responsabile per la protezione dei dati per la Società della Salute di Firenze e l'Azienda USL Toscana Centro è l'Avv. Michele Morriello con studio in Viale Gramsci, 23, 50122, Firenze, al quale è possibile inviare richieste per far valere i propri diritti in materia di privacy all'indirizzo mail sds@dpo-rpd.eu.

Art. 12 - Tutela della privacy del beneficiario del buono servizio

I dati personali dei destinatari dei buoni servizio, compresi quelli sensibili indicati all'art. 9 del Regolamento UE/679/2016, saranno trattati dai Provider con i quali la SdS si convenziona, individuati, con nomina congiunta da parte dei Contitolari – SdS Firenze e AUSL Toscana Centro - quali Responsabili esterni del trattamento dati ai sensi dell'art. 28 del Reg.UE 2016/679.

Ai destinatari dei buoni servizio è sempre riconosciuto il diritto di accedere ai propri dati personali per ottenerne la rettifica, la limitazione o la cancellazione, se incompleti o erronei o raccolti per fini diversi da quelli della presente convenzione in violazione della normativa in materia di privacy.

Art. 13 - Rinvio alla normativa

Per tutto quanto non espressamente previsto nella presente convenzione si fa riferimento alla vigente normativa comunitaria, nazionale e regionale, nonché a quanto previsto nell'Avviso pubblicato con provvedimento del Direttore della Società della Salute di Firenze n. del

Art. 14 - Esenzione di imposta

La presente convenzione è esente da qualsiasi tipo di imposta o tassa ai sensi della legge 21 dicembre 1978, n. 845.

Art. 15 - Foro competente



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)

Per ogni controversia che dovesse insorgere con riferimento alla presente convenzione è competente il Foro di Firenze.

Letto, approvato e sottoscritto.

Firenze li _____

Per l' operatore economico

Per il l'Ente attuatore
Direttore della Società della Salute di Firenze

_____ -



ALLEGATO 5

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 - 2020 "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" (Decreto regionale n. 11622/2021) - Codice progetto 290191

COMUNICAZIONE DATI CONTO CORRENTE DEDICATO CONTRATTI PUBBLICI OBBLIGHI TRACCIABILITA' MOVIMENTI FINANZIARI (Legge n. 136/2010 e ssmm)

Al Direttore della SdS di Firenze
V.le della Giovine Italia n. 1/1
50122 Firenze

La _____ (ragione sociale) con sede
via/piazza _____ n. _____ Città _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

avente la seguente forma giuridica: onlus associazione volontariato altro (specificare) _____

Legale Rappresentante (Cognome, nome) _____

CODICE FISCALE _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del citato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi previste, con riferimento a tutti i rapporti contrattuali in essere con Codesto Consorzio

ASSUME

➤ Tutti gli obblighi di tracciabilità dei movimenti finanziari di cui all'art. 3, L. n. 136/2010 e si obbliga a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio del Governo della Provincia di Firenze della notizia dell'inadempimento della eventuale controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità

COMUNICA

➤ Gli estremi del conto corrente dedicato (anche in via non esclusiva) alla gestione dei movimenti finanziari relativi ai rapporti di appalto/concessione/acquisto con la SdS, in essere presso l'Istituto di credito _____ AG. n. _____ Città _____ Indirizzo _____

➤ codice IBAN: _____

Codici di riscontro: ABI _____ CAB _____ CIN _____

➤ I dati dell'intestatario del conto corrente (nome/ragione sociale completa, sede legale e/o dell'unità produttiva che gestisce l'appalto/concessione/convenzione/acquisto, Codice Fiscale/Partita IVA): _____

➤ I dati identificativi dei soggetti (persone fisiche) che sono delegati ad operare sul conto corrente dedicato:

a) Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità di _____ (specificare ruolo e poteri);



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)

- b) Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità di _____ (specificare ruolo e poteri);
- c) Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità di _____ (specificare ruolo e poteri).

DICHIARA

Di essere soggetto a DURC oppure non essere soggetto

DICHIARA

Di essere a conoscenza che il mancato utilizzo del bonifico determina la risoluzione di diritto del contratto.

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, dalla Società della Salute di Firenze quale Titolare del trattamento, anche con strumenti informatici, per le finalità legate agli adempimenti amministrativi, contabili e fiscali necessari per il procedimento di liquidazione dei compensi.

La..... (Ditta, altro...) si obbliga inoltre, a dare tempestiva comunicazione al Direttore della Società della Salute di Firenze di ogni variazione relativa ai dati di cui sopra.

Data _____

Il legale rappresentante

(timbro e firma)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 455/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto alla ricezione, ovvero, **sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, all'ufficio competente via FAX (055 2616259), email (direttore@sds.firenze.it), PEC (segreteria@pec.sds.firenze.it), tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.**



ALLEGATO 6

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 - 2020 "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" (Decreto regionale n. 11622/2021) - Codice progetto 290191

Progetto FSC Progetto "Sostegno ai servizi di cura domiciliare"

Modulo recapiti AZIONE 1

Per Utenti

NOME OPERATORE ECONOMICO:

RECAPITO TELEFONICO DI REPERIBILITA' PER UTENTI:

ORARI DI REPERIBILITA' DEL RECAPITO TELEFONICO (la reperibilità deve includere anche i giorni festivi e prefestivi):

Per comunicazioni interne con SdS Firenze

RIFERIMENTO COORDINATORE OPERATIVO DEL PROGETTO

- TELEFONO:
- EMAIL:

RIFERIMENTO COORDINATORE AMMINISTRATIVO DEL PROGETTO

- TELEFONO:
- EMAIL:

PEC INVIO INCARICHI:

Il sottoscritto, letto l'articolo 16 dell'Avviso, **AUTORIZZA** i Contitolari del trattamento dati ad utilizzare i propri recapiti per contatti inerenti lo svolgimento del Progetto e a condividerli con gli altri Operatori economici presenti negli elenchi dei Provider eligibili da parte degli utenti ai fini di un eventuale avvalimento.

Firma operatore economico



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)

Modulo recapiti AZIONE 2

Per Utenti

NOME OPERATORE ECONOMICO:

RECAPITO TELEFONICO DI REPERIBILITA' PER UTENTI:

ORARI DI REPERIBILITA' DEL RECAPITO TELEFONICO (la reperibilità deve includere anche i giorni festivi e prefestivi):

Per comunicazioni interne con SdS Firenze

RIFERIMENTO COORDINATORE OPERATIVO DEL PROGETTO

- TELEFONO:
- EMAIL:

RIFERIMENTO COORDINATORE AMMINISTRATIVO DEL PROGETTO

- TELEFONO:
- EMAIL:

PEC INVIO INCARICHI:

Il sottoscritto, letto l'articolo 16 dell'Avviso, **AUTORIZZA** i Contitolari del trattamento dati ad utilizzare i propri recapiti per contatti inerenti lo svolgimento del Progetto e a condividerli con gli altri Operatori economici presenti negli elenchi dei Provider eligibili da parte degli utenti ai fini di un eventuale avalimento.

Firma operatore economico



REGIONE TOSCANA
Società della Salute di Firenze
C.F. 94117300486
Piazza Signoria 1 – 50122 FIRENZE)

ALLEGATO 7

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 - 2020 "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" (Decreto regionale n. 11622/2021) - Codice progetto 290191

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA

QUALIFICA PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____, via _____, n° _____

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di possedere la seguente qualifica professionale:

conseguita presso _____ di

_____ in data _____.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.L. vo 196/03 per gli adempimenti connessi alla presente procedura

IL DICHIARANTE

(La firma sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione NON va mai autenticata).

Nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R n° 445 28.12.2000.

Informativa ai sensi dell'art. 13 della legge 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Atto n. 47 Del 30 settembre 2021

In pubblicazione all'Albo della Società della Salute dal 30 settembre 2021 al 9 ottobre 2021

**Esecutiva ai sensi della Legge Regionale Toscana n.40 del 24 febbraio 2005
in data 30 settembre 2021**