

**PROVVEDIMENTO DIRIGENZIALE**  
**n. 0001328 del 18/04/2024**

**STRUTTURA PROPONENTE:**

Zona Distretto Colline dell'Albegna

**OGGETTO:**

PROGETTO "SCEGLIERE DI RIMANERE A CASA" A VALERE SU FSE+ 2021-2027: APPROVAZIONE AVVISO DI ISTRUTTORIA PUBBLICA E ALLEGATI PER LA FORMAZIONE DI ELENCHI OPERATORI ECONOMICI PER AZIONI 1, 2 E 4.

L' Estensore

Valentini Francesca

Il Dirigente, con la sottoscrizione della proposta di determina, di pari oggetto n° 0001396 del 18/04/2024

*Hash pdf (SHA256): 25673c4056e6126bf60201292bdcd51ece7b6bc0011d3e46c4cb2fb15501374e*

attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed utile per il servizio pubblico.

Il presente provvedimento contiene un trattamento di categorie particolari di dati personali: No

**Responsabile del Procedimento:** Teodoli Alessio

**Dirigente Struttura Proponente:** Caldesi Roberta

**Ulteriori firmatari della proposta:**

Il presente provvedimento comporta spesa: No

Il Funzionario addetto al controllo di budget, con il visto della proposta di determina di pari oggetto n°0001396 del 18/04/2024

*Hash pdf (SHA256): 25673c4056e6126bf60201292bdcd51ece7b6bc0011d3e46c4cb2fb15501374e*

attesta la spesa prevista di € 0

viene imputata al conto economico n°

e trova copertura nel Budget trasversale assegnato.

**Funzionario addetto al controllo di budget:**

**IL DIRIGENTE STRUTTURA PROPONENTE**

**STRUTTURE ASSEGNATARIE DEL PRESENTE ATTO:**

## LA SOTTOSCRITTA DIRIGENTE

**VISTO** il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino delle disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421” e ss.mm.ii.;

**VISTA** la L.R.T. 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale” e ss.mm.;

**VISTA** la deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda USL T.S.E. nr. 713 del 10/8/2017 con la quale è stato approvato, tra gli altri, il Regolamento operativo delle Zone Distretto;

**DATO ATTO** che con deliberazione dell'Azienda USL Toscana Sud Est n. 852 del 29/06/2021 la sottoscritta è stata nominata Direttrice della Zona Distretto “Colline dell'Albegna” a far data dal 09/07/2021 e fino al giorno 08/07/2024;

**VISTA** la Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria con appendice socio assistenziale 2022-2027 tra l'Azienda USL Toscana Sud Est e Comuni di Isola del Giglio e Monte Argentario, i Comuni di Pitigliano, Sorano e Manciano, facenti parti dell'Unione dei Comuni delle "Colline del Fiora", i comuni di Orbetello, Capalbio e Magliano in Toscana legati tra loro in convenzione, sottoscritta da tutti i Sindaci e dal Direttore Generale di questa Azienda con efficacia dal 11/04/2022, che sostituisce senza soluzione di continuità la precedente convenzione;

**VISTA** la Delibera di Giunta regionale n. 610 del 05/06/2023 con la quale è stato approvato il Manuale per i beneficiari - Disposizioni per la gestione degli interventi oggetto di sovvenzioni a valere sul PR FSE+ 2021 – 2027”, di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale della predetta deliberazione;

**VISTA** la Delibera di Giunta regionale n. 62 del 29/01/2024 con la quale sono state approvate le modifiche all'Allegato A della deliberazione sopra citata ed è stato approvato il documento “Manuale per i beneficiari” integrato, come da Allegati 1 e 2 del predetto atto;

**RICHIAMATI** in particolare l'Art. 64 del Reg. UE 1060/2021, ai fini dell'ammissibilità delle spese, e l'Art. 50 Reg. UE 1057/2021, ai fini della visibilità;

**VISTA** la Delibera di Giunta regionale n. 1200 del 16/10/2023 con la quale sono stati approvati, tra gli altri, i seguenti documenti:

- “Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi della Priorità 3 Inclusionione” per le Attività PAD 3.k.7 “Sostegno alle persone con limitazione dell'autonomia e ai loro familiari per l'accesso ai servizi di cura sociosanitari” del PR FSE+ 2021-2027, di cui all'Allegato A del predetto atto;
- “Elementi essenziali per l'adozione di un avviso pubblico per la presentazione di progetti finalizzati a sostenere la permanenza al proprio domicilio delle persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza”, di cui all'Allegato C del predetto atto;

**VISTO** il Decreto Dirigenziale n. 27538 del 22/12/2023 con il quale, in attuazione della Deliberazione di Giunta regionale n.1200/2023 sopra richiamata, è stato approvato l'Avviso denominato “Interventi di sostegno alle cure domiciliari”, di cui all'Allegato A quale parte integrante e sostanziale del predetto atto, e sono state assunte le relative prenotazioni di impegno di spesa sui pertinenti capitoli del Bilancio Finanziario regionale 2023-2025;

**PRESO ATTO** che nella Tabella A dell'Art. 4 dell'Avviso regionale “Interventi di sostegno alle cure domiciliari” sopra citato è stato riportato, tra gli altri, il finanziamento assegnato alla Zona Distretto “Colline dell'Albegna”, pari ad € 423.927,44;

**CONSIDERATO** che all'Art. 5 dello stesso Avviso "Interventi di sostegno alle cure domiciliari" è stato previsto che ciascuna Zona Distretto possa presentare un solo progetto, per l'importo massimo del finanziamento assegnato;

**DATO ATTO** che, nel rispetto delle predette regole, la Zona Distretto "Colline dell'Albegna" in data 09/02/2024 ha presentato domanda di finanziamento del progetto intitolato "Scegliere di rimanere a casa", di cui al n.1230/2024 del "Sistema Informativo Fondo Sociale Europeo", per l'importo complessivo di € 423.927,44;

**VISTO** il prot. 50113 del 19/02/2024 con il quale, in risposta alla richiesta di integrazioni inviata dalla Regione Toscana, di cui al prot. 46954 del 14/02/2024, sono state trasmesse anche a mezzo PEC la domanda di finanziamento e il Formulario relativi al progetto "Scegliere di rimanere a casa";

**PRESO ATTO** che con il Decreto Dirigenziale n. 4891 del 29/02/2024, pubblicato sul BURT del 13 Marzo 2024, la Regione Toscana ha approvato ed ammesso al finanziamento, tra gli altri, il progetto presentato da questa Zona Distretto, impegnando le risorse assegnate sui pertinenti capitoli di uscita del bilancio regionale 2024-2026;

**DATO ATTO** che in data 04/04/2024 è stata sottoscritta digitalmente dalla Regione Toscana la Convenzione con la Zona Distretto "Colline dell'Albegna" per la realizzazione del progetto sopra indicato, finanziato con le risorse del Fondo Sociale Europeo Plus, a valere sull'Avviso Pubblico regionale "Interventi di sostegno alle cure domiciliari";

**DATO ATTO** che il progetto "Scegliere di rimanere a casa" è identificato con il codice 312755 nell'applicativo S.I. FSE e con il CUP C39G24000010006 nel Sistema di Monitoraggio degli Investimenti Pubblici;

**PRECISATO** che il finanziamento assegnato alla Zona Distretto "Colline dell'Albegna" per la realizzazione del progetto "Scegliere di rimanere a casa", pari complessivamente ad € 423.927,44, è stato così distribuito:

- € 56.939,60 nell'Azione 1 "Servizi di continuità ospedale-territorio";
- € 54.148,80 nell'Azione 2 "Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza";
- € 252.000,00 nell'Azione 3 "Ampliamento del servizio di assistenza domiciliare";
- € 60.839,04 nell'Azione 4 "Servizi di assistenza ai minori con disabilità e alle loro famiglie";

**RILEVATO** che, in coerenza con i cicli precedenti della programmazione del Fondo di Sviluppo e Coesione, gli obiettivi strategici del PR FSE+ 2021-2027 nell'area tematica "Sociale e salute" sono stati definiti come segue:

- rafforzare l'assistenza domiciliare a favore delle persone anziane non autosufficienti e dei disabili psichici al fine di evitare, per quanto possibile, il ricovero in strutture assistenziali;
- promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti e dei disabili psichici;

**CONSIDERATO** che la Zona Distretto "Colline dell'Albegna" è tenuta, in qualità di Soggetto Attuatore, ad approvare un Avviso Pubblico aperto a tutti i soggetti interessati, compresi i singoli professionisti, che intendono essere iscritti negli Elenchi degli operatori economici autorizzati all'erogazione dei servizi e/o delle prestazioni finanziate con i Buoni servizio, a valere sull'Avviso Pubblico regionale "Interventi di sostegno alle cure domiciliari" sopra citato;

**DATO ATTO** che, come stabilito dalla Regione Toscana, la procedura di istruttoria

pubblica viene indetta da questa Zona Distretto al fine di formare, previa verifica di ammissibilità, elenchi di operatori economici, compresi singoli professionisti, organismi, enti, cooperative e strutture residenziali e semi residenziali, autorizzati all'erogazione di servizi e/o prestazioni, di cui alle Tabelle n. 1, n. 2 e n. 4 previste dall'Avviso Pubblico regionale sopra citato nell'ambito delle seguenti Azioni:

- Azione 1 "Servizi di continuità ospedale-territorio";
- Azione 2 "Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza";
- Azione 4 "Servizi di assistenza ai minori con disabilità e alle loro famiglie";

**DATO ATTO** che, come stabilito dalla Regione Toscana, la procedura ad evidenza pubblica è aperta a tutti i soggetti interessati che, al momento della presentazione della domanda, risultino accreditati secondo la normativa di riferimento e in possesso di tutti i requisiti professionali e organizzativi richiesti a norma di legge;

**DATO ATTO** che, come stabilito dalla Regione Toscana, l'Avviso Pubblico rimarrà aperto per tutta la durata del progetto di 36 mesi decorrenti dalla data di stipula della Convenzione con la Regione Toscana avvenuta il 04/04/2024;

**PRECISATO** che, nel rispetto della L. 241/1990, le domande dovranno pervenire a questa Azienda entro il 30 esimo giorno successivo alla pubblicazione del presente Avviso nel sito WEB dell'Azienda USL Toscana Sud Est per la formazione del primo degli elenchi di operatori economici, che sarà periodicamente aggiornato, sulla base delle domande pervenute successivamente alla scadenza del predetto termine, nei 30 giorni seguenti alla ricezione della PEC;

**DATO ATTO** che l'Avviso Pubblico e i Modelli di manifestazione di interesse e Dichiarazione di affidabilità, come sopra specificati, saranno pubblicati sul sito dell'Azienda USL Toscana Sud Est nella Sezione "Bandi e Gare" per tutta la durata del progetto di 36 mesi;

**DATO ATTO** altresì che, al fine di garantire visibilità al sostegno finanziario fornito dall'Unione Europea per la realizzazione della progettualità, la Zona Distretto "Colline dell'Albegna" adotterà un piano di comunicazione coerente con quanto stabilito dall'Art. 50 del Reg. UE 1057/2021 sopra citato;

**DATO ATTO** del rispetto delle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e al D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale delle disposizioni del regolamento UE", ai fini della protezione, del trattamento e della libera circolazione dei dati personali;

**RITENUTO** di dover approvare l'Avviso Pubblico di cui all'Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, e i modelli di "Manifestazione di Interesse" e "Dichiarazione di affidabilità", di cui agli Allegati 1, 1.1 e 2 come di seguito specificati:

- Allegato 1 "Modello di manifestazione di interesse per operatori economici", intesi sia come organismi, enti, cooperative, associazioni o altro, sia come singoli professionisti;
- Allegato 1.1 "Modello di manifestazione di interesse per strutture residenziali e semi-residenziali";
- Allegato 2 "Dichiarazione di affidabilità" per tutti coloro che intendono candidarsi;

**ACCERTATO** che il presente atto non comporta oneri a carico del bilancio dell'Azienda USL Toscana Sud Est;

**RITENUTO OPPORTUNO** dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art. 42, comma 4, L.R.T. 24 febbraio 2005 n° 40 e s.m.i., al fine di dare avvio in tempi brevi alla procedura di istruttoria per la formazione degli elenchi;

**ATTESTATA** la legittimità e la regolarità formale e sostanziale della presente proposta;

### **DETERMINA**

Per quanto espresso in premessa, che qui si intende integralmente riportato:

1. **DI APPROVARE** l'Avviso Pubblico di cui all'Allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto e i modelli di "Manifestazione di Interesse" e "Dichiarazione di affidabilità", di cui agli Allegati 1, 1.1 e 2 come di seguito specificati:
  - Allegato 1 "Modello di manifestazione di interesse per operatori economici", intesi sia come singoli professionisti che come organismi, enti, cooperative, associazioni, altro;
  - Allegato 1.1 "Modello di manifestazione di interesse per strutture residenziali e semi-residenziali";
  - Allegato 2 "Dichiarazione di affidabilità" per tutti coloro che intendono candidarsi;
2. **DI DARE ATTO** che l'Avviso Pubblico e i modelli di "Manifestazione di interesse" e "Dichiarazione di affidabilità", come sopra specificati, saranno pubblicati sul sito dell'Azienda USL Toscana Sud Est nella Sezione "Bandi e Gare" per tutta la durata del progetto di 36 mesi;
3. **DI PRECISARE** che la procedura di istruttoria rimarrà aperta per tutta la durata del progetto di 36 mesi che decorrono dalla data di stipula della Convenzione tra la Zona Distretto "Colline dell'Albegna" e l'Amministrazione regionale avvenuta il 04/04/2024;
4. **DI ACCERTARE** che il presente atto non comporta oneri a carico del bilancio dell'Azienda USL Toscana Sud Est;
5. **DI TRASMETTERE** copia del presente atto al collegio Sindacale, ai sensi della L.R.T. 24 Febbraio 2005 n° 40 e s.m.i., art. 42, comma 2;
6. **DI DARE ATTO** che, ai sensi della L. 241/90 e s.m.i., il responsabile del procedimento è Alessio Teodoli, I.F.O. "Attività Amministrative Territoriali e Supporto Amministrativo Servizi Sociali e Ufficio di Piano" Zona Distretto "Colline dell'Albegna";
7. **DI DICHIARARE** il presente atto immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art. 42, comma 4, L.R.T. 24 febbraio 2005 n° 40 e s.m.i., al fine di dare avvio in tempi brevi alla procedura di istruttoria per la formazione degli elenchi.

**LA DIRETTRICE DI ZONA DISTRETTO**  
**"COLLINE DELL'ALBEGNA"**  
**DR.SSA ROBERTA CALDESI**

## Allegato A

### AZIENDA USL TOSCANA SUD EST ZONA DISTRETTO "COLLINE DELL'ALBEGNA"

#### Progetto "Scegliere di rimanere a casa"

Codice Progetto S.I. FSE: 312755

CUP C39G24000010006

**AVVISO DI ISTRUTTORIA PUBBLICA PER LA FORMAZIONE DI ELENCHI DI OPERATORI ECONOMICI EROGATORI DI SERVIZI E/O PRESTAZIONI RELATIVI AI BUONI SERVIZIO NELL'AMBITO DELLE AZIONI 1, 2 E 4 DI CUI ALL'AVVISO PUBBLICO "INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLE CURE DOMICILIARI" APPROVATO CON D.D.R.T. N°27538/2023 A VALERE SUL PR FSE+ 2021-2027. L'AVVISO RIMARRÀ APERTO PER TUTTA LA DURATA DEL PROGETTO DI 36 MESI.**

#### Riferimenti normativi

Visti:

- il Decreto Dirigenziale n°4891 del 29/02/2024 con cui la Regione Toscana ha approvato e ammesso al finanziamento, tra gli altri, il progetto "Scegliere di rimanere a casa" presentato dalla Zona Distretto "Colline dell'Albegna" per l'importo complessivo di € 423.927,44, così distribuito:

- Azione 1 "Servizi di continuità ospedale – territorio" € 56.939,60
- Azione 2 "Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza" € 54.148,80
- Azione 3 "Ampliamento del servizio di assistenza domiciliare" € 252.000,00
- Azione 4 "Servizi di assistenza ai minori con disabilità e alle loro famiglie" € 60.839,04

- il Decreto Dirigenziale n°27538/2023 con cui la Regione Toscana ha approvato l'Avviso "Interventi di sostegno alle cure domiciliari" a valere sul PR FSE+ 2021-2027;

- la Convenzione stipulata in data 04/04/2024 tra la Regione Toscana, rappresentata dal Dott. Alessandro Salvi Dirigente Settore Welfare e Innovazione Sociale, e la Zona Distretto "Colline dell'Albegna" – Azienda USL Toscana Sud Est, nella persona della Direttrice di Zona Dott.ssa Roberta Caldesi;

- la D.G.R.T. n°610 del 05/06/2023 e ss.mm.ii e il Manuale per i beneficiari – Disposizioni per la gestione degli interventi oggetto di sovvenzioni a valere sul PR FSE 2021-2027;

- il Reg. (UE) 2021/1060 del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 Giugno 2021, recante le disposizioni comuni applicabili al Fondo Sociale Europeo Plus.

#### Premessa

Visti gli Articoli 9.5, 10.5, 12.5 "Modalità di selezione degli operatori economici erogatori di prestazioni" dell'Avviso Pubblico regionale "Interventi di sostegno alle cure domiciliari", la Zona Distretto "Colline dell'Albegna" indice procedura aperta a tutti i soggetti interessati, compresi i singoli professionisti, per la formazione di Elenchi di Operatori Economici autorizzati all'erogazione di servizi e prestazioni da finanziare con i Buoni servizio, di cui alle AZIONI 1, 2 e 4 ivi previste, collocate nell'Attività PAD 3.k.7 "Sostegno alle

persone con limitazione dell'autonomia e ai loro familiari per l'accesso ai servizi di cura socio-sanitari", a valere sul PR FSE+ 2021-2027.

1. I Buoni servizio a valere sul PR FSE+ 2021-2027 sono definiti per tipologia di prestazione e per figura professionale nelle Tabelle previste dall'Avviso Pubblico regionale, di seguito elencate:

- Tabella 1 per Azione 1 "servizi di continuità ospedale-territorio";
- Tabella 2 per Azione 2 "percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza";
- Tabella 4 per Azione 4 "servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità".

2. La procedura è aperta anche a singoli professionisti, sanitari, infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale, che intendono presentare manifestazione di interesse.

3. La Zona Distretto "Colline dell'Albegna" si riserva, laddove l'Avviso andasse deserto, di estendere all'erogazione dei servizi elencati nelle Tabelle di cui sopra le convenzioni già in essere con altri soggetti, precedentemente individuati all'esito di procedure ad evidenza pubblica.

#### **Art. 1 – Oggetto e scopo**

1. La Zona Distretto "Colline dell'Albegna" pubblica, in qualità di Soggetto attuatore, il presente Avviso di istruttoria rivolta a tutti i soggetti interessati all'inserimento negli Elenchi di operatori economici per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi finanziati con i Buoni servizio definiti nelle Tabelle 1, 2 e 4 di seguito elencate:

- Tabella 1 per Azione 1 "Servizi di continuità ospedale-territorio";
- Tabella 2 per Azione 2 "Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza";
- Tabella 4 per Azione 4 "Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità".

2. L'Avviso Pubblico rimarrà aperto per tutta la durata del progetto, fino alla scadenza del termine di 36 mesi, decorrente dalla data di stipula della Convenzione tra la Regione Toscana e la Zona Distretto "Colline dell'Albegna" del 4 Aprile 2024. La procedura è aperta anche a singoli professionisti, sanitari, infermieri e fisioterapisti, in possesso di abilitazione professionale. Ciascun operatore economico può partecipare alle procedure aperte anche su più zone distretto.

3. E' obbligatorio per tutti gli operatori economici, al momento dell'invio della domanda, risultare accreditati secondo la normativa regionale di riferimento. All'esito dell'istruttoria i candidati saranno inseriti negli Elenchi dei soggetti fornitori erogatori delle prestazioni finanziate con i Buoni servizio di cui alle seguenti Tabelle:

- **Tabella 1 per Azione 1 (vedi Art.2)**
- **Tabella 2 per Azione 2 (vedi Art.3)**
- **Tabella 4 per Azione 4 (vedi Art.4)**

4. Alla presentazione della candidatura, gli operatori economici accettano le condizioni previste dall'Avviso Pubblico regionale "Sostegno ai servizi di cura domiciliare", da intendere integralmente richiamato e accettato. Le parti si impegnano altresì a rispettare le regole e gli obblighi di rendicontazione previste dall'Avviso e stabilite dall'Art. 64 del Reg. UE 1060/2021.

5. La rendicontazione delle spese sarà suddivisa in due Fasi:

- la prima dei fornitori del servizio al Soggetto attuatore (Zona Distretto);
- la seconda del Soggetto attuatore alla Regione Toscana.

6. Gli obblighi degli operatori economici ai fini della rendicontazione, pena l'inammissibilità della spesa, sono riassunte nell'Art. 10 del presente Avviso e ai seguenti punti, da intendere specificamente accettati:

- **punto 2.10 per Azione 1;**
- **punto 3.9 per Azione 2;**
- **punto 4.9 per Azione 3.**

7. Nel caso in cui il presente Avviso andasse deserto, il Soggetto attuatore può estendere all'erogazione dei servizi ivi previsti le convenzioni già in essere con altri soggetti precedentemente individuati mediante espletamento di procedure ad evidenza pubblica.



## Art 2 - Azione 1 “Servizi di continuità ospedale – territorio”

### 2.2 Obiettivo intervento

Garantire una piena possibilità di rientro al domicilio a seguito di dimissione da un presidio ospedaliero zonale o da una A.O.U. o da strutture di cure intermedie o riabilitative presenti sul territorio regionale.

### 2.3 Destinatari intervento

- persone anziane >65 anni, con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza, in dimissione, residenti in Toscana;
- persone con disabilità in condizione di gravità ex art. 3<sup>3</sup> della L. 104/92, in dimissione, residenti in Toscana.

I destinatari sono identificati dalla Centrale Operativa Territoriale (COT), mediante analisi multi dimensionale del caso, che formula il Piano Individualizzato.

### 2.4 Interventi finanziabili con i Buoni servizio per Azione 1

TABELLA N. 1

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Operatore	Costo orario*
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione <i>care giver</i>	OSA/OSS/ADB	€ 30,00
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, medicazione semplice	Infermiere	€ 50,00
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del <i>care giver</i> Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al <i>self management</i>	Fisioterapista	€ 50,00
Cure intermedie temporanee nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito	Ricovero in <i>setting</i> di cure intermedie residenziali per 20	Tariffa giornaliera Rif.to D.G.R.T. 909/2017

**\* I costi sono comprensivi di quelli per materiali, ausili, DPI, IVA se dovuta, trasporto.**

#### Per l'erogazione delle prestazioni di ricovero in *setting* di cure intermedie residenziali

- le strutture interessate, oltre a risultare accreditate, devono assicurare i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento 2/R del 9 gennaio 2018, come modificato con D.P.G.R. n.

12/R del 22/03/2021 per il modulo specialistico "Cure Intermedie" ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria o dal Regolamento n. 79/R DPGR del 17/11/2016, allegato A strutture D.6 e D.7 rispettivamente per il *setting* "LOW CARE" e "Residenzialità Sanitaria Intermedia". Le strutture di questo tipo possono presentare manifestazione di interesse per l'erogazione del solo pacchetto interventi "Ricovero in *Setting* di Cure Intermedie Residenziali per 20 giorni".

## 2.5 Assegnazione Buono servizio

- Il destinatario presenta la richiesta di assegnazione del Buono servizio, con allegata la domanda di iscrizione di cui all'Allegato 8, compilata e firmata dal destinatario o dal tutore/amministratore di sostegno nominato con decreto del Tribunale territorialmente competente;
- L'entità del singolo Buono è stabilita nel Piano di spesa per un ammontare totale che può variare da un minimo di Euro 800,00 ad un massimo di Euro 3.000,00;
- La data di sottoscrizione del Piano di Spesa rappresenta l'assegnazione formale del Buono servizio;
- Il soggetto attuatore assegna progressivamente i Buoni servizio fino ad esaurimento delle risorse previste, sulla base di Piani Individualizzati e di Piani di Spesa.

## 2.6 Descrizione Buono servizio

- I Buoni servizio finanziano prestazioni che favoriscono il rientro dei destinatari all'interno del proprio contesto familiare e sociale, prevedendo l'attivazione di misure e di interventi assistenziali appropriati ed efficaci, selezionati tra quelli elencati nella Tabella 1 sotto riportata, fruibili nei 30 giorni calcolati a partire dal giorno successivo alla data di dimissione dalle strutture;
- Il Piano individualizzato, definito dall'Agenzia di continuità ospedale-territorio, può prevedere la combinazione di più interventi, diversi per tipologia, essendo consentita la composizione di un intervento globale per i bisogni individuati tramite la valutazione multidimensionale.
- Il Piano di spesa viene formulato sulla base di:
  - bisogni specifici delineati dal Piano individualizzato
  - richieste avanzate dal destinatario in base alle specifiche necessità legate al contesto domiciliare e familiare
  - scelte del destinatario riguardo ai soggetti inclusi nella lista formata dal soggetto attuatore, presso i quali desidera acquistare i servizi/le prestazioni.

## 2.7 Piano di spesa

- deve essere intestato al destinatario;
- deve essere sottoscritto dal soggetto attuatore e dal destinatario o, in sua vece, dal tutore o dall'amministratore di sostegno previamente nominati con decreto del Tribunale territorialmente competente, da allegare;
- deve contenere data e luogo di sottoscrizione. La data di sottoscrizione rappresenta l'assegnazione formale del Buono servizio;
- deve contenere i seguenti elementi minimi:
  1. data di dimissione;
  2. servizi e prestazioni che saranno erogate a mezzo del Buono servizio (tipologia, durata, costo unitario);
  3. soggetto/i erogatore/i, incluso/i nell'elenco degli operatori economici scelto/scelti dal destinatario, per l'erogazione delle prestazioni/servizi previsti dal Piano individualizzato.

## 2.8 Modifica del Buono servizio

- tutte le variazioni devono essere formalizzate tramite *addendum* all'esistente Piano di spesa, controfirmato dal soggetto attuatore e dal destinatario o dal tutore/ADS;
- qualora, durante l'erogazione dei servizi previsti dal Piano di spesa originario, il destinatario venga nuovamente ricoverato, i 30 giorni verranno ricalcolati dal giorno successivo alla nuova data di dimissione;
- a seguito di un nuovo ricovero, è possibile aumentare l'importo dell'esistente Buono servizio e rimodulare il Piano di spesa fino al raggiungimento dell'importo massimo previsto di Euro 3.000,00. Anche in questo caso, il calcolo dei 30 giorni decorre dal giorno successivo alla nuova data di dimissione;

- lo stesso destinatario, se ricoverato nuovamente nell'arco della durata del progetto, può usufruire di un ulteriore Buono servizio purché la somma dei Buoni usufruita non superi l'importo massimo di Euro 3.000,00.

## 2.9 Ammissibilità della spesa

Sono ammissibili le spese di servizi/prestazioni:

- elencati nella Tabella n. 1 e previsti nel Piano di spesa del destinatario. Gli importi dei singoli interventi devono essere comprensivi dei costi relativi ai materiali/ausili nonché ai DPI e comprensivi di IVA se dovuta nonché dei costi di trasporto;
- erogati da operatori economici presenti nell'elenco di riferimento del soggetto attuatore;
- erogati e sostenuti entro la durata del progetto finanziato tramite il presente Avviso, a partire dalla data di formale assegnazione del Buono servizio;
- regolarmente documentate;
- erogati nei 30 giorni calcolati a partire dal giorno successivo alla data di dimissione dalle strutture;
- che rispettano complessivamente l'importo minimo di Euro 800,00;
- nel caso in cui l'importo totale dei servizi risulti inferiore all'importo minimo di Euro 800,00, l'intero Buono servizio non è ammissibile, salvo che intervenga un'interruzione nell'erogazione per cause indipendenti dal soggetto attuatore e dal soggetto erogatore, purché adeguatamente documentate; in tal caso sono ammissibili le spese sostenute fino al momento dell'interruzione anche nel caso in cui l'importo complessivo sia inferiore al limite minimo indicato (Euro 800,00).
- la fruizione del Buono servizio ed il riconoscimento delle spese rimborsabili a mezzo dello stesso, sono incompatibili con altri contributi pubblici riferibili alle stesse tipologie di intervento.

## 2.10 Rendicontazione degli operatori economici fornitori dei servizi

Gli operatori economici erogatori dei servizi dovranno inviare al Soggetto attuatore la seguente documentazione giustificativa:

- fatturazione elettronica con le modalità previste dalla legislazione vigente;
- time card con indicazione degli interventi eseguiti controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio. Questa non occorre per per l'intervento "Ricovero in *setting* di cure intermedie residenziali".

Le fatture devono indicare:

- dati anagrafici della persona destinataria del Buono servizio;
- dettaglio dei servizi erogati e costo per ogni singolo servizio, come stabiliti nel Piano di spesa;

Per l'intervento "Ricovero in *setting* di cure intermedie residenziali":

- dati anagrafici del destinatario del Buono servizio e numero di giorni di ricovero in *setting*.

In caso di impossibilità ad indicare i dati richiesti nella fattura, l'operatore economico deve allegare un documento di riepilogo dei dati richiesti, in modo da correlare la fattura ai servizi erogati alla persona destinataria del Buono servizio.

## 2.11 Budget

Il finanziamento previsto per l'Azione 1 ammonta complessivamente ad € 56.939,60.

## Art. 3 - Azione 2 "Percorsi per la cura ed il sostegno familiare a persone affette da demenza"

### 3.1 Obiettivo intervento

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

### 3.2 Destinatari intervento

- I destinatari dei Buoni servizio per l'Azione 2 sono persone con una diagnosi di demenza, effettuata dai servizi specialistici competenti, residenti sul territorio della Zona-distretto di riferimento;
- Per ogni destinatario del Buono servizio, il soggetto attuatore predispone un Piano di spesa per un ammontare minimo di € 3.000,00 fino alla concorrenza massima di € 8.000,00.

### 3.3 Valutazione e presa in carico dei destinatari

- I destinatari verranno individuati attraverso la valutazione multi disciplinare da parte della UVM zonale che, a seguito della valutazione, attiverà in collaborazione con i servizi specialistici competenti un Piano individualizzato per la persona sulla base delle specifiche necessità rilevate;
- Il Piano individualizzato formulato dalla UVM e servizi specialistici competenti può prevedere la combinazione di interventi diversi, tra quelli indicati nella Tabella 2 sotto riportata, componendo un intervento globale adeguato ai bisogni del destinatario.

### 3.4 Assegnazione Buono servizio

- Il destinatario, a seguito della valutazione, presenta richiesta di assegnazione del Buono servizio, con allegata la domanda di iscrizione di cui all'Allegato 8, compilata e firmata dal destinatario o dal tutore o amministratore di sostegno, previa nomina con decreto del Tribunale territorialmente competente. Possono presentare richiesta anche coloro che sono stati valutati e presi in carico precedentemente all'avvio del progetto;
- L'entità del singolo Buono è stabilita nel **Piano di spesa** per un ammontare totale che può variare da un minimo di Euro 3.000,00 ad un massimo di Euro 8.000,00, secondo i criteri stabiliti dal soggetto attuatore nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità e parità di accesso;
- Il Buono servizio finanzia un intervento globale, in base alle specifiche necessità rilevate per il singolo destinatario, composto da interventi socio-assistenziali e socio-sanitari, appropriati ed efficaci, selezionati tra quelli elencati nella Tabella 2;
- La fruizione del Buono servizio ed il riconoscimento delle spese rimborsabili a mezzo dello stesso, sono incompatibili con altri contributi pubblici riferibili alle stesse tipologie di intervento.
- Qualora l'erogazione dei servizi previsti dal Piano di spesa vengano interrotti per cause, adeguatamente documentate, indipendenti dal soggetto attuatore e/o dal soggetto erogatore, sono ammissibili le spese sostenute fino al momento dell'interruzione anche nel caso in cui l'importo complessivo dovesse essere inferiore al limite minimo di Euro 3.000,00;
- Laddove nel corso di validità del Buono si renda necessaria una variazione sulla base dei bisogni del destinatario, il Piano di spesa può essere rimodulato. Tale variazione va formalizzata tramite *addendum* all'esistente Piano di spesa, controfirmato dal soggetto attuatore e dal destinatario o dal tutore/amministratore di sostegno nominati, e può prevedere anche un aumento dell'importo inizialmente previsto fino alla concorrenza massima di Euro 8.000,00.

### 3.5 Piano di spesa

- deve essere redatto sul modello di cui all'Allegato 9 dell'Avviso pubblico regionale;
- deve essere intestato al destinatario;
- deve essere sottoscritto dal soggetto attuatore e dal destinatario o in sua vece dal tutore o dall'amministratore di sostegno previamente nominati con decreto del Tribunale territorialmente competente, da allegare;
- deve contenere data e luogo di sottoscrizione. La data di sottoscrizione rappresenta l'assegnazione formale del Buono servizio;
- deve contenere l'indicazione dei servizi e delle prestazioni che saranno erogate a mezzo del Buono servizio (tipologia, durata, costo unitario) e del soggetto/i erogatore/i incluso nell'elenco degli operatori economici;
- sarà cura del soggetto attuatore verificare che i servizi prendano avvio nel rispetto dei termini indicati nel Piano di spesa e siano erogati correttamente.

### 3.6 Interventi finanziabili con i Buoni servizio per Azione 2

TABELLA N. 2

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Operatori	Costo orario*
Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i>	OSA/OSS/ADB	€ 30,00

Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia	PSIC	€ 50,00
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	PSIC	€ 50,00
Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo all'utilizzo della metodologia di stimolazione cognitiva ed occupazionale; stimolazione cognitiva ed occupazionale del paziente mediante intervento diretto di un educatore/animatore, stimolazione cognitiva ed occupazionale prolungata "di mantenimento" del paziente mediante l'intervento del <i>caregiver</i>	Educatore Professionale	€ 40,00
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	Fisioterapista	€ 50,00
Interventi di stimolazione neuro cognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso	PSIC/NEUROPSIC	€ 20,00 a persona
Interventi di fisioterapista per AFA - gruppi chiusi	Fisioterapista	€ 20,00 a persona
Supporto psicologico alla famiglia – gruppo chiuso	PSIC	€ 20,00 a persona
Centro diurno (frequenza giornaliera mezza/intera giornata)		A totale copertura retta giornaliera
Trasporto utenti (attivabile solo in		

combinazione con altri interventi)		
Caffè Alzheimer		€ 20,00 a persona per incontro
Atelier Alzheimer		€ 40,00 a persona per incontro
Musei per l'Alzheimer		€ 10,00 a persona per accesso
Intervento di sollievo residenziale (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura residenziale): Max 30 giorni		Tariffa giornaliera Rif.to D.G.R.T. 909/2017

**\*I costi sono comprensivi di quelli per materiali, ausili, DPI, IVA se dovuta, trasporto.**

### 3.7 Accredimento obbligatorio

- Gli operatori economici, compresi i singoli professionisti, che rispondono alla procedura devono risultare accreditati al momento della presentazione della domanda, secondo la normativa regionale di riferimento;
- Le strutture residenziali e semi residenziali che rispondono alla procedura devono risultare accreditate al momento della presentazione della domanda, secondo la normativa regionale di riferimento.

### 3.8 Ammissibilità della spesa

Sono ammissibili le spese di servizi/prestazioni:

- elencate nella Tabella 2 e previste nel Piano di spesa del destinatario;
- erogati da operatori economici presenti nell'elenco relativo alla Zona-distretto di riferimento;
- erogati e sostenuti all'interno della durata del progetto finanziato tramite il presente Avviso a partire dalla data di formale assegnazione del Buono servizio;
- regolarmente documentate;

Per il Centro diurno base o CDA è prevista la totale copertura della retta in quanto considerato intervento di sollievo. Gli importi dei singoli interventi, indicati nella manifestazione di interesse, devono essere comprensivi dei costi relativi ai materiali/ausili, DPI, IVA se dovuta e costi di trasporto.

### 3.9 Rendicontazione degli operatori economici fornitori dei servizi

Gli operatori economici erogatori dei servizi devono inviare al Soggetto attuatore la seguente documentazione giustificativa:

- fatturazione elettronica con le modalità previste dalla legislazione vigente;
- time card con indicazione degli interventi eseguiti controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio, solo per gli interventi domiciliari.

Le fatture devono indicare:

- dati anagrafici della persona destinataria del Buono servizio;
- dettaglio dei servizi erogati e costo per ogni singolo servizio, come stabiliti nel Piano di spesa;
- per gli interventi non domiciliari, i dati anagrafici del destinatario del Buono servizio e i giorni di presenza.

Laddove non sia possibile indicare i dati richiesti nel corpo della fattura, l'operatore economico deve allegare un documento di riepilogo dei dati richiesti che consente di collegare la fattura ai servizi erogati al destinatario del Buono servizio.

Sarà cura del soggetto attuatore verificare che i servizi prendano avvio nel rispetto dei termini indicati nel Piano di spesa e siano erogati correttamente.

### 3.10 Budget

Il finanziamento previsto per l'Azione 2 ammonta complessivamente ad € 54.148,80.

## Art. 4 - Azione 4 "Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità"

### 4.1 Obiettivo

Favorire l'accesso a servizi di carattere socio-assistenziale e socio-educativo per minori con disabilità e servizi di sostegno alle loro famiglie, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone assistite e promuovere il loro benessere fisico e psicologico, attraverso la pianificazione e la gestione del percorso assistenziale domiciliare, l'assistenza infermieristica preventiva, curativa e riabilitativa, la formazione del *caregiver* e della rete socio-familiare.

#### **4.2 Destinatari**

I destinatari del Buono servizio per l'Azione 4 sono minori con disabilità, certificate ai sensi della L. 104/1992.

#### **4.3 Valutazione e presa in carico dei destinatari**

Il destinatario dell'intervento preso in carico e valutato dalla UVMD zonale riceve un Piano individualizzato che può prevedere la combinazione di diverse tipologie di prestazioni consentendo la composizione di un pacchetto di interventi personalizzati.

#### **4.4 Assegnazione Buono servizio**

- Il genitore/tutore del destinatario di minore età presenta richiesta di assegnazione del Buono servizio, con allegata la domanda di iscrizione, di cui all'Allegato 8 dell'Avviso regionale, compilata e firmata. Possono essere presentate anche richieste per destinatari già in carico ai servizi e alla UVMD;
- Per ogni destinatario del Buono servizio il soggetto attuatore predispone un Piano di spesa per un ammontare minimo di € 2.000,00 fino alla concorrenza massima di € 8.000,00;
- Per l'assegnazione del Buono servizio ai destinatari, il soggetto attuatore segue criteri ispirati al rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità e parità di accesso;
- La fruizione del Buono servizio ed il riconoscimento delle spese rimborsabili a mezzo dello stesso, sono incompatibili con altri contributi pubblici riferibili alle stesse tipologie di intervento;
- Il Buono servizio finanzia un intervento globale, in base alle specifiche necessità rilevate per il destinatario, composto da interventi socio-assistenziali e socio-educativi appropriati ed efficaci, selezionati tra quelli elencati nella seguente Tabella 4.

#### **4.5 Piano individualizzato**

- Viene formulato dalla UVMD e può prevedere la combinazione di interventi diversi per tipologia, scelti fra quelli indicati nella Tabella 4, consentendo la composizione di un intervento globale riferito ai bisogni individuati con la valutazione multidimensionale;
- Il Piano di Spesa sarà formulato sulla base dei bisogni specifici delineati dal Piano individualizzato e dalle scelte del genitore/tutore riguardo i soggetti inclusi nella lista predisposta dall'ente attuatore presso i quali desidera acquistare i servizi/le prestazioni.

#### **4.6 Piano di Spesa**

- deve essere redatto sul modello di cui all'Allegato 9 dell'Avviso pubblico regionale;
- deve essere intestato al destinatario;
- deve essere sottoscritto dal soggetto attuatore e dal genitore/tutore e contenere data e luogo di sottoscrizione. La data di sottoscrizione rappresenta l'assegnazione formale del Buono servizio.
- deve obbligatoriamente contenere i seguenti elementi minimi:
  - servizi e prestazioni che saranno erogate a mezzo del Buono servizio (tipologia, durata, costo unitario);
  - soggetto/i erogatore/i incluso/i nell'elenco degli operatori economici scelto/scelti dal genitore/tutore per l'erogazione dei servizi/prestazioni previsti dal Piano individualizzato.
- Il genitore/tutore può decidere di usufruire dei servizi erogati all'interno di una Zona-distretto differente da quella di residenza. In questo caso la Zona-distretto di residenza può utilizzare l'elenco degli operatori economici predisposto dall'altra Zona-distretto per far selezionare al destinatario un fornitore/dei fornitori di servizio ivi incluso/i;
- La stesura e sottoscrizione del Piano di spesa, nonché tutti gli altri obblighi legati alla verifica e all'effettiva erogazione del Buono servizio, rimane nella responsabilità della Zona-distretto di residenza;
- Qualora l'erogazione dei servizi previsti dal Piano di spesa vengano interrotti per cause indipendenti dal soggetto attuatore e/o dal soggetto erogatore, adeguatamente documentate, sono ammissibili

le spese sostenute fino al momento dell'interruzione anche nel caso in cui l'importo complessivo sia inferiore al limite minimo di Euro 2.000,00;

- Laddove nel corso di validità del Buono si renda necessaria una variazione sulla base dei bisogni del destinatario, il Piano di spesa può essere rimodulato previa formalizzazione mediante *addendum* all'esistente Piano di spesa, controfirmato dal soggetto attuatore e dal genitore/tutore e può prevedere anche un aumento dell'importo inizialmente previsto fino alla concorrenza massima di Euro 8.000,00.

#### 4.7 Interventi finanziabili con Azione 4

TABELLA N. 4

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Operatori	Costo orario*
Attività di supporto e assistenza nelle attività quotidiane come la cura dell'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità	OSA/OSS/ADB	€ 30,00
Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare. Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo, riabilitativo	Infermiere	€ 50,00
Intervento di psico educazione al <i>care giver</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	PSIC	€ 50,00
Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo	Educatore Professionale	€ 40,00
Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al <i>caregiver</i>	Fisioterapista	€ 50,00
Interventi del logopedista sui ritardi e/o disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento – DSA (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia) disturbi della voce (disfonia infantile)	Logopedista	€ 50,00
Interventi di abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Eta	€ 50,00



generale ai disordini dello sviluppo	Evolutiva (TNPEE)	
Laboratori diurni creativi / Centri di aggregazione		A totale copertura retta giornaliera
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		

**\*I costi sono comprensivi di quelli per materiali, ausili, DPI, IVA se dovuta, e costi di trasporto.**

#### **4.8 Ammissibilità della spesa**

Sono ammissibili le spese di servizi/prestazioni:

- elencati nella Tabella 4 e previste nel Piano di spesa del destinatario;
- erogati da operatori economici presenti nell'elenco relativo alla Zona distretto di riferimento;
- erogati e sostenuti all'interno della durata del progetto, a partire dalla data di formale assegnazione del Buono servizio;
- regolarmente documentate;
- comprese tra l'importo minimo e massimo previsto;

#### **4.9 Rendicontazione degli operatori economici fornitori dei servizi**

Gli operatori economici che hanno erogato i servizi (fornitori) in base a quanto indicato nei Piani di spesa devono rimettere al Soggetto attuatore:

- fatturazione elettronica con le modalità previste dalla legislazione vigente;
- time card con indicazione degli interventi eseguiti controfirmate dal genitore/tutore, solo per gli interventi domiciliari.

Le fatture devono indicare:

- dati anagrafici relativi al destinatario del Buono servizio;
- dettaglio dei servizi erogati specificando il costo per ogni singolo servizio, come stabilito nel Piano di spesa.

Per gli interventi non-domiciliari:

- dati anagrafici relativi al destinatario del Buono servizio;
- giorni di presenza.

Laddove non sia possibile indicare i dati richiesti nel corpo della fattura, l'operatore economico deve allegare un documento che riepiloghi tali dati, in modo da correlare la fattura ai servizi erogati al destinatario del Buono servizio.

#### **4.10 Budget**

Il finanziamento previsto per l'Azione 4 ammonta ad € 60.839,04.

#### **Art. 5 – Requisiti di ammissione**

1. Sono invitati a partecipare al presente Avviso tutti gli operatori economici (organismi e/o singoli professionisti) interessati e le strutture residenziali e semi residenziali che, al momento della presentazione della domanda, risultano accreditati e in grado di assicurare i requisiti organizzativi e professionali previsti dalle normative regionali di riferimento.
2. La procedura di indagine è aperta anche ai singoli professionisti, sanitari, infermieri e fisioterapisti, in possesso di abilitazione professionale, che intendono presentare manifestazione di interesse per l'iscrizione nell'Elenco. Al momento della presentazione della domanda deve essere inviata il certificato di iscrizione all'Albo comprovante l'abilitazione professionale posseduta.
3. Ciascun operatore economico può partecipare alle procedure aperte anche su più zone distretto. E' garantita la possibilità di presentare domanda di accesso per l'intera durata del progetto di 36 mesi.
4. E' cura del Soggetto Attuatore verificare che i servizi prendano avvio nel rispetto dei termini indicati nel Piano di spesa e siano erogati correttamente.

6. Il soggetto attuatore si riserva, nel caso in cui l'Avviso andasse deserto, di estendere all'erogazione dei servizi elencati nelle Tabelle 1, 2 e 4, le convenzioni già in essere con altri soggetti, precedentemente individuati all'esito di procedure ad evidenza pubblica.

#### **Art. 6 – Formazione e approvazione Elenchi**

1. La selezione non riveste carattere comparativo e la formazione degli elenchi avverrà mediante vaglio di ammissibilità sulla base del possesso dei requisiti previsti, della completezza della domanda e del rispetto delle modalità di partecipazione previste. Al procedimento presiede il Soggetto Attuatore, mediante costituzione di commissione o seggio di gara eventualmente anche monocratico.

2. All'esito dell'ammissione, saranno formati Elenchi di operatori economici distinti per Azione 1, 2 e 4 dell'Avviso Pubblico regionale.

3. L'inserimento nell'elenco degli operatori non farà sorgere alcun diritto in capo agli stessi nei confronti del Soggetto Attuatore. La scelta dell'operatore che fornirà le prestazioni all'utente spetterà, in ogni caso, al destinatario del Buono servizio. Sarà obbligatorio per l'operatore economico garantire l'adempimento degli obblighi di rendicontazione previsti, ai fini dell'ammissibilità della spesa, nei limiti previsti dal Buono servizio, come stabilito dalla Regione Toscana.

4. L'iscrizione nell'elenco avverrà nel rispetto dei principi di pubblicità, imparzialità e parità di accesso.

#### **Art. 7 – Durata del Progetto**

1. Il progetto dovrà concludersi entro 36 mesi dal loro inizio. Si considera quale data di inizio del progetto la data di stipula della Convenzione con la Regione Toscana, salvo eccezioni comunque autorizzate dall'Amministrazione regionale.

#### **Art. 8 – Modalità di presentazione della domanda**

1. La domanda di partecipazione all'Avviso deve essere redatta utilizzando i Modelli di cui ai seguenti Allegati, che costituiscono parte integrante del presente Avviso:

- **Allegato 1 per Operatori economici (organismi/enti/cooperative e/o singoli professionisti);**
- **Allegato 1.1 per Strutture residenziali e/o semi residenziali;**
- **Allegato 2 per tutti i candidati.**

2. Le domande dovranno contenere, a pena di esclusione, i seguenti documenti:

- copia documento di identità firmatario/a e/o legale rappresentante;
- iscrizione Albo professionale e/o copia Abilitazione professionale;
- per le strutture: Decreto di accreditamento.

3. La domanda dovrà contenere, a pena di inammissibilità, l'indicazione chiara e non equivocabile di:

- Tabella e prestazione professionale della candidatura;
- Costo orario del singolo intervento, comprensivo dei costi relativi a materiali, ausili e DPI;
- Abilitazione professionale e Accreditamento, sia per singoli che per strutture, pena inammissibilità della domanda.

4. La domanda deve essere inviata **a mezzo PEC** all'Azienda USL Toscana Sud Est all'indirizzo [ausltoscanasudest@postacert.toscana.it](mailto:ausltoscanasudest@postacert.toscana.it) indicando nell'Oggetto del messaggio l'indicazione della Tabella/azione per cui si presenta la candidatura, secondo le seguenti diciture:

- **Zona Distretto Colline dell'Albegna AZIONE 1 Sostegno alle cure domiciliari;**
- **Zona Distretto Colline dell'Albegna AZIONE 2 Sostegno alle cure domiciliari;**
- **Zona Distretto Colline dell'Albegna AZIONE 4 Sostegno alle cure domiciliari.**

5. Le domande dovranno pervenire a questa Azienda **entro il 30 esimo giorno successivo** alla pubblicazione del presente Avviso nel sito WEB dell'Azienda USL Toscana Sud Est per la formazione del primo degli elenchi di operatori economici. L'elenco sarà successivamente aggiornato da parte della commissione e/o seggio di gara nei 30 giorni seguenti alla conoscenza della PEC di invio della domanda. L'Avviso rimarrà aperto per tutta la durata del progetto di 36 mesi, decorrenti dalla data di stipula della Convenzione con la Regione Toscana. L'iscrizione negli Elenchi avverrà nel rispetto dei principi di pubblicità, imparzialità e parità di accesso. Gli Elenchi saranno pubblicati nel sito dell'Azienda USL Toscana Sud Est [www.uslsudest.toscana.it](http://www.uslsudest.toscana.it) nell'apposita sezione "Bandi e Concorsi" e nella sezione "Albo Pretorio".

6. Per tutte le informazioni, contattare dalle ore 9:00 alle ore 12:30 i seguenti numeri 0564/869367 oppure 0564/869404.

## Art. 9 – Cause di esclusione

1. Saranno considerate inammissibili e, quindi, escluse le domande:
  - pervenute oltre il termine di scadenza del progetto;
  - presentate da soggetti privi dei requisiti minimi per l'iscrizione nell'Elenco;
  - presentate con modalità diverse da quella previste o compilate solo in parte o incomplete;
  - non sottoscritte;
  - prive del documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore;
  - prive degli elementi essenziali della domanda.
2. Il soggetto attuatore si riserva di chiedere chiarimenti e integrazioni documentali. L'iscrizione nell'elenco avverrà nel rispetto dei principi di pubblicità, imparzialità e parità di accesso.

## Art. 10 – Obblighi di rendicontazione degli operatori economici

1. L'operatore economico e/o il libero professionista dovranno trasmettere alla Zona Distretto, la seguente documentazione giustificativa:

**a) fatturazione elettronica** con le modalità previste dalla legislazione vigente e, per i soggetti non tenuti, **ricevute o note di debito cartacee**;

**b) time card** con indicazione degli interventi eseguiti controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio dal suo tutore/ADS nominato.

*Le fatture e le ricevute o note di debito dovranno riportare:*

- i dati anagrafici relativi alla persona destinataria del Buono servizio
- il codice CUP
- il codice del progetto
- il dettaglio dei servizi erogati specificando il costo per ogni singolo servizio, come stabilito nel Piano di spesa.

*Le time card dovranno contenere:*

- data intervento
- orario intervento
- dettaglio intervento e costo, come stabilito nel Piano di Spesa;
- dati anagrafici professionista e destinatario e/o, se nominato, tutore/ADS;
- firma professionista e controfirma destinatario.

2. Non sono ammesse fatturazioni incomplete, prive di NSO generato dall'Azienda Sanitaria né sono finanziabili Buoni servizio per importi diversi da quelli approvati nel Piano di spesa.

3. Sarà onere dell'operatore economico comunicare alla Zona Distretto "Colline dell'Albegna" l'interruzione e/o la sospensione delle prestazioni **entro 24 ore dal termine**, compreso il caso del decesso del destinatario, del ricovero e/o per altre cause.

4. L'operatore economico è responsabile della corretta compilazione, tenuta e conservazione delle *time card* e della fatturazione prevista, ai fini della rendicontazione al Soggetto Attuatore. In caso di documentazione incompleta o non consegnata, o priva di firma e controfirma, il Soggetto Attuatore non è tenuto a corrispondere il valore del Buono Servizio non giustificato.

## Art. 11 – Trattamento dati

1. In osservanza del Regolamento UE 2016/679, i dati forniti dai soggetti candidati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il raggiungimento degli scopi del presente procedimento. Ai fini del loro trattamento, i titolari potranno esercitare i diritti previsti dalle disposizioni di legge e di regolamento sopra citati.

2. Il titolare del trattamento è l'Azienda USL Toscana sud est (P.IVA 02236310518) in persona del Direttore Generale quale legale rappresentante *pro tempore*, con sede legale in Via Curtatone 54, CAP 52100 – Arezzo. Dati di contatto del Titolare: tel 0575-254102; e-mail: [direttoregenerale@uslsudest.toscana.it](mailto:direttoregenerale@uslsudest.toscana.it); PEC [ausltoscanasudest@postacert.toscana.it](mailto:ausltoscanasudest@postacert.toscana.it); dati di contatto del Responsabile per la protezione dei dati personali: Tel. 0575-254156; email: [privacy@uslsudest.toscana.it](mailto:privacy@uslsudest.toscana.it) .

**AZIENDA USL TOSCANA SUD EST**  
**ZONA DISTRETTO "COLLINE DELL'ALBEGNA"**  
**Progetto "Scegliere di rimanere a casa"**

**MODELLO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**  
**PER OPERATORI ECONOMICI E SINGOLI PROFESSIONISTI**

per l'inserimento nell'Elenco di operatori economici erogatori di servizi e prestazioni di cui alle seguenti Tabelle dell'Avviso Pubblico regionale "Interventi di sostegno alle cure domiciliari" a valere sul PR FSE+ 2021-2027, rif.to Decr. Dirig. R.T. n°27538/2023:

- Tabella 1 per Azione 1 "Servizi di continuità ospedale – territorio"
- Tabella 2 per Azione 2 "Percorsi per la cura e il sostegno familiare a persone affette da demenza"
- Tabella 4 per Azione 4 "Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità"

*E' obbligatorio, al momento della presentazione della domanda, risultare accreditati secondo la normativa regionale di riferimento.*

IL CANDIDATO INDICHI LA QUALIFICA POSSEDUTA:

- Organismi, enti, cooperative, altro: \_\_\_\_\_
- Singolo Professionista: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante *pro tempore* di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_ denominata \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ P I.V.A. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE PER**

**l'inserimento nell'Elenco degli/delle Operatori/Operatrici Economici/e per l'erogazione di servizi e/o prestazioni di cui alle Tabelle dell'Avviso regionale in Oggetto:**

IL CANDIDATO SELEZIONI LA TABELLA E LE PRESTAZIONI PER CUI PRESENTA DOMANDA:

- Tabella 1 Azione 1 "Servizi di continuità ospedale – territorio";
- Tabella 2 Azione 2 "Percorsi per la cura e il sostegno familiare a persone affette da demenza";
- Tabella 4 Azione 4 "Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità".

**Tabella 1****Azione 1 "Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio"**

<b>Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)</b>	<b>Operatore</b>	<b>Costo orario singolo intervento*</b>	<b>Selezione SI/NO</b>
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione <i>care giver</i>	OSA/OSS/ADB	€ 30,00	
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, medicazione semplice	Infermiere	€ 50,00	
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del <i>care giver</i> . Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al <i>self management</i>	Fisioterapista	€ 50,00	

**\* I costi sono comprensivi di quelli per materiali, ausili, DPI, IVA se dovuta e trasporto.**

**Tabella 2****Azione 2 "Percorsi per la cura ed il sostegno familiare a persone affette da demenza"**

<b>Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)</b>	<b>Operatore</b>	<b>Costo orario singolo intervento*</b>	<b>Selezione SI/NO</b>
Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i>	OSA/OSS/ADB	€ 30,00	
Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia	PSIC	€ 50,00	
Intervento di psico educazione al <i>caregiver</i> , monitoraggio/revisione Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia. Attività di formazione e sostegno all'Educatore/Animatore sul caso specifico.		€ 50,00	
Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo all'utilizzo della metodologia di stimolazione cognitiva ed occupazionale; stimolazione cognitiva ed occupazionale del paziente mediante intervento diretto di un educatore/animatore, stimolazione cognitiva ed occupazionale prolungata "di mantenimento" del paziente mediante l'intervento del <i>caregiver</i>	Educatore Professionale	€ 40,00	

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	Fisioterapista	€ 50,00	
Interventi di stimolazione neuro cognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso	PSIC/NEUROPSIC	€ 20,00 a persona	
Interventi di fisioterapista per AFA - gruppi chiusi	Fisioterapista	€ 20,00 a persona	
Supporto psicologico alla famiglia – gruppo chiuso	PSIC	€ 20,00 a persona	
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)			

**\* I costi sono comprensivi di quelli per materiali, ausili, DPI, IVA se dovuta, trasporto.**

**Tabella 4****Azione 4 "Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità"**

<b>Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)</b>	<b>Operatore</b>	<b>Costo orario singolo intervento*</b>	<b>Selezione SI/NO</b>
Attività supporto e assistenza nelle attività quotidiane (cura igiene personale, alimentazione, mobilità)	OSA/OSS/ADB	€ 30,00	
Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare. Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo, riabilitativo	Infermiere	€ 50,00	
Intervento di psico educazione al caregiver, monitoraggio/revisione del Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia. Attività di formazione e sostegno all'Educatore/Animatore sul caso specifico	PSIC	€ 50,00	
Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo	Educatore Professionale	€ 40,00	
Interventi del fisioterapista per mantenimento funzionale assistito e trasferimento competenze al caregiver	Fisioterapista	€ 50,00	
Interventi logopedista sui ritardi e/o disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento – DSA (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia) disturbi della voce (disfonia infantile)	Logopedista	€ 50,00	
Interventi di abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione generale ai disordini dello sviluppo	Terapista Neuro Psicomotricità Età Evolutiva (TNPEE)	€ 50,00	
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)			

**\* I costi sono comprensivi di quelli per materiali, ausili, DPI, IVA se dovuta e trasporto.**



### A TAL FINE DICHIARA DI

- svolgere l'attività professionale e/o di impresa di:

- essere iscritto all'Albo / Ordine professionale \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_ (per il libero professionista)

- essere accreditato (*requisito obbligatorio, a pena di esclusione dalla procedura*):

- Altre informazioni utili per la presentazione della domanda:

### DICHIARA inoltre

- di aver letto e accettare tutte le condizioni previste dal presente Avviso e dall'Avviso Pubblico "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" di cui al Decr. Dirig. n° 27538 del 22/12/2023 della Regione Toscana;
- di non incorrere in ipotesi di conflitto di interesse con l'Azienda Sanitaria - Zona Distretto "Colline dell'Albegna";
- di essere informato che, nel rispetto del Reg. UE 679/2016 "Regolamento generale sulla protezione dei dati", i dati forniti con il presente modello saranno trattati nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa e per tutta la durata del progetto.

### E ASSUME IMPEGNO

- a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa a titolarità, denominazione o ragione sociale, rappresentanza, indirizzo e recapiti ed ogni rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti;
- a rispettare i termini e modalità di rendicontazione previsti dall'Avviso Pubblico Regionale "Interventi di sostegno alle cure domiciliari" e dal Reg. UE 1060/2021.

(Luogo e Data)

(Firma)

---

### Si allegano in copia:

- Documento d'identità in corso di validità del/la firmatario/a;
- Certificato iscrizione Albo/Ordine professionale.

**AZIENDA USL TOSCANA SUD EST**  
**ZONA DISTRETTO "COLLINE DELL'ALBEGNA"**  
**Progetto "Scegliere di rimanere a casa"**

**MODELLO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**PER STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI**

per l'inserimento nell'Elenco di operatori economici erogatori di servizi e prestazioni di cui alle seguenti Tabelle dell'Avviso Pubblico regionale "Interventi di sostegno alle cure domiciliari" a valere sul PR FSE+ 2021-2027, rif.to Decr. Dirig. R.T. n°27538/2023:

- **Tabella 1 per Azione 1 "Servizi di continuità ospedale – territorio"**
- **Tabella 2 per Azione 2 "Percorsi per la cura e il sostegno familiare a persone affette da demenza"**
- **Tabella 4 per Azione 4 "Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità"**

*E' obbligatorio al momento della presentazione della domanda per le strutture residenziali/semi residenziali risultare accreditati secondo la normativa regionale di riferimento.*

IL CANDIDATO INDICHI IL DECRETO DI ACCREDITAMENTO:

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante *pro tempore* di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ente \_\_\_\_\_ denominata \_\_\_\_\_,  
con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ P. I.V.A. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_.

**MANIFESTA INTERESSE PER**

**l'inserimento nell'Elenco di Operatori Economici autorizzati all'erogazione dei servizi e/o prestazioni di cui alle Tabelle 1, 2 e 4 dell'Avviso regionale in Oggetto.**

IL CANDIDATO SELEZIONI LA TABELLA E I SERVIZI PER CUI PRESENTA DOMANDA:

- Tabella 1 - Azione 1 "Servizi di continuità ospedale – territorio"**
- Tabella 2 - Azione 2 "Percorsi per la cura e il sostegno familiare a persone affette da demenza"**
- Tabella 4 - Azione 4 "Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità"**

**Tabella 1****Azione 1 "Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio"**

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Tariffa giornaliera	Selezione SI/NO
Cure intermedie temporanee nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito (Ricovero per 20 giorni)	Tariffa giornaliera Rif.to D.G.R.T. 909/2017	

**Tabella 2****Azione 2 "Percorsi per la cura ed il sostegno familiare a persone affette da demenza"**

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Tariffa giornaliera	Selezione SI/NO
Centro diurno (frequenza giornaliera mezza/intera giornata)	A totale copertura retta giornaliera	
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		
Caffè Alzheimer	€ 20,00 a persona per incontro	
Atelier Alzheimer	€ 40,00 a persona per incontro	
Musei per l'Alzheimer	€ 10,00 a persona per accesso	
Intervento di sollievo residenziale (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura residenziale): Max 30 giorni	Tariffa giornaliera Rif.to D.G.R.T. 909/2017	

**Tabella 4****Azione 4 "Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità"**

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Tariffa giornaliera	Selezione SI/NO
Laboratori diurni creativi / Centri di aggregazione	A totale copertura retta giornaliera	
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		

**A TAL FINE DICHIARA**

- di essere accreditato, secondo la normativa regionale di riferimento con Decreto \_\_\_\_\_;
- di assicurare i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento 2/R del 9 gennaio

2018, come modificato con D.P.G.R. n. 12/R del 22/03/2021, per il modulo specialistico “Cure Intermedie” ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria;

- di assicurare i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento n. 79/R D.P.G.R. del 17/11/2016, allegato A, strutture D.6 e D.7, rispettivamente per il *setting* “LOW CARE” e “Residenzialità Sanitaria Intermedia”;
- di comunicare le seguenti informazioni utili alla presentazione della domanda:

#### **DICHIARA inoltre**

- di aver letto e accettare tutte le condizioni previste dal presente Avviso e dall'Avviso Pubblico “Sostegno ai servizi di cura domiciliare” di cui al Decr. Dirig. n. 27538 del 22/12/2023 della Regione Toscana;
- di essere informato che, nel rispetto del Reg. UE 679/2016 “Regolamento generale sulla protezione dei dati”, i dati forniti con il presente modello saranno trattati soltanto nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa e per tutta la sua durata, fino agli adempimenti di controllo e rendicontazione;
- di essere in regola con gli adempimenti in materia fiscale, previdenziale e assicurativa nei confronti del personale dipendente e applicare il CCNL

---

#### **E ASSUME IMPEGNO**

- A comunicare tempestivamente ogni variazione relativa a titolarità, denominazione o ragione sociale, rappresentanza, indirizzo e recapiti ed ogni rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti;
- A rispettare i termini e le modalità di rendicontazione previsti dall’Avviso Pubblico Regionale “Interventi di sostegno alle cure domiciliari” e dal Reg. UE 1060/2021.

(Luogo e Data)

(Firma)

---

---

#### **Si allegano in copia:**

- Documento d'identità in corso di validità del/la firmatario/a;
- Decreto di accreditamento ai sensi del Regolamento 2 R del 2018;
- Ricevuta SUAP ex L.R.T. 82/2009.

**AZIENDA USL TOSCANA SUD EST**  
**ZONA DISTRETTO "COLLINE DELL'ALBEGNA"**  
**Progetto "Scegliere di rimanere a casa"**  
**Codice Progetto S.I. FSE: 312755**

**CUP C39G24000010006**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' a norma degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante  
*pro tempore* di \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

consapevole dei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni e delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dagli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000 (Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), sotto la propria responsabilità (barrare i riquadri che interessano e riempire i campi vuoti con i propri dati),0

**DICHIARA**

- Di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con le PP.AA., ai sensi degli Artt. 94 - 98 D. Lgs. n. 36/2023 (nuovo Codice dei Contratti Pubblici);
- Di non incorrere in nessuna delle ipotesi di conflitto di interesse previste dalla legislazione vigente;
- Di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione, cessazione attività, concordato preventivo o in qualsiasi altra situazione considerata equivalente secondo l'ordinamento, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione delle suddette situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio;
- Di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, o con decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta delle parti ai sensi dell'art.444 c.p.p., per uno dei reati, consumati o tentati, di cui al capo I titolo II del libro II del codice penale;
- Di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, o con decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 c.p.p, per uno dei reati, consumati o tentati, di cui agli Artt. 416 e 416-bis C.P. e/o per ogni altro delitto da cui derivi, quale pena accessoria, l'incapacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
- Di non avere affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del Decreto Legislativo n. 165/2001 (TU Pubblico Impiego);
- Di garantire il rispetto degli adempimenti obbligatori previsti dal Codice per la protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003 e ss. mm.ii.) e dal Regolamento UE n. 679/2016 e assicurare la tutela della riservatezza nel trattamento dei dati personali degli utenti;
- Di essere in regola con gli obblighi di contribuzione di tipo previdenziale e assicurativo, anche a favore dei lavoratori dipendenti, secondo la legislazione vigente;

- Di essere in regola con la valutazione dei rischi propri dell'attività d'impresa, ai sensi del D.Lgs. 81/2008;
- Di aver provveduto a effettuare un'adeguata informazione, anche ai propri lavoratori, in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, ai sensi degli artt. 36 e 37 D.Lgs. 81/2008, con particolare riferimento ai servizi e prestazioni oggetto della presente procedura;
- Di assicurare l'adozione delle misure di protezione adeguate nonché degli ausili e DPI occorrenti;
- Di impegnarsi a produrre, in caso di ammissione e inserimento nell'elenco, tutta la documentazione dichiarata, compresa la polizza per Responsabilità civile;
- Di comunicare i seguenti dati ai fini della posizione assicurativa:

INPS \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_;  
 INAIL \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_.

Nel caso di enti/impresе/cooperative:

- Di garantire l'applicazione del contratto collettivo e territoriale \_\_\_\_\_ tenendo conto, in relazione all'oggetto del progetto e alle prestazioni da eseguire, anche in maniera prevalente, di quelli stipulati dalle associazioni dei datori e dei prestatori di lavoro comparativamente più rappresentative sul piano nazionale;
- Di garantire le pari opportunità generazionali, di genere e di inclusione lavorativa per le persone con disabilità grave o svantaggiate;
- Di essere in regola con tutti gli obblighi in materia di trasparenza per gli Enti del Terzo Settore;
- Di avere concluso polizza di responsabilità civile verso terzi numero \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_.

Luogo e Data

Firma

**Si allega:**

- Copia documento d'identità in corso di validità del/della firmatario/a.

Il soggetto attuatore si riserva di verificare il possesso dei requisiti di partecipazione o chiedere altra documentazione utile ai fini dell'ammissione.