

ALLEGATO A

REGIONE TOSCANA

FONDO SOCIALE EUROPEO

Programma Operativo Regionale 2014 – 2020

Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione

ASSE B - INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA'

Attività PAD B.2.1.3.A) "Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia"

AVVISO PUBBLICO

**Potenziamento dei servizi di continuità
assistenziale –buoni servizio per sostegno
alla domiciliarità**

Premessa

Le dimissioni dalle strutture ospedaliere e dalle strutture residenziali post acute, in modo particolare per le persone anziane e/o con condizioni socio-assistenziali fragili, rappresentano uno degli elementi di maggior criticità organizzativa nei percorsi di continuità di cura e assistenziale. In modo particolare le situazioni di fragilità familiare e sociale rappresentano una delle condizioni che ostacolano l'appropriata dimissione al domicilio pur in presenza di condizioni cliniche stabilizzate.

Con la DGR n.1010 del 01/12/2008 si affermava che: «le dimensioni della “presa in carico” e della continuità ospedale-territorio, in particolare per le dimissioni ospedaliere difficili, richiedono non solo la revisione dei processi interni alla struttura ospedaliera, ma anche, e soprattutto, l'integrazione con l'attività svolta dai servizi socio-sanitari territoriali, con una organizzazione funzionalmente dedicata sul modello delle Agenzie/Servizi per la continuità assistenziale ospedale-territorio».

Nella DGR n.370 del 22/03/2010 “Approvazione del Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente” si richiama la necessità di definire modalità alternative per l'accesso e la presa in carico, anche della persona ultra65enne con disabilità temporanea o ad alto rischio di perdita permanente dell'autosufficienza, tramite percorsi valutativi e progettuali dedicati e progetti di assistenza personalizzati caratterizzati da particolare intensità sanitaria di breve periodo.

Con successiva DGR n.431 del 3/06/2013 sono stati emanati gli indirizzi per l'individuazione dei livelli di Assistenza intermedia all'interno dei quali collocare le risposte appropriate costituite da una vasta gamma di servizi forniti in un arco temporale a breve termine, a domicilio o in un ambiente residenziale, il cui obiettivo è quello di facilitare la dimissione precoce dall'ospedale, evitare i ricoveri non necessari e prevenire il ricorso all'istituzionalizzazione. La finalità primaria dell'Assistenza Intermedia è infatti quella di svolgere una funzione di transizione, creando un ponte tra differenti livelli di erogazione dell'assistenza.

Le iniziative messe in atto per sostenere la ricollocazione a domicilio della persona anziana con limitazioni dell'autonomia e a rischio di non autosufficienza, così come per le persone con disabilità già presente, trovano tuttavia molto spesso ostacolo nella difficoltà ad individuare, e fornire, interventi/soluzioni che svolgano una funzione complementare ed integrativa dei servizi offerti in questo contesto ed aventi caratteristiche definite di tempestività, qualità e temporaneità.

Sulla scorta di tale difficoltà, con DGR n.679 del 12/07/2016 si è ritenuto di dover procedere alla definizione di ulteriori indirizzi regionali per l'effettiva costituzione in tutte le zone-distretto dell'Agenzia di Continuità ospedale-territorio, quale livello operativo territoriale facente capo funzionalmente alla zona-distretto, individuandone funzioni e compiti. In particolare all'Agenzia di Continuità viene demandato il compito di garantire il governo dell'interfaccia ospedale-territorio e la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione attraverso una programmazione della stessa.

Sulla base di tale quadro normativo, viene ritenuto necessario e positivo poter disporre di interventi integrativi a supporto della dimissione a domicilio, attivabili tempestivamente da parte dei servizi territoriali di competenza, che consentano al soggetto destinatario ed al suo nucleo familiare di scegliere l'erogatore delle prestazioni integrative fra i soggetti selezionati a mezzo di procedura di evidenza pubblica conformemente a quanto indicato all'Art. 8 del presente Avviso regionale.

Gli interventi sono definiti all'interno del Piano individualizzato formulato per la dimissione dalla struttura ospedaliera e/o residenziale e, in quanto finalizzati a facilitare la dimissione, devono essere erogati entro tre settimane dalla dimissione, tempo considerato sufficiente per la definizione di un eventuale PAP (Progetto Assistenziale Personalizzato) nel caso in cui emerga la necessità di una risposta integrata a fronte di un bisogno complesso.

I Servizi territoriali di continuità ospedale-territorio attivano, in caso di necessità, la presa in carico da parte dell'UVM (Unità di valutazione Multidisciplinare) per la valutazione delle condizioni di bisogno e la definizione di un PAP secondo la tempistica prevista dalla normativa di riferimento.

Nell'anno 2015 sono stati dimessi dai reparti per acuti dei presidi ospedalieri toscani 232.931 cittadini ultrasessantacinquenni, una parte dei quali presenta caratteristiche di complessità socio-assistenziale che rendono critica la fase della dimissione e del trasferimento al proprio domicilio.

Il presente Avviso si propone di intervenire su questa fascia di popolazione, stimata in circa il 3% delle dimissioni dagli ospedali di cittadini con età >65 che presenta caratteristiche di complessità legate alla disabilità temporanea o all'alto rischio di perdita permanente dell'autosufficienza.

Con questo intervento si intende assicurare, attraverso l'estensione della sperimentazione di un modello innovativo finora avviata soltanto in alcune zone-distretto, la messa a sistema di interventi assistenziali a supporto della domiciliarità di livello medio-minimo che, diversamente, non sarebbe-

ro erogati, con conseguente permanenza in ospedale, garantendo l'omogenizzazione a livello regionale dei pacchetti interventi così come definiti nel presente Avviso.

Questi interventi si caratterizzano anche per una estensione degli orari di erogazione, possibile grazie al coinvolgimento di nuovi erogatori di servizi sul territorio, aventi sia i requisiti di organizzazioni accreditate nel sistema socio-sanitario che la forma di attività professionale autonoma.

L'attivazione di una valutazione multidimensionale standardizzata, attivata a mezzo delle Azioni di sistema, determina, anche per i soggetti che successivamente non saranno assegnatari del buono servizio, una maggiore appropriatezza nella gestione dei percorsi di continuità assistenziale.

L'obiettivo dell'intervento, coerentemente con quanto previsto dall'Attività PAD B.2.1.3.A) e dall'Obiettivo Specifico B.2.1 del POR, mira quindi a favorire "l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi sociosanitari domiciliari e a ciclo diurno" e "l'incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera".

Il presente avviso, che contribuisce allo sviluppo urbano sostenibile, dispone che una quota pari a Euro 1.280.000 delle risorse finanziarie complessive siano riservate alla realizzazione di interventi destinati alle macro aree territoriali (42 comuni, 14 Aree Funzionali Urbane (FUA), individuate con DGR n.57 del 26/01/2015 e specificate nella Tabella 1 e Tabella 2.

Il presente avviso contribuisce all'attuazione della Strategia per le Aree Interne (SNAI) concorrendo alla realizzazione di interventi finalizzati al coinvolgimento di soggetti attuatori localizzati nei territori indicati dalla DGR 314/2015 per i territori classificabili come Aree Interne.

Articolo 1

Finalità generali

Il presente Avviso finanzia interventi a carattere regionale a valere sull'Asse B – Inclusione sociale e lotta alla povertà del Programma Operativo Regionale FSE 2014-2020 "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione" approvato con Decisione della Commissione Europea C(2014) 9913 del 12 dicembre 2014.

Gli interventi finanziabili a mezzo delle risorse del presente Avviso regionale saranno finalizzati a favorire, accompagnare e sostenere, nell'ambito dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio, il rientro presso il proprio domicilio della persona anziana, con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza o della persona disabile grave, a seguito di dimissioni da un presidio ospedaliero zonale o da Azienda Universitaria Ospedaliera o da strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative presenti sul territorio regionale, anche attraverso il potenziamento e consolidamento dei servizi territoriali di continuità assistenziale con la messa a disposizione di interventi integrativi a sostegno della domiciliarità.

Le prestazioni e i servizi erogati attraverso tali interventi svolgono una funzione complementare e integrativa e non sostitutiva rispetto agli ordinari servizi previsti dai livelli essenziali di assistenza.

In coerenza con l'Attività B.2.1.3.A) del PAD "*Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia*", tali interventi prevedono l'attivazione di servizi ai cittadini erogati attraverso buoni servizio sulla base di Piani individualizzati.

Articolo 2

Tipologie di interventi ammissibili

Gli interventi finanziati a mezzo del presente Avviso dovranno essere conformi a quanto indicato nella DGR n.1134 del 24/11/2015 con cui si definiscono le "Linee di indirizzo per l'attivazione ed il finanziamento degli interventi sulle attività dell'Asse B del POR-FSE 2014-2020 per le quali il Settore Innovazione Sociale della RT è Responsabile di Attività".

Si descrivono di seguito le tipologie principali di attività ammissibili e finanziabili dall'Avviso che dovranno essere tutte obbligatoriamente presenti nei progetti proposti:

- A. Azioni di sistema.** Tutte le Azioni di sistema sono preliminari all'erogazione dei servizi (buono servizio) previsti nei progetti individualizzati:

- 1) Consolidamento ed eventuale potenziamento del Servizio zonale di continuità ospedale-territorio preposto ai percorsi, ed in particolare:
 - A.1.a) potenziamento dell'attività di valutazione multidisciplinare all'interno del presidio ospedaliero di zona anche attraverso operatori dedicati che garantiscano il servizio di continuità e l'integrazione con il reparto di dimissione del paziente destinatario;
 - A.1.b) informazione e disseminazione al personale ospedaliero delle procedure e dei protocolli per la continuità alla dimissione ospedaliera;
 - A.1.c) diffusione e addestramento all'uso della procedura valutativa e alla definizione dei Piani individualizzati;
- 2) Attivazione, presso le strutture di dimissione interessate dalle azioni di progetto, di un punto informativo e di orientamento sulle caratteristiche dei servizi integrativi offerti dal presente Avviso e conseguente realizzazione di azioni consulenziali ai destinatari e alle loro famiglie.

B. Azioni rivolte alla persona. Implementazione di buoni servizio per 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.

L'Agenzia di continuità ospedale-territorio effettuerà la valutazione multidisciplinare con conseguente presa in carico dei destinatari individuati quali pazienti dimissionari con caratteristiche di complessità socio-assistenziale che rendono critica la fase della dimissione e del trasferimento al domicilio.

In previsione del rientro presso il proprio domicilio, per ogni destinatario verrà formulato un Piano individualizzato sulla base degli specifici bisogni rilevati e, ove ritenuto necessario, verrà assegnato un buono servizio.

I percorsi di presa in carico potranno contribuire a:

- 1) favorire, anche nei percorsi di continuità assistenziale, le condizioni per la realizzazione di un "Progetto globale di presa in carico" inteso come progetto di cura e sostegno personalizzato di tipo domiciliare, che ricomprende al suo interno tutti gli ambiti di vita della persona, mettendola al centro dell'assistenza, non solo come oggetto del sistema di prestazioni e di risposte, ma anche e soprattutto come soggetto che collabora, partecipa, anche laddove la gravità delle condizioni di salute sia di notevole entità;
- 2) sperimentare modalità assistenziali innovative a favore delle persone con limitazione dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza in dimissione ospedaliera o da strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative;
- 3) facilitare il rientro domiciliare di persone con limitazioni di autonomia o a rischio di non autosufficienza e disabili gravi in dimissione da strutture ospedaliere o strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative;
- 4) ottenere il massimo del recupero possibile dopo la perdita funzionale derivante da malattia acuta, rallentare il peggioramento della disabilità o della progressione della condizione di cronicità;
- 5) mantenere significative relazioni interpersonali per evitare isolamento ed emarginazione.

Articolo 3

Soggetti ammessi alla presentazione dei progetti

Ai sensi della DGR n.760 del 01/08/2016 (PAD - Provvedimento Attuativo di Dettaglio del POR FSE) sono ammessi alla presentazione di progetti esclusivamente:

- le Società della Salute, per le zone-distretto ove esse siano formalmente costituite ai sensi dell'Art. 71 bis della LR n.40 del 24/02/2005 e s.m.i;

e ove non costituite:

- il soggetto pubblico espressamente individuato dalla Conferenza zonale dei sindaci integrata (definita all'Art. 70 bis, comma 8 della della LR n.40 del 24/02/2005 e s.m.i.) nell'ambito delle convenzioni per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria o un raggruppamento temporaneo (ATS costituita o costituenda) di soggetti ammissibili, come definiti nell'Attività B.2.1.3 A) del PAD, espressamente individuato dalla Conferenza zonale dei sindaci integrata.

Le Società della Salute, in qualità di consorzio, dovranno indicare in sede di candidatura – nell'apposita sezione del formulario - gli eventuali consorziati dei quali il soggetto attuatore intende avvalersi per l'attuazione di parti del progetto. Questo renderà ammissibili i costi sostenuti dai consorziati.

Le zone-distretto – previa decisione da adottarsi da parte delle rispettive Società della Salute (oppure, per le zone-distretto in cui la società della salute non è costituita, da parte della Conferenza zonale dei sindaci) – hanno facoltà di aggregarsi tra di loro ai fini di presentare progetti in forma integrata, ferme restando le tipologie dei soggetti ammessi alla presentazione dei progetti di cui al presente paragrafo, conformemente a quanto disposto dall'Art. 91 della Legge Regionale n. 84/2015 relativamente alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto. In questo caso il progetto dovrà essere presentato da una ATS costituita o costituenda.

Articolo 4 **Risorse disponibili e modalità di assegnazione**

Per l'attuazione del presente Avviso e per l'intera durata dei progetti è disponibile l'importo complessivo di **Euro 9.000.000,00 (nove milioni)** Tali risorse (come riportato nella "Tabella 1: Ripartizione complessiva delle risorse per zone-distretto"), sono suddivise in:

- A) Risorse destinate al finanziamento di buoni servizio per il sostegno alla domiciliarità: Euro 7.750.000,00 (sette milioni settecentocinquantamila); di cui Euro 1.280.000,00 (un milione duecentototantamila) contribuiscono, in attuazione di quanto stabilito dal POR FSE 2014-2020, allo sviluppo urbano sostenibile ed in sinergia con quanto previsto nell'ambito dell'Asse 6 del POR FESR 2014-2020;
- B) Risorse per Azioni di sistema: **Euro 1.250.000,00 (un milione duecentocinquantamila).**

Relativamente alla Strategia per le Aree Interne, nelle more dell'approvazione dei relativi APQ, le risorse finanziarie destinate col presente Avviso ai soggetti individuati dalla DGR n.314 del 23/03/2015 concorrono ad attuare le finalità generali della SNAI sui territori classificabili come Aree Interne.

Per la ripartizione territoriale delle risorse il presente Avviso individua i seguenti ambiti zonali:

- **per le risorse destinate al finanziamento di buoni servizio per il sostegno alla domiciliarità, e per quelle indirizzate alle Azioni di sistema quali ambiti territoriali di riferimento:** le zone-distretto, di cui all'Art. 64, comma 1, della LR n.40 del 24/02/2005 e s.m.i., secondo il quale "la zona-distretto è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate" (Tabella 1);
- **per le risorse destinate a rinforzare le azioni integrate FSE-FESR a finanziamento di buoni servizio per il sostegno alla domiciliarità:** i Comuni eligibili ricompresi nelle Aree Funzionali Urbane (come indicate nella "Tabella 2: Risorse a sostegno delle azioni per lo sviluppo urbano sostenibile ripartite per singoli Comuni"), selezionati sulla base di criteri indicati dalla DGR n.57 del 26/01/2015 "Atto di Indirizzo per interventi in ambito urbano. I progetti di Innovazione Urbana (PIU)".

Per la ripartizione delle risorse il presente Avviso individua i seguenti criteri:

A. Risorse destinate al finanziamento di buoni servizio per il sostegno alla domiciliarità:

A1. per l'importo base:

1. la popolazione complessiva della zona-distretto;
2. la popolazione disabile grave 18/64 anni;
3. il numero delle dimissioni >65 anni da ricovero ospedaliero ordinario, per zona di residenza, ovunque ricoverati;

A2. per le risorse destinate a rinforzare le azioni integrate FSE-FESR per lo sviluppo urbano sostenibile e a finanziamento di buoni servizio per il sostegno alla domiciliarità:

- la popolazione complessiva residente nei Comuni ricompresi nelle Aree Funzionali Urbane (FUA).

B. Risorse per le Azioni di sistema:

1. 27.000 € per le zone-distretto con assegnazione complessiva di risorse destinate al finanziamento di buoni servizio fino ai 100.000 €;
2. 35.000 € per le zone-distretto con assegnazione complessiva di risorse destinate al finanziamento di buoni servizio comprese tra 100.001 € e 300.000 €;
3. 45.000 € per le zone-distretto con assegnazione complessiva di risorse destinate al finanziamento di buoni servizio comprese tra 300.001 € e 550.000 €;
4. 70.000 € per le zone-distretto con assegnazione complessiva di risorse destinate al finanziamento di buoni servizio superiori ai 550.001 €.

Le risorse da impiegarsi per il finanziamento dei ricoveri temporanei presso le RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito non dovranno superare il 20% delle risorse per buoni servizio assegnate ad ogni zona-distretto.

Nel caso – previsto all'Art. 3 – in cui due o più zone-distretto decidano di aggregarsi, le risorse assegnate complessivamente disponibili sono pari alla somma delle risorse previste per ciascuna singola zona.

L'importo di ogni singolo progetto non dovrà comunque essere superiore a **€ 1.500.000**

TABELLA 1. Ripartizione complessiva delle risorse per zone-distretto

Az. USL	ZONA-DISTRETTO	Risorse per buoni servizio per il sostegno alla domiciliarità			Risorse per Azioni di sistema	Totale risorse assegnate
		Importo base	Risorse a sostegno delle azioni per lo sviluppo urbano sostenibile	Totale risorse per buoni servizio ¹		
CENTRO	Pistoiese	307,966	133,737	441,703	45,000	486,703
	Val di Nievole	206,259	52,500	258,759	35,000	293,759
	Pratese	415,696	191,139	606,835	70,000	676,835
	Firenze	714,186	0	714,186	70,000	784,186
	Fiorentina Nord-Ovest	353,059	0	353,059	45,000	398,059
	Fiorentina Sud-Est	292,954	0	292,954	35,000	327,954
	Mugello	108,073	0	108,073	35,000	143,073
	Empolese	282,391	95,084	377,475	45,000	422,475
	Valdarno Inferiore	105,471	57,395	162,866	35,000	197,866
NORD OVEST	Lunigiana	94,212	0	94,212	27,000	121,212
	Apuane	237,961	123,010	360,971	45,000	405,971
	Valle del Serchio	116,116	0	116,116	35,000	151,116
	Piana di Lucca	292,642	129,055	421,697	45,000	466,697
	Alta Val di Cecina	45,774	0	45,774	27,000	72,774
	Valdera	199,099	60,074	259,173	35,000	294,173
	Pisana	366,868	152,240	519,108	45,000	564,108
	Bassa Val di Cecina	130,811	51,042	181,853	35,000	216,853
	Livornese	283,530	150,578	434,108	45,000	479,108
	Val di Cornia	113,203	40,690	153,893	35,000	188,893
	Elba	59,019	0	59,019	27,000	86,019
	Versilia	282,847	0	282,847	35,000	317,847
SUD EST	Alta Valdelsa	107,203	43,456	150,659	35,000	185,659
	Valdichiana Senese	113,175	0	113,175	35,000	148,175
	Amiata Senese e Val d'O.	41,124	0	41,124	27,000	68,124
	Senese	203,919	0	203,919	35,000	238,919
	Casentino	69,506	0	69,506	27,000	96,506
	Val Tiberina	55,449	0	55,449	27,000	82,449
	Valdichiana Aretina	87,979	0	87,979	27,000	114,979
	Aretina	226,179	0	226,179	35,000	261,179
	Valdarno	170,251	0	170,251	35,000	205,251
	Colline Metallifere	83,578	0	83,578	27,000	110,578
	Colline dell'Albegna	86,373	0	86,373	27,000	113,373
	Amiata Grossetana	37,198	0	37,198	27,000	64,198
	Grossetana	179,929	0	179,929	35,000	214,929
	TOTALI	6,470,000	1,280,000	7,750,000	1,250,000	9,000,000

¹ Di cui max 20% per ricoveri temporanei presso RSA.

TABELLA 2: Risorse a sostegno delle azioni per lo sviluppo urbano sostenibile ripartite per singoli Comuni

Comuni			
AZIENDE USL	ZONE-DISTRETTO	COMUNI ELIGIBILI	Risorse a sostegno delle azioni per lo sviluppo urbano sostenibile ripartite per singoli Comuni
CENTRO	Pistoiese	Quarrata	22.302
		Serravalle Pistoiese	9.944
		Pistoia	77.311
		Agliana	14.977
		Montale	9.203
	Val di Nievole	Monsummano Terme	18.236
		Montecatini-Terre	17.409
		Pescia	16.855
	Pratese	Carmignano	12.294
		Prato	163.090
		Montemurlo	15.755
	Empolese	Cerreto Guidi	9.328
		Empoli	40.992
		Vinci	12.508
		Montelupo Fiorentino	11.993
		Fucecchio	20.263
	Valdarno Inferiore	Castelfranco di Sotto	11.446
		Montopoli in Val d'Arno	9.567
		San Miniato	23.977
		Santa Croce sull'Arno	12.405
NORD OVEST	Apuane	Carrara	54.529
		Massa	59.631
		Montignoso	8.850
	Piana di Lucca	Altopascio	13.217
		Capannori	39.596
		Lucca	76.242
	Val d'Era	Calcinaia	10.490
		Ponsacco	13.372
		Pontedera	24.929
		Santa Maria a Monte	11.282
	Pisana	Cascina	38.511
		Pisa	76.441
		San Giuliano Terme	26.820
		Vecchiano	10.468
	Bassa Val di Cecina	Cecina	24.055
		Rosignano Marittimo	26.986
Livornese	Collesalveti	14.350	
	Livorno	136.228	
Val di Cornia	Campiglia Marittima	11.353	
	Piombino	29.338	
SUD EST	Alta Val d'Elsa	Colle di Val d'Elsa	18.498
		Poggibonsi	24.958
TOTALE			1.280.000

Articolo 5 Destinatari degli interventi

I destinatari per tutte le tipologie di azioni (Azioni di sistema, erogazione di buoni servizio), sono:

- A. 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 secondo i criteri contenuti nell'Allegato n. 5 del presente Avviso.

- B. 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.

Ogni progetto zonale dovrà prevedere il raggiungimento di un numero minimo di persone valutate secondo quanto indicato nella "Tabella 3: Persone valutate e buoni servizio per zona-distretto".

Ogni zona-distretto è tenuta ad erogare un numero minimo di buoni servizio così come indicato nella tabella sopra richiamata.

In caso di progetto che prevede l'aggregazione di più zone-distretto, il numero minimo di destinatari da coinvolgere sarà costituito dalla somma del numero minimo dei destinatari delle zone-distretto coinvolte.

TABELLA 3: Persone valutate e numero buoni servizio per zona-distretto

Az. USL	ZONA-DISTRETTO	Numero minimo persone valutate (3% dei dimessi > 65 anni)	Numero minimo di buoni servizio
CENTRO	Pistoiese	346	294
	Val di Nievole	216	173
	Pratese	476	405
	Firenze	795	476
	Fiorentina Nord-Ovest	401	235
	Fiorentina Sud-Est	362	195
	Mugello	118	72
	Empolese	305	252
	Valdarno Inferiore	113	109
NORD OVEST	Lunigiana	101	63
	Apuane	243	241
	Valle del Serchio	130	77
	Piana di Lucca	298	281
	Alta Val di Cecina	55	31
	Valdera	201	173
	Pisana	406	346
	Bassa Val di Cecina	137	121
	Livornese	307	289
	Val di Cornia	125	103
	Elba	65	39
	Versilia	261	189
SUD EST	Alta Valdelsa	110	100
	Valdichiana Senese	125	75
	Amiata Senese e Val d'Orcia	44	27
	Senese	207	136
	Casentino	76	46
	Val Tiberina	55	37
	Valdichiana Aretina	84	59
	Aretina	224	151
	Valdarno	180	114
	Colline Metallifere	94	56
	Colline dell'Albegna	94	58
	Amiata Grossetana	44	25
	Grossetana	188	120
	REGIONE TOSCANA	6.987	5.167

Articolo 6

Priorità

I progetti presentati dovranno tener conto, oltre che degli obiettivi del presente Avviso, anche delle priorità date dalla programmazione europea e regionale, e in particolare:

- A. la parità di genere e le pari opportunità: i progetti dovranno tener conto del *campo trasversale* d'intervento del FSE dato dalla parità di genere e dalle pari opportunità, come indicato nel POR;
- B. i percorsi integrati: i progetti dovranno preferibilmente adottare un *approccio integrato* in termini di azioni, prevedendo al loro interno differenti tipologie di interventi che possano favorire il rientro dei destinatari all'interno del proprio contesto familiare e sociale;
- C. l'approccio individualizzato: i progetti dovranno adottare un *approccio individualizzato* che mette al centro la singola persona tenendo conto delle sue caratteristiche e dello specifico fabbisogno di sostegno;
- D. la sostenibilità progettuale: la capacità del progetto di garantire la sua sostenibilità futura attraverso l'inserimento delle azioni e dei servizi attivati con le risorse del presente bando nella nuova programmazione territoriale.

Articolo 7

Specifiche modalità attuative

A. Durata dei progetti. I progetti devono concludersi entro 24 mesi dalla data di avvio. Si considera data di avvio del progetto la data di stipula della convenzione con la Regione Toscana, salvo eccezioni comunque autorizzate dall'Amministrazione.

B. Copertura geografica. L'intero territorio regionale come declinato nella Tabella 1.

C. Casi particolari. Nel caso il destinatario del buono servizio sia dimesso da una struttura ospedaliera o di cure intermedie o riabilitative pubblica con sede all'interno di una zona-distretto differente da quella di residenza del destinatario sarà cura della stessa struttura, che opera le dimissioni, predisporre il Piano individualizzato e verificare la disponibilità residua di risorse per buoni servizio in carico alla zona-distretto di residenza del destinatario. In caso di disponibilità, l'assegnazione del buono servizio sarà effettuata dalla zona-distretto di residenza del destinatario. La struttura ospedaliera o di cure intermedie o riabilitative pubblica e la zona-distretto di residenza del destinatario offriranno al paziente in dimissione ed al nucleo familiare di appartenenza assistenza e supporto per sottoscrivere il Piano individualizzato ed il relativo Piano di Spesa, nonché un adeguato accompagnamento per garantire la continuità dei servizi nel momento di transizione da una zona all'altra.

D. Piano individualizzato. Per ogni soggetto potenzialmente destinatario del buono servizio, preliminarmente alle dimissioni ospedaliere o da strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative, sarà predisposto dall'Agenzia di continuità ospedale-territorio un Piano individualizzato completo della lista dettagliata delle attività che potranno in seguito essere attivate a mezzo del buono servizio.

E. Piano di spesa. Per ogni soggetto assegnatario del buono servizio il soggetto attuatore è tenuto a predisporre un Piano di spesa, sottoscritto dal soggetto attuatore e dal destinatario, che dovrà obbligatoriamente contenere i seguenti elementi minimi:

1. data e luogo di sottoscrizione, e quindi di assegnazione formale del buono servizio;
2. i servizi e le prestazioni che saranno erogate a mezzo del buono servizio;
3. il/i soggetto/i erogatore/i scelti dal destinatario che erogheranno i servizi e le prestazioni;
4. la tempistica di attivazione dei servizi e delle prestazioni.

F. Agenzia di continuità ospedale-territorio. L'Agenzia di continuità ospedale-territorio, istituita preliminarmente con DGR n.1010 del 01/12/2008 e ulteriormente definita con DGR n.679 del 12/07/2016, è la struttura attraverso cui le zone-distretto assicurano i flussi in uscita dall'ospedale al territorio, garantendo la presa in carico in continuità assistenziale.

G. Partecipazione alle riunioni di coordinamento. Nell'intento di garantire un costante monitoraggio dei progetti approvati e di fornire indicazioni gestionali per facilitare una corretta attuazione degli interventi, l'Amministrazione regionale convocherà a scadenza regolare riunioni di coordinamento alla quale si richiede la partecipazione di almeno un referente per ciascun progetto.

H. Azioni di informazione e comunicazione. La Regione Toscana provvederà a predisporre, preliminarmente all'avvio delle attività, del materiale informativo correlato al presente Avviso. I soggetti attuatori saranno tenuti a mettere in campo adeguate azioni di informazione e comunicazione rivolte ai potenziali destinatari e ai loro familiari prevedendo la diffusione e l'uso di tale materiale presso tutti i presidi ospedalieri zonali, le Aziende Universitarie Ospedaliere e le strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative interessate dalle azioni del presente Avviso.

Articolo 8

Modalità di selezione degli operatori economici erogatori di prestazioni

I soggetti ammessi alla presentazione dei progetti dovranno avviare procedura di evidenza pubblica conforme alle normative vigenti, per la costituzione di un elenco di operatori economici per l'erogazione di prestazioni relative ai buoni servizio.

La scelta dei soggetti che erogheranno i servizi e gli interventi definiti nel Piano individualizzato sarà demandata al destinatario assegnatario del buono servizio.

In caso di aggregazioni fra più zone-distretto dovrà essere attivata una sola procedura di evidenza pubblica riferita all'insieme delle zone-distretto definite in sede di aggregazione.

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

Per l'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare e altri servizi alla persona, così come descritti all'Art. 1 della LR n.82 del 28/12/2009, gli operatori economici che rispondono alla procedura di evidenza pubblica devono risultare accreditati al momento della presentazione della domanda, secondo il disposto della legge stessa e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010.

Per l'erogazione delle prestazioni di ricovero temporaneo presso le RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito, le strutture interessate, oltre a risultare accreditate al momento della presentazione della domanda, devono assicurare i requisiti organizzativi e professionali previsti dalla DGR n.1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria. Le strutture di questo tipo possono presentare manifestazione di interesse per l'erogazione del solo pacchetto interventi "Ricovero in RSA per 12 giorni."

La procedura di evidenza pubblica dovrà essere aperta anche a professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale che potranno presentare manifestazione di interesse per essere inseriti nell'elenco di operatori economici per l'erogazione di prestazioni relative ai buoni servizio per il sostegno alla domiciliarità.

Per ogni zona-distretto dovrà essere attivata una sola procedura di evidenza pubblica per la selezione di soggetti erogatori, RSA e professionisti infermieri e fisioterapisti.

Per favorire l'elaborazione della procedura di evidenza pubblica si fornisce uno schema di manifestazione di interesse (Allegato 4).

Lo schema riporta gli elementi minimi per l'avvio della procedura di selezione pubblica degli operatori economici interessati; gli Enti potranno svilupparlo o contestualizzarlo secondo necessità.

Gli operatori economici selezionati all'esito della procedura di evidenza pubblica di cui sopra saranno inseriti in un elenco di soggetti fornitori di prestazioni e servizi finalizzati all'implementazione dei buoni servizio.

I soggetti attuatori di progetto avvieranno la procedura di evidenza pubblica a partire dalla data di pubblicazione della graduatoria dei progetti sul BURT. Il primo elenco degli operatori economici selezionati attraverso tale procedura dovrà essere approvato entro 60 giorni dalla data di pubblicazione della procedura stessa.

Al fine di garantire la possibilità di accedere a tale elenco agli operatori economici interessati dovrà essere garantita la possibilità di presentare la domanda di accesso per l'intera durata dei progetti.

Articolo 9

Scadenza e modalità di presentazione delle domande

I progetti devono essere trasmessi per via telematica a partire dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURT e devono pervenire entro e non oltre le ore 24:00 del **30°** giorno successivo alla pubblicazione sul BURT. A tal fine fa fede la data e l'orario di consegna della domanda che risulta nella "ricevuta di avvenuta consegna" della PEC.

Il soggetto è tenuto a verificare l'effettiva ricezione entro la scadenza indicata da parte dell'Amministrazione regionale.

Le domande devono essere trasmesse in via telematica dai soggetti di cui all'Art. 3 tramite casella di posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo PEC istituzionale della Regione Toscana: regionetoscana@postacert.toscana.it e contenere la domanda di candidatura e le dichiarazioni richieste, il formulario e il PED (Piano Economico di Dettaglio).

Le domande, comprensive degli allegati, devono essere trasmesse in un unico invio telematico. Le domande pervenute con più invii non saranno ammesse, escluso il caso di difficoltà o inconveniente tecnico accertato al sistema di trasmissione o altro malfunzionamento tecnico non imputabile alla volontà del soggetto richiedente.

Nel caso in cui la documentazione dovesse superare il numero di 10 files si proceda utilizzando cartelle compresse.

Il campo "oggetto" della trasmissione telematica deve riportare la dicitura ***"Settore Innovazione sociale. Avviso pubblico regionale: Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità"***.

Articolo 10

Modalità di sottoscrizione

La domanda di candidatura, completa delle dichiarazioni, il formulario e il PED dovranno essere firmati con firma digitale o firma elettronica qualificata, il cui certificato sia rilasciato da un certificatore accreditato.

La suddetta documentazione dovrà essere firmata:

- dal legale rappresentante della proponente Società della Salute o, ove non costituita, dal legale rappresentante del soggetto pubblico espressamente individuato dalla Conferenza zonale dei sindaci integrata (Allegato 1a);
- dal legale rappresentante del soggetto capofila nel caso di ATS già costituita (Allegato 1b);
- dai legali rappresentanti del soggetto capofila e di tutti i partner nel caso di ATS da costituire (Allegato 1c).

Non è ammessa delega a firmare, escluso il caso in cui il potere di firma sia posseduto anche da una persona diversa dal legale rappresentante.

Articolo 11

Documenti da presentare

Per la presentazione di un progetto occorre trasmettere:

1. domanda di candidatura in bollo (la marca da bollo deve essere annullata) esclusi soggetti esentati per legge. La domanda deve fare riferimento al presente Avviso e deve indicare la denominazione del progetto. Deve essere sottoscritta come indicato all'Art. 10 "Modalità di sottoscrizione"; La domanda contiene le dichiarazioni sostitutive di affidabilità giuridico-economico-finanziaria e relative agli adempimenti previsti dalla L. 68/99 rese, ai sensi del DPR 445/2000, Artt. 46 – 47 e, nel

caso di ATS costituenda, impegno alla costituzione in caso di approvazione del progetto (Allegati 1a, 1b e 1c);

2. (se ricorre) atto costitutivo dell'ATS, se già costituita;

3. formulario composto da pagine numerate progressivamente e PED sottoscritti come indicato all'Art. 10 "Modalità di sottoscrizione" (Allegati 2 e 3);

5. curriculum vitae delle principali figure previste e indicate al punto B.5 del formulario, aggiornati al 2016 e firmati dall'interessato, composto da massimo 3 pagine e senza allegati. La firma va apposta in originale e poi scansionata. Non è necessaria la fotocopia del documento di identità.

Articolo 12 Ammissibilità

I progetti sono ritenuti ammissibili alla fase di valutazione se soddisfano i seguenti requisiti:

A pena di esclusione le domande devono essere inviate entro e non oltre l'orario e la data indicati nell'Art. 9 "Scadenza e modalità di presentazione delle domande"; le domande inviate oltre il termine di scadenza dell'Avviso non saranno ammesse alla valutazione.

Ai fini dell'ammissibilità alla valutazione le domande dovranno altresì:

- essere presentate da un Soggetto individuato conformemente a quanto indicato all'Art. 3 del presente Avviso regionale;

- contenere la domanda di candidatura compilata utilizzando il modello allegato e sottoscritta come indicato all'Art. 10 "Modalità di sottoscrizione";

- contenere il formulario e il PED sottoscritti secondo le modalità indicate all'Art. 10 "Modalità di sottoscrizione".

La Regione Toscana si riserva la facoltà di procedere all'eventuale ammissione nei casi di omissione della sottoscrizione della domanda e dei relativi allegati qualora, per tipologia di strumento telematico di trasmissione utilizzato, il soggetto risulti comunque identificabile in modo certo. Chiarimenti e integrazioni potranno essere richiesti ai Soggetti richiedenti.

Eventuali incompletezze delle dichiarazioni o evidenti errori materiali potranno essere sanati in sede di sottoscrizione del contratto/convenzione con la Regione Toscana, la quale si riserva di escludere i progetti che non fossero in grado di rilasciare in quella sede le suddette dichiarazioni in maniera completa ed esaustiva.

La Regione Toscana si riserva di chiedere chiarimenti e integrazioni in relazione alle sottoscrizioni o a eventuali parti del formulario non trasmesse per errore tecnico o materiale.

L'istruttoria di ammissibilità viene eseguita a cura del Settore regionale competente.

Le domande ritenute ammissibili sono sottoposte a successiva valutazione tecnica di merito.

Articolo 13 Valutazione

Le operazioni di valutazione sono effettuate da un "Nucleo di valutazione" nominato dall'Amministrazione regionale. In tale atto di nomina saranno precisate, oltre la composizione, le specifiche funzioni.

I criteri di valutazione, definiti in conformità al documento “I criteri di selezione delle operazioni da ammettere a cofinanziamento del Fondo Sociale Europeo nella programmazione 2014-2020” (approvati dal Comitato di Sorveglianza nella seduta del 27 maggio 2016), sono di seguito indicati:

GRIGLIA DI VALUTAZIONE DI MERITO						
		Indicatori (punteggio minimo e massimo: da...a...)				
	Criteri	minima	scarsa	media	elevata	Punteggio massimo
1	Qualità e coerenza progettuale					50
1.1	Finalizzazione, ovvero coerenza e congruenza rispetto all'azione messa a bando.	0	1	2-3	4	4
1.2	Chiarezza e coerenza dell'analisi di contesto, dell'analisi dei fabbisogni, delle modalità di informazione, dei requisiti e delle condizioni oggettive dei destinatari delle azioni (in relazione ad aspetti familiari, sociali, relazionali, di svantaggio ecc.), delle modalità di selezione del target.	1	2-3	4-7	8	8
1.3	Coerenza interna dell'articolazione dell'operazione in fasi/attività specifiche, della sua durata, con le caratteristiche dei destinatari ecc..	1	2-3	4-7	8	8
1.4	Sussidiarietà, ovvero integrazione con iniziative e/o fabbisogni locali.	0	1	2-3	4	4
1.5	Completezza ed univocità delle informazioni fornite.	0	1	2-3	4	4
1.6	Congruenza dei contenuti proposti, delle risorse mobilitate e delle metodologie di attuazione delle azioni.	1-2	3-4	5-9	10-12	12
2	Innovazione, risultati attesi, trasferibilità					25
	Innovazione					
2.1	Modalità organizzative ed operative per migliorare l'integrazione tra servizi territoriali e/o ospedalieri.	0	1	2-4	5	5
2.2	Modalità informative e per migliorare la conoscenza delle procedure e dei protocolli tra il personale dei servizi ospedalieri e territoriali e modalità comunicative rivolte alla popolazione target per facilitare l'accesso ai benefici previsti nel bando.	0	1	2-4	5	5
	Risultati attesi					
2.3	Numero delle persone prese in carico: persone anziane >65anni con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza, in dimissioni ospedaliere e persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'Art. 3, comma 3 della legge 5	Raggiungimento numero minimo previsto di persone valutate	Fino al 5% in più del numero minimo previsto di persone valutate	Dal 6% e fino al 10% in più del numero minimo previsto di persone valutate	Oltre l'11% in più del numero minimo previsto di persone valutate	Punteggio massimo

	febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate) in dimissione ospedaliera.	0	1	3	5	5
2.4	Efficacia del progetto nel conseguire potenzialmente gli obiettivi prefissati.	minima	scarsa	media	elevata	Punteggio massimo
		0	1	2-4	5	5
	Trasferibilità					
2.5	Meccanismi di diffusione dei risultati e trasferibilità dell'esperienza.	0	1	2-4	5	5
3	Soggetti coinvolti					
3.1	Quadro organizzativo ed operativo del servizio zonale di continuità ospedale-territorio.	1	2	3	4-5	5
3.2	Adeguatezza delle risorse messe a disposizione per la realizzazione del progetto e valutazione dei curricula degli operatori preposti allo svolgimento delle attività, onde verificarne la professionalità in coerenza con l'attività svolta.	1	2	3	4-5	5
4	Priorità					
4.1	Sostenibilità. Capacità del progetto di dimostrare e garantire la sua sostenibilità futura. La sostenibilità dell'operazione si riferisce, ad esempio, agli strumenti per dare continuità nel tempo all'operazione, ai suoi risultati e alle sue metodologie di attuazione.	1	2	3	4-5	5
4.2	Il carattere integrato dei progetti: ovvero la presenza di differenti tipologie di azioni che possano facilitare il rientro della persona presso il proprio domicilio.	0	1	2	3	3
4.3	L'approccio individualizzato dei progetti per la realizzazione di percorsi assistenziali ospedale-territorio favorevoli al rientro presso il proprio domicilio della persona presa in carico.	0	1	2	3	3
4.4	La parità di genere e le pari opportunità: Modalità con le quali il progetto assicurerà parità di genere e pari opportunità.	1	2	3	4	4

Il punteggio massimo conseguibile sarà dunque pari a 100 punti.

Sono ammissibili al finanziamento le domande che abbiano conseguito un punteggio di almeno 65/100 di cui almeno 50/85 sui criteri 1,2,3.

Inoltre è competenza del Nucleo di valutazione verificare:

- la coerenza dei progetti con la tipologia dei destinatari, delle azioni, degli Assi di riferimento e con tutte le specificità e modalità attuative indicate nell'Avviso, avendo la facoltà di escludere i progetti che non soddisfano i requisiti richiesti;

•la coerenza con quanto disposto nell'Avviso per gli importi dei progetti, avendo la facoltà di escluderli dalla valutazione o di richiedere chiarimenti e/o rimodulazioni degli importi singoli o complessivi.

E' facoltà del Nucleo di valutazione richiedere chiarimenti e/o integrazioni sui progetti.

Articolo 14

Approvazione graduatorie e modalità di utilizzo dei finanziamenti

La Regione Toscana approva la graduatoria con decreto dirigenziale entro 30 giorni dalla data di scadenza per la presentazione dei progetti, impegnando le risorse finanziarie sino a esaurimento della loro disponibilità come indicato nell'Art. 4.

La Regione provvede alla pubblicazione della graduatoria sul BURT, la quale assume a tutti gli effetti la funzione di comunicazione ufficiale.

La Regione Toscana si riserva di riaprire i termini di scadenza del presente Avviso.

Articolo 15

Adempimenti precedenti all'avvio dei progetti

Sulla base degli esiti della valutazione tecnica effettuata sul progetto dal Nucleo di valutazione il Settore regionale competente si riserva la facoltà di richiedere chiarimenti. Qualora, in esito a i controlli svolti dal Settore regionale competente, emergano elementi di mancata regolarità e di incoerenze rispetto ai requisiti previsti, prima della stipula della convenzione il soggetto attuatore dovrà fornire i riscontri richiesti, provvedendo alle necessarie modifiche e rimodulazioni.

Per la realizzazione dei progetti si procederà alla stipula della convenzione fra Amministrazione Regionale e il soggetto proponente oppure il soggetto individuato quale capofila dell'Associazione Temporanea di Scopo.

La convenzione tra la Regione Toscana e il soggetto attuatore sarà stipulata entro 60 giorni dalla pubblicazione sul BURT della graduatoria dei progetti.

Prima della stipula della convenzione con la Regione Toscana, il soggetto attuatore dovrà far pervenire copia dell'atto costitutivo dell'ATS al Settore regionale competente entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BURT della graduatoria dei progetti.

I soggetti finanziati devono altresì essere in regola con la vigente normativa in materia di antimafia e fornire le dovute certificazioni agli uffici, qualora necessario.

Articolo 16

Modalità di erogazione del contributo

L'erogazione del finanziamento pubblico avviene di norma secondo le seguenti modalità:

- A) **anticipo** di una quota pari al 40% all'avvio del progetto dopo la stipula della convenzione e a seguito di domanda e della presentazione della documentazione attestante l'avvio della procedura di evidenza pubblica di cui all'Art. 8 del presente Avviso;
- B) **successivi rimborsi** a seguito di domanda della spesa certificata dal soggetto attuatore fino al 90% del finanziamento pubblico, comprensivo della quota di cui al precedente punto A).

Per spesa certificata si intende:

- costi diretti, effettivamente sostenuti e comprovati attraverso documenti giustificativi quietanzati inseriti nel Sistema Informativo.

In particolare, ai fini del rimborso, il soggetto attuatore deve procedere a:

- l'alimentazione puntuale e completa del sistema informativo regionale con i dati di avanzamento finanziario e fisico del progetto (per ulteriori dettagli si rimanda alla DGR n.635 del 18/05/2015 "Procedure di gestione degli interventi formativi oggetto di sovvenzioni a valere sul POR FSE 2014/2020", paragrafi A.11 e B.12) ;
- la stampa della domanda di rimborso ed invio della stessa, sottoscritta dal legale rappresentante, all'Amministrazione regionale;
- invio di eventuale altra documentazione e dati relativi all'attuazione del progetto richiesti dall'Amministrazione regionale.

C. saldo, a seguito di:

- comunicazione di conclusione delle attività da parte del soggetto attuatore;
- presentazione da parte del soggetto attuatore del rendiconto all'Amministrazione regionale;
- inserimento sul Sistema Informativo dei dati fisici e finanziari di chiusura del progetto da parte del soggetto attuatore;
- controllo del rendiconto da parte dell'Amministrazione regionale.

Articolo 17

Costi ammissibili

Criteri generali di ammissibilità dei costi

Per quanto non indicato di seguito si rimanda alla sezione B "Disposizioni specifiche per progetti con rendicontazione delle spese" della DGR n.635 del 18/05/2015 "Procedure di gestione degli interventi formativi oggetto di sovvenzioni a valere sul POR FSE 2014/2020".

Per essere rimborsabili le spese sostenute per la realizzazione dei progetti devono essere:

- a) riferibili al periodo di vigenza del finanziamento, ovvero al periodo compreso tra la data di avvio e quella di conclusione del progetto e sostenute fino alla consegna del rendiconto;
- b) imputabili allo specifico progetto approvato dall'Amministrazione regionale;
- c) correttamente classificate e riferite a voci di spesa previste a preventivo;
- d) effettivamente sostenute, ovvero corrispondenti a pagamenti effettuati dal soggetto attuatore e giustificate da fatture quietanzate o da documenti di valore probatorio equivalente, regolarmente registrati nella contabilità dell'ente o azienda secondo le disposizioni previste per la natura giuridica del soggetto realizzatore e del settore di appartenenza;
- e) ricomprese nei limiti dei preventivi approvati. Eventuali modifiche al preventivo di spesa devono essere autorizzate dall'Amministrazione regionale;
- f) ammissibili secondo le vigenti normative comunitarie, nazionali e regionali.

Nel caso di ATS i partner operano solidalmente e a costi reali senza possibilità di ricarichi e sono assoggettati alla rendicontazione puntuale delle spese, a prescindere da eventuali obblighi di fatturazione interna.

Nel caso in cui le Società della Salute si avvalgano dei propri consorziati per la realizzazione di parti del progetto, anche quest'ultimi devono operare a costi reali e rendicontare le spese sostenute per il progetto, senza possibilità di ricarichi.

Per le due tipologie di intervento, si specifica quanto segue:

A) Le **Azioni di sistema** sono finalizzate allo sviluppo e al potenziamento dei servizi territoriali di continuità ospedale-territorio. Sono ammissibili le seguenti tipologie di costi:

- A) costo orario del personale impegnato in attività di supporto e di accompagnamento del personale all'uso della scheda di valutazione a sostegno dell'attività di valutazione multidisciplinare e progettazione dei Piani individualizzati;
- B) costo orario del personale impegnato in attività di front office per azioni di sensibilizzazione e campagna di informazione e per la realizzazione e gestione di un punto informativo presso le strutture di dimissione interessate dalle azioni di progetto;
- C) costo orario del personale impegnato in potenziamento attività di valutazione/progettazione.

La seguente tabella permette di mettere in relazione le figure professionali specifiche del presente Avviso con le voci del PED. Usare questa tabella di raffronto nella compilazione del budget di progetto.

Funzione	Tipologie Professionali	Corrispondente alla voce di PED
Supporto e accompagnamento del personale all'uso della scheda di valutazione	Assistenti sociali, infermieri, medici, fisioterapisti	B 2.1.1 Docenti junior interni e/o B 2.1.2 Docenti senior interni e/o B 2.1.4 Docenti junior esterni e/o B 2.1.5 Docenti senior esterni
Attività di front-office	Operatori amministrativi	B 2.3.2 Personale tecnico professionale esterno e/o B 2.3.7 Personale tecnico professionale interno
Attività di sensibilizzazione/ informazione/promozione	Assistenti sociali, infermieri, fisioterapisti	B 2.1.1 Docenti junior interni e/o B 2.1.4 Docenti junior esterni
Potenziamento attività di valutazione	Assistenti sociali, infermieri, medici, fisioterapisti	B 2.1.1 Docenti junior interni e/o B 2.1.2 Docenti senior interni e/o B 2.1.4 Docenti junior esterni e/o B 2.1.5 Docenti senior esterni

Per l'importo massimo della spesa ammissibile nell'ambito delle Azioni di sistema per ciascuna zona-distretto si rimanda alla Tabella 1 .

Le spese devono essere sostenute tra la data di firma della convenzione di progetto tra il soggetto attuatore e la Regione Toscana e la data di conclusione del progetto.

B) I **Buoni servizio** finanziano servizi e prestazioni per interventi che favoriscono il rientro dei destinatari all'interno del proprio contesto familiare e sociale e che possano prevedere, per brevi periodi (per un massimo di 3 settimane), l'attivazione di misure e interventi assistenziali appropriati ed efficaci.

Il Piano individualizzato, definito dal gruppo della Agenzia di continuità ospedale-territorio, può prevedere contemporaneamente più interventi diversi per tipologia di prestazione (vedi elenco interventi ammissibili al finanziamento) consentendo, con la loro combinazione, la composizione di un intervento globale per i bisogni individuati fino alla concorrenza massima di Euro 1.500,00, ovvero per ogni singolo buono servizio possono essere attivati interventi per un massimo di Euro 1.500,00.

Sono ammissibili al finanziamento esclusivamente le spese relative agli interventi sottoelencati:

Tabella n. 4 Pacchetto interventi

<i>livello</i>	<i>descrizione interventi*</i>	<i>operatore</i>	<i>struttura intervento</i>	<i>costo pacchetto interventi</i>
minimo	interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver	OSA o OSS	15 accessi in 3 settimane	€ 330,00
basso	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	5 accessi in 3 settimane	€ 125,00
	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista	5 accessi in 3 settimane	€ 165,00
medio	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	10 accessi in 3 settimane	€ 500,00
	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	8 accessi in 3 settimane	€ 280,00

<i>descrizione intervento</i>	<i>struttura intervento</i>	<i>costo pacchetto interventi</i>
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.	Ricovero in RSA per 12 gg	€ 1.428,00

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

Il soggetto destinatario del buono servizio sarà tenuto a sottoscrivere con il soggetto attuatore un Piano di spesa.

Ove necessario la sottoscrizione sarà effettuata dal tutore o dall'amministratore di sostegno del destinatario. Tale Piano sarà formulato sulla base dei bisogni specifici già delineati dal Piano individualizzato, delle richieste avanzate dal destinatario in base alle specifiche necessità legate al contesto domiciliare e familiare, dalle scelte operate dall'assegnatario riguardo i soggetti (inclusi nella lista predisposta dall'ente attuatore a seguito della manifestazione di interesse) presso i quali desidera acquistare i servizi e le prestazioni rimborsabili.

Sarà cura del soggetto attuatore, in accordo con l'Agenzia di continuità ospedale-territorio verificare che i servizi prendano avvio nel rispetto della tempistica indicata nel Piano di spesa e che siano correttamente erogati.

Ad ogni singolo destinatario non potrà essere assegnato più di un buono servizio, anche nel caso in cui la persona si trovi di nuovo nelle condizioni di cui all'Art. 5 nel periodo di validità del presente provvedimento.

Il Piano di spesa potrà prevedere anche l'erogazione di parti di un pacchetto interventi, ovvero un numero minore di accessi rispetto a quelli definiti. In questo caso il costo totale di un pacchetto, così come definito dalla tabella "Pacchetto interventi" dovrà essere frazionato per il numero degli accessi previsti nella colonna "struttura intervento" e moltiplicato per il numero di accessi indicati nel Piano di spesa di riferimento.

Qualora l'erogazione di un pacchetto interventi, così come definito dal Piano di spesa, venga interrotta per cause indipendenti dal soggetto attuatore e/o dal soggetto erogatore, per la quantificazione del costo del servizio dovrà essere applicata la stessa modalità di calcolo richiamata dal precedente paragrafo.

I buoni servizio verranno attribuiti dai soggetti attuatori agli aventi diritto in base alle disponibilità zonali fino ad esaurimento delle risorse assegnate ad ogni zona-distretto e soltanto a seguito della formulazione del Piano individualizzato e della sottoscrizione del relativo Piano di spesa.

Per l'importo massimo ammissibile relativo al finanziamento dei buoni servizio per ciascuna zona-distretto si rimanda alla Tabella 1.

Sono ammissibili le spese relative ai servizi previsti dal Piano di spesa ed erogati tra la data di sottoscrizione del Piano di spesa e le successive 3 settimane. Le spese devono essere sostenute tra la data di firma della convenzione di progetto, tra il soggetto attuatore e la Regione Toscana, e la data di conclusione del progetto. Il rimborso delle spese sostenute sarà effettivamente erogato in misura delle spese regolarmente documentate.

Eventuali economie risultanti da buoni servizio attribuiti, ma interamente o parzialmente non spesi, e quindi rientranti nelle disponibilità del soggetto attuatore, potranno essere utilizzate per l'assegnazione di ulteriori buoni servizio, anche nel caso ciò comportasse l'assegnazione di un numero di buoni maggiore di quello indicato nella Tabella 3 del presente Avviso per ogni zona-distretto.

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.

Sono rimborsabili esclusivamente spese pagate a soggetti presenti nell'elenco di operatori economici costituito a seguito della procedura di evidenza pubblica per servizi erogati nei confronti dei destinatari dei buoni servizio.

Articolo 18

Modalità di rendicontazione

A. Modalità di rendicontazione delle spese riferite alle Azioni di sistema.

Le spese sostenute e realmente pagate dovranno essere rendicontate a costi reali secondo le modalità indicate nella sezione B "Disposizioni specifiche per progetti con rendicontazione delle spese" della DGR n.635 del 18/05/2015 "Procedure di gestione degli interventi formativi oggetto di sovvenzioni a valere sul POR FSE 2014/2020".

B. Modalità di rendicontazione dei buoni servizio.

Gli operatori economici che hanno erogato i servizi in base a quanto indicato nei Piani individualizzati e nei relativi Piani di spesa devono rimettere all'amministrazione beneficiaria del finanziamento regolare documentazione giustificativa, così come segue:

- fatturazione elettronica con le modalità previste dalla legislazione vigente;
- ricevute o note di debito cartacee per i soggetti non tenuti ad emettere fattura verso la P.A, in quanto non obbligati dalla normativa vigente.

Le fatture e le ricevute o note di debito devono indicare:

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

Devono inoltre essere allegate alla fattura e alle ricevute o alle note di debito, le time-card degli operatori con indicazione degli interventi eseguiti controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio (Allegato 6).

Tutta la documentazione attinente alle diverse fasi dei progetti finanziati, compresa quella comprovante l'individuazione e valutazione dei destinatari, deve essere conservata nella sede del soggetto attuatore e messa a disposizione dell'Amministrazione regionale in fase di controllo in itinere e di rendicontazione.

Articolo 19

Informazione e pubblicità

I soggetti finanziati devono attenersi, in tema di informazione e pubblicità degli interventi dei Fondi strutturali, a quanto disposto nell'Allegato XII del Regolamento (UE) 1303/13 (punto 2.2. - Responsabilità dei beneficiari), all'Allegato A alla Delibera della Giunta Regionale DGR n.635 del 18/05/2015 e a quanto previsto dalle normative comunitarie, nazionali e regionali.

Articolo 20

Tutela Privacy

Ai sensi dell'Art. 13 del D.lgs. n.196/2003, il trattamento dei dati personali sarà effettuato per le finalità previste dal presente Avviso e per eventuali elaborazioni statistiche.

I dati forniti verranno trattati per le finalità previste dalla L.R 32/2002 e dalla DGR n.238 del 16/03/2015. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale ed informatizzato. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata assegnazione del finanziamento e prosecuzione dell'istruttoria. I dati saranno oggetto di diffusione, limitatamente agli esiti di ammissibilità e valutazione secondo le norme regolanti la pubblicità degli atti amministrativi presso la Regione Toscana, per ragioni di pubblicità circa gli esiti delle procedure amministrative. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili". I dati sanitari potranno essere trattati da centri medici specializzati nel valutare l'idoneità al lavoro.

Il titolare del trattamento è la Regione Toscana – Giunta Regionale. Il responsabile del trattamento è il Dirigente del Settore Innovazione Sociale della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale. Gli incaricati sono individuati nei dipendenti assegnati al Settore competente.

In ogni momento potranno essere esercitati i diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'Art. 7 del D.lgs. 196/2003.

Articolo 21

Responsabile del procedimento

Ai sensi della L. 241/90 il responsabile del procedimento è il dirigente del Settore Innovazione sociale della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, Dott. Alessandro Salvi.

Articolo 22

Informazioni sull'Avviso

Il presente Avviso è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, nonché sul sito della Regione Toscana (<http://www.regione.toscana.it/por-fse-2014-2020> - sezione Bandi opportunità). Eventuali informazioni potranno essere richieste, esclusivamente a mezzo posta elettronica al seguente indirizzo email fseinclusione.sociale@regione.toscana.it entro e non oltre 10 giorni dalla data di pubblicazione sul BURT.

Potranno essere richieste informazioni esclusivamente relative alle modalità di presentazione delle domande e a chiarimento di quanto indicato nell'Avviso; non potranno essere fornite informazioni

che non siano contenute nell'Avviso né fornire valutazioni di merito e/o di ammissibilità delle domande.

Articolo 23

Riferimenti normativi

Il presente Avviso è adottato in coerenza ed attuazione:

- del Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 pubblicato sulla GUE del 20.12.2013 che reca disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e definisce disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e abroga il Regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio;
- del Regolamento (UE) n. 1304/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 pubblicato sulla GUE del 20 dicembre 2013 relativo al Fondo sociale europeo e abrogante il Regolamento (CE) n. 1081/2006 del Consiglio;
- del Regolamento (UE – EURATOM) n. 1311/2013 del Consiglio del 2 dicembre 2013 che stabilisce il quadro finanziario pluriennale per il periodo 2014-2020;
- dell'Accordo di partenariato 2014-2020, adottato il 29.10.2014 dalla Commissione Europea;
- della Decisione della Commissione C(2014) n. 9913 del 12.12.2014 che approva il Programma Operativo “ Regione Toscana – Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014-2020” per il sostegno del Fondo Sociale Europeo nell'ambito dell'obiettivo “ Investimenti a favore della crescita e dell'Occupazione “ per la Regione Toscana in Italia;
- della Legge Regionale n. 32/2002 "Testo unico in materia di educazione, istruzione, orientamento, formazione professionale e lavoro”;
- del Regolamento di esecuzione della Legge Regionale n.32 del 26/07/2002 approvato con DGR n. 787 del 4/08/2003 ed emanato con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 47/R del 8/08/2003;
- della Legge Regionale n. 41 del 24 febbraio 2005, Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale;
- della Legge Regionale n. 40 del 24 febbraio 2005 e s.m.i. Normativa di settore per la sanità che contiene anche l'individuazione delle 34 zone-distretto;
- della Legge Regionale n. 66 del 18 dicembre 2008 , Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza;
- del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale;
- della Legge Regionale n. 82 del 28 dicembre 2009, Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato;
- del Decreto del Presidente della Giunta Regionale n.15/R del 26 marzo 2008, Regolamento di attuazione dell'Art.62 della Legge Regionale n.41 del 24/2/2005;
- del Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 29/R del 03 marzo 2010, Regolamento di attuazione della Legge Regionale n.82 del 28/12/2009;
- della DGR n.402 del 26/04/2004 Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla delib. C.R.T n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle R.S.A.;
- della DGR n.1002 del 10/10/2005 con cui si definiscono gli indirizzi per la sperimentazione di "Servizi per le cure intermedie" presso le R.S.A. (residenze sanitarie assistenziali) e le Case di cura convenzionate;
- della DGR n.1010 del 01/12/2008, Interventi ed iniziative per il miglioramento della efficacia ed efficienza nelle attività dei Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie toscane secondo i modelli della Discharge room e delle Agenzie/Servizi per la continuità ospedale-territorio.
- della DGR n.370 del 22/03/2010 “Approvazione del Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente”;

- della DGR n.431 del 3/06/2013 Approvazione progetti delle aziende USL della Toscana relativi allo sviluppo delle cure intermedie e assegnazione quota di finanziamento aggiuntiva;
- della Legge Regionale n. 84 del 28 dicembre 2015, Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005;
- della DGR n.17 del 12/01/2015 con il quale è stato preso atto del testo del Programma Operativo Regionale FSE 2014-2020 così come approvato dalla Commissione Europea con la sopra citata decisione;
- dell'atto di Decisione di Giunta n. 11 del 7/4/2015 con cui si definiscono le Azioni di sistema e strategie per il miglioramento dei servizi sociosanitari nell'ambito delle politiche per la disabilità;
- della DGR n.635 del 18/05/2015 che approva le procedure di gestione degli interventi formativi oggetto di sovvenzioni a valere sul POR FSE 2014-2020;
- della DGR n.1134 del 24/11/2015 con cui si definiscono le "Linee di indirizzo per l'attivazione ed il finanziamento degli interventi sulle attività dell'Asse B del POR-FSE 2014-2020 per le quali il Settore Innovazione Sociale della RT è Responsabile di Attività";
- dei criteri di selezione approvati dal Comitato di Sorveglianza nella seduta del 27 maggio 2016;
- della DGR n. 679 del 12/07/2016, Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio: indirizzi per la costituzione nelle zone-distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio";
- della DGR n. 197 del 02-03-2015 e s.m.e.i. con la quale è stato approvato il Provvedimento Attutivo di Dettaglio (PAD) del Programma Operativo Regionale FSE 2014 – 2020.

ALLEGATI:

- 1) *Domanda di candidatura e dichiarazioni*
- 2) *Formulario*
- 3) *PED – Piano Economico di Dettaglio*
- 4) *Modello Manifestazione d'interesse*
- 5) *Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa (Delibera n.679 del 12/07/2016 – Allegato B)*
- 6) *Modello Time-Card*

Da compilarsi in caso di progetto presentato da un soggetto proponente unico (Società della Salute o Soggetto pubblico espressamente individuato dalla Conferenza zonale dei sindaci integrata)

DOMANDA DI CANDIDATURA

Marca da bollo
(EURO 16,00 se dovuta)

Alla Regione Toscana
Settore Innovazione Sociale
Via di Novoli, 26
Firenze

Oggetto: FSE POR RT 2014-2020 Asse B - Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà. Avviso pubblico regionale: “Potenziamento dei servizi di continuità – Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità”

Il sottoscritto nato a

il

residente a

via

in qualità di legale rappresentante di

Società della Salute:

oppure

altro soggetto (singolo) ammissibile ai sensi dell'Avviso regionale:

Dichiara

- di conoscere la normativa comunitaria e regionale che regola la gestione del Fondo Sociale Europeo. In particolare dichiara di conoscere la Delibera della giunta regionale n.635 del 18/05/2015 e tenerne conto in fase di predisposizione, gestione e rendicontazione del progetto;

- che il soggetto proponente non ha messo in pratica atti, patti o comportamenti discriminatori ai sensi degli artt. 25 e 26 del Decreto legislativo 198/2006 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna ai sensi dell’articolo 6 della legge 28 novembre 2005 n. 246”, accertati da parte della direzione provinciale del lavoro territorialmente competente;

- di aver elaborato il progetto denominato

presentato a valere sull'Avviso di cui all'oggetto;

Chiede

il finanziamento di **euro**

,00

referito alla zona-distretto (specificare):

A tal fine:

Dichiara

Sotto la propria responsabilità e ai sensi della DPR 445/2000 artt. 46-47, consapevole degli effetti penali per dichiarazione mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato DPR 445/2000:

- di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione, cessazione di attività o 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;
- di essere in regola rispetto agli obblighi previsti dalla legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili.

Si trasmettono in allegato, con la presente, formulario di presentazione del progetto e PED (Piano economico di dettaglio).

Luogo e data,

Firma del legale rappresentante

NB.: per le modalità di sottoscrizione e firma vedere le indicazioni riportate all'Articolo 10 "Modalità di sottoscrizione" dell'Avviso pubblico.

Da compilarsi in caso di progetto presentato da Associazione Temporanea di Scopo costituita

DOMANDA DI CANDIDATURA

Marca da bollo
(EURO 16,00 se dovuta)

Alla Regione Toscana
Settore Innovazione Sociale
Via di Novoli, 26
Firenze

Oggetto: FSE POR RT 2014-2020 Asse B - Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà. Avviso pubblico regionale: “Potenziamento dei servizi di continuità – Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità”

Il sottoscritto

nato a

il

residente a

via

in qualità di legale rappresentante dell'Ente:

capofila dell'Associazione Temporanea di Scopo costituita in data
come da atto costitutivo allegato,

Dichiara

- di conoscere la normativa comunitaria e regionale che regola la gestione del Fondo Sociale Europeo. In particolare dichiara di conoscere la Delibera della giunta regionale n.635 del 18/05/2015 e tenerne conto in fase di predisposizione, gestione e rendicontazione del progetto;

- che il soggetto proponente non ha messo in pratica atti, patti o comportamenti discriminatori ai sensi degli artt. 25 e 26 del Decreto legislativo 198/2006 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna ai sensi dell’articolo 6 della legge 28 novembre 2005 n. 246”, accertati da parte della direzione provinciale del lavoro territorialmente competente;

- di aver elaborato il progetto denominato

presentato a valere sull'Avviso di cui all'oggetto;

Chiede

il finanziamento di euro ,00

referito alla zona-distretto (specificare):

A tal fine:

Dichiara

Sotto la propria responsabilità e ai sensi della DPR 445/2000 artt. 46-47, consapevole degli effetti penali per dichiarazione mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato DPR 445/2000:

- di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione, cessazione di attività o 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;
- di essere in regola rispetto agli obblighi previsti dalla legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili.

Si trasmettono in allegato, con la presente :

- formulario di presentazione del progetto e PED (Piano economico di dettaglio);
- atto costitutivo dell'ATS.

Luogo e data,

Firma del legale rappresentante

NB.: per le modalità di sottoscrizione e firma vedere le indicazioni riportate all'Articolo 10 " Modalità di sottoscrizione" dell'Avviso pubblico.

Da compilarsi in caso di progetto presentato da Associazione Temporanea di Scopo da costituire

DOMANDA DI CANDIDATURA

Marca da bollo
(EURO 16,00 se dovuta)

Alla Regione Toscana
Settore Innovazione Sociale
Via di Novoli, 26
Firenze

Oggetto: FSE POR RT 2014-2020 Asse B - Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà. Avviso pubblico regionale: “Potenziamento dei servizi di continuità – Buoni servizio per sostegno alla domiciliarità”

Il sottoscritto nato a
 il

residente a
via

in qualità di legale rappresentante dell'Ente

indicato come Capofila della costituenda ATS

e

(compilare per ogni partner della costituenda ATS)

• il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner
;

• il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner
;

• il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale

rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto legale
rappresentante del soggetto partner

- il sottoscritto rappresentante del soggetto legale partner
 _____;
- il sottoscritto _____ legale rappresentante del soggetto partner
 _____;
- il sottoscritto _____ legale rappresentante del soggetto partner
 _____;
- il sottoscritto _____ legale rappresentante del soggetto partner
 _____;
- il sottoscritto _____ legale rappresentante del soggetto partner
 _____;
- il sottoscritto _____ legale rappresentante del soggetto partner
 _____;

Dichiarano

- di conoscere la normativa comunitaria e regionale che regola la gestione del Fondo Sociale Europeo. In particolare dichiara di conoscere la Delibera della giunta regionale 635/2015, di tenerne conto in fase di predisposizione, gestione e rendicontazione del progetto;

- che il soggetto proponente non ha messo in pratica atti, patti o comportamenti discriminatori ai sensi degli artt. 25 e 26 del Decreto legislativo 198/2006 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna ai sensi dell’articolo 6 della legge 28 novembre 2005 n. 246”, accertati da parte della direzione provinciale del lavoro territorialmente competente.

- di aver elaborato il progetto denominato

presentato a valere sull'Avviso di cui all'oggetto,

Chiedono

il finanziamento di **euro** **,00**

referito alla zona-distretto (specificare):

Si impegnano

ad associarsi formalmente, entro 30 giorni dalla data di notifica dell'eventuale approvazione e finanziamento del progetto, nella forma di Associazione Temporanea di Scopo secondo il partenariato sopraindicato.

A tal fine:

Dichiarano

Sotto la propria responsabilità e ai sensi della DPR 445/2000 artt. 46-47, consapevoli degli effetti penali per dichiarazione mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato DPR 445/2000:

- di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione, cessazione di attività o 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;
- di essere in regola rispetto agli obblighi previsti dalla legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili.

Si trasmettono in allegato, con la presente, formulario di presentazione del progetto e PED (Piano economico di dettaglio).

Luogo e data,

Firme dei legali rappresentanti

NB.: per le modalità di sottoscrizione e firma vedere le indicazioni riportate all'Articolo 10“ Modalità di sottoscrizione” dell'Avviso pubblico.

ALLEGATO 2

REGIONE TOSCANA

FONDO SOCIALE EUROPEO
Programma Operativo Regionale 2014 – 2020

Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione

ASSE B - INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTÀ'
AVVISO PUBBLICO

*“Potenziamento dei servizi di continuità – Buoni servizio per sostegno alla
domiciliarità”*

FORMULARIO PER LA PRESENTAZIONE DI PROGETTO

SEZIONE 0 - DATI IDENTIFICATIVI DEL PROGETTO¹

01 Titolo:

02 Acronimo:

03 Soggetto proponente capofila e partenariato operativo

03.1. Denominazione soggetto proponente (SINGOLO o capofila di partenariato)

03.2 Forma giuridica del partenariato (se previsto)

- ☐ ATS
- ☐ Già costituita
 - ☐ Da costituire

03.2.1 Denominazione soggetti partner di ATS (eventuale)

03.3 Nel caso in cui il proponente (singolo o capofila di ATS) sia un consorzio, indicare se il coinvolgimento per l'attuazione di parti del progetto di soggetti consorziati:

- ☐ E' previsto
- ☐ Non è previsto

03.4 Denominazione soggetti consorziati attuatori di parti del progetto:

¹ Si segnala di non inserire nel formulario immagini, grafici o altri elementi che possano appesantire il file od ostacolarne la lettura.

04 Dati di sintesi del progetto

04.1 Abstract. Descrizione sintetica del progetto (max 1000 caratteri)

--

04.2 Destinatari del progetto (max 1000 caratteri) (tipologia dell'utenza prevista dal progetto)

--

04.3 Numero destinatari previsti (persone valutate)

--

04.4 Durata del percorso

--

05 Finanziamento

Finanziamento pubblico richiesto	Euro

06 Zona-distretto/zone-distretto di riferimento

--

06.1 Nel caso di progetto di zone-distretto aggregate evidenziare le modalità dell'integrazione (p.e. coordinamento, organizzazione attività etc.)

--

SEZIONE A – SOGGETTI COINVOLTI NELLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

A.1 SCHEDA DEI SOGGETTI ATTUATORI

A.1.1 Soggetto proponente (singolo o capofila di ATS)

A.1.1.1 Dati identificativi

Denominazione e ragione sociale:

Natura giuridica:

Dati del rappresentante legale:

Indirizzo (via/piazza, città, provincia, CAP):

tel.:

fax:

e-mail:

pec:

Dati del referente del progetto:

ruolo:

tel.

fax:

e-mail:

Sede Legale: indirizzo (via/piazza, città, provincia, CAP):

tel.:

fax:

e-mail:

Sede Fiscale: indirizzo (via/piazza, città, provincia, CAP):

tel.:

fax:

e-mail:

Sede Operativa: indirizzo (via/piazza, città, provincia, CAP):

tel.:

fax:

e-mail:

Partita IVA:

Codice fiscale:

Codice ATECO:

A.1.1.2 Ruolo e attività del capofila nel progetto (se prevista ATS)

A.1.1.3 Progetti affini per tipologia di intervento e/o per tipologia di utenza realizzate nell'ultimo triennio (indicare le 3 attività più significative ai fini del progetto: breve descrizione dell'attività, sua durata, ruolo svolto, indicare amministrazione erogatrice fondi e periodo svolgimento) (max 1000 caratteri)

A.1.1.4 Organizzazione del partenariato se previsto

A.1.2 Soggetto partner di ATS (se prevista)

A.1.2.1 Dati identificativi

Denominazione e ragione sociale:

natura giuridica:

Dati del rappresentante legale:

Indirizzo (via/piazza, città, provincia, CAP):

tel.:

fax:

e-mail:

pec:

Dati del referente del progetto:

Ruolo:

tel.

fax:

e-mail:

Sede Legale: indirizzo (via/piazza, città, provincia, CAP):

tel.:

fax:

e-mail:

Sede Fiscale: indirizzo (via/piazza, città, provincia, CAP):

tel.:

fax:

e-mail:

Sede Operativa: indirizzo (via/piazza, città, provincia, CAP):

tel.:

fax:

e-mail:

Registrazioni:

Partita IVA:

Codice fiscale:

Codice ATECO:

A.1.2.2 Ruolo e attività nel progetto

A.1.2.3 Progetti affini per tipologia di intervento e/o per tipologia di utenza realizzate nell'ultimo triennio (indicare le 3 attività più significative ai fini del progetto: breve descrizione dell'attività, sua durata, ruolo svolto, indicare amministrazione erogatrice fondi, e periodo svolgimento) (max 1000 caratteri)

A.1.2.4 Organizzazione del partenariato

Aggiungere sottosezione A.1.2 per ciascun partner del progetto

A.1.3 Soggetto consorziato, partner attuatore di parti di progetto (da compilare nel caso in cui il consorzio proponente preveda di avvalersi di consorziati per l'attuazione di parti di progetto)

A.1.3.1 Dati identificativi

Denominazione e ragione sociale:

natura giuridica:

Dati del rappresentante legale:

Indirizzo (via/piazza, città, provincia, CAP):

tel.:

fax:

e-mail:

pec:

Dati del referente del progetto:

Ruolo:

tel.

fax:

e-mail:

Sede Legale: indirizzo (via/piazza, città, provincia, CAP):

tel.:

fax:

e-mail:

Sede Fiscale: indirizzo (via/piazza, città, provincia, CAP):

tel.:

fax:

e-mail:

Sede Operativa: indirizzo (via/piazza, città, provincia, CAP):

tel.:

fax:

e-mail:

Registrazioni:

Partita IVA:

Codice fiscale:

Codice ATECO:

A.1.3.2 Ruolo e attività nel progetto

A.1.3.3 Progetti affini per tipologia di intervento e/o per tipologia di utenza realizzate nell'ultimo triennio (indicare le 3 attività più significative ai fini del progetto: breve descrizione dell'attività, sua durata, ruolo svolto, indicare amministrazione erogatrice fondi, e periodo svolgimento) (max 1000 caratteri)

A.1.3.4 Organizzazione del partenariato

Aggiungere sottosezione A.1.3 per ciascun consorziato previsto quale attuatore di parti del progetto

SEZIONE B – DESCRIZIONE DEL PROGETTO

B. 1 Obiettivi generali del progetto (max 1000 caratteri)

B. 2 Struttura e logica progettuale. Descrivere la struttura del progetto in relazione alle attività previste. (max 6000 caratteri)

B. 3 AZIONI DI SISTEMA

B 3.1 Descrizione del contesto: descrivere composizione e funzionamento dell'Agenzia di continuità ospedale-territorio esistente nei presidi ospedalieri partecipanti al progetto (**max 2000 caratteri**)

B 3.2. Descrizione dettagliata dell'implementazione delle Azioni di sistema

B 3.2.1. Consolidamento ed eventuale potenziamento del Servizio zonale di continuità ospedale-territorio (**max 5000 caratteri**)

B 3.2.2. Attivazione, presso le strutture di dimissione interessate dalle azioni di progetto, di un punto informativo e di orientamento sulle caratteristiche dei servizi integrativi offerti dal presente Avviso e conseguente realizzazione di azioni consulenziali ai destinatari e alle loro famiglie (**max 2500 caratteri**)

B 4. AZIONI RIVOLTE ALLE PERSONE

B 4.1 Obiettivi e modalità di presa in carico dei potenziali destinatari (max 2000 caratteri)

B 4.2 Contenuti e modalità di elaborazione dei Piani individualizzati (max 2000 caratteri)

B 4.3. Modalità di assegnazione dei buoni servizio (max 2000 caratteri)

B 5. RISORSE UMANE DESTINATE ALLE AZIONI DI SISTEMA (compilare una riga per persona con riferimento a tutte le funzioni previste per il progetto)

	Nome e cognome	Funzione	Senior/Junior	Ore/giorni	Rapporto di lavoro con il Soggetto attuatore	Personale interno/esterno

B 6. CRONOPROGRAMMA DEL PROGETTO

Indicare il periodo di svolgimento per ciascun attività prevista.

N°	Attività	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18	M 19	M 20	M 21	M 22	M 23	M 24

B 7. RISULTATI ATTESI

B 7.1 Consolidamento dei servizi al fine di garantire la continuità ospedale-territorio (max 2000 caratteri)

B 7.2. Messa a regime di modalità assistenziali per la realizzazione del progetto globale di presa in carico (max 2000 caratteri)

SEZIONE C– PRIORITÀ

C.1 Sostenibilità. Capacità del progetto di dimostrare e garantire la sua sostenibilità futura. La sostenibilità dell'operazione si riferisce, ad esempio, agli strumenti per dare continuità nel tempo all'operazione, ai suoi risultati e alle sue metodologie di attuazione. **(max 2000 caratteri)**

C.2 Il carattere integrato dei progetti: ovvero la presenza di differenti tipologie di azioni che possano facilitare il rientro della persona presso il proprio domicilio. **(max 2000 caratteri)**

C.3 L'approccio individualizzato dei progetti per la realizzazione di percorsi assistenziali ospedale-territorio favorenti il rientro presso il proprio domicilio della persona presa in carico **(max 2000 caratteri)**

C.4 La parità di genere e le pari opportunità. Modalità con le quali il progetto assicurerà parità di genere e pari opportunità. **(max 1000 caratteri)**

SOTTOSCRIZIONE DEL FORMULARIO

Il sottoscritto.....in qualità di rappresentante legale del soggetto
proponente.....del progetto dal titolo.....

Attesta

l'autenticità di tutto quanto dichiarato nel formulario e sottoscrive tutto quanto in esso contenuto.

FIRMA

(del legale rappresentante del soggetto attuatore)

(Nel caso di ATS costituenda)

SOTTOSCRIZIONE FORMULARIO

Il sottoscritto.....in qualità di rappresentante legale del soggetto
capofila

e

Il sottoscritto in qualità di rappresentante legale del soggetto partner
(da ripetere per ogni soggetto partner della costituenda ATS)

in relazione al progetto “.....”

Attestano

l'autenticità di tutto quanto dichiarato nel formulario e sottoscrivono tutto quanto in esso contenuto.

FIRME

PED

POR FSE 2014-2020 Avviso pubblico “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità”

Ente attuatore:

Titolo progetto:

Azioni di sistema

Voce	Costo orario ¹	Ore	Importo
B 2.1.1 Docenti junior interni			
B 2.1.2 Docenti senior interni			
B 2.1.4 Docenti junior (fascia B) esterni			
B 2.1.5 Docenti senior (fascia A) esterni			
B 2.3.2 Personale tecnico professionale esterno			
B 2.3.7 Personale tecnico professionale interno			
Totale			

La seguente tabella permette di mettere in relazione le figure professionali specifiche del presente Avviso con alcune delle voci del PED. Usare questa tabella di raffronto nella compilazione del budget di progetto.

Funzione	Tipologie professionali	Corrispondente alla voce di PED
Supporto e accompagnamento del personale all'uso della scheda di valutazione	Assistenti sociali, infermieri, medici, fisioterapisti	B 2.1.1 Docenti junior interni e/o B 2.1.2 Docenti senior interni e/o B 2.1.4 Docenti junior esterni e/o B 2.1.5 Docenti senior esterni
Attività di front-office	Operatori amministrativi	B 2.3.2 Personale tecnico professionale esterno e/o B 2.3.7 Personale tecnico professionale interno
Attività di sensibilizzazione/informazione/promozione	Assistenti sociali, Infermieri, Fisioterapisti	B 2.1.1 Docenti junior interni e/o B 2.1.4 Docenti junior esterni
Potenziamento attività di valutazione	Assistenti sociali, infermieri, Medici, fisioterapisti	B 2.1.1 Docenti junior interni e/o B 2.1.2 Docenti senior interni e/o B 2.1.4 Docenti junior esterni e/o B 2.1.5 Docenti senior esterni

¹ Per il corretto calcolo del costo orario si rimanda a quanto indicato nella DGR n.635 del 18/05/2015. In particolare, i costi orari per il personale interno si individuano in riferimento alla retribuzione prevista dal CCNL, mentre per gli esterni sono previsti dei massimali in base alle funzioni svolte e il livello di esperienza maturato: si definisce junior (fascia B) la persona che ha acquisito almeno 3 anni di esperienza nel settore, senior (fascia A) la persona che ha acquisito almeno 8 anni di esperienza nel settore cui si fa riferimento.

Buoni servizio

Voce	Nr. buoni	Importo
B 2.7.1 Servizi di cura		Euro 1500,00
Totale		

SOTTOSCRIZIONE PED

Il sottoscritto.....in qualità di rappresentante legale del soggetto
proponente.....del progetto dal titolo.....

Attesta

l'autenticità di tutto quanto dichiarato nel PED e sottoscrive tutto quanto in esso contenuto.

FIRMA

(del legale rappresentante del soggetto attuatore)

(Nel caso di ATS costituenda)

SOTTOSCRIZIONE FORMULARIO

Il sottoscritto.....in qualità di rappresentante legale del soggetto
capofila

e

Il sottoscritto in qualità di rappresentante legale del soggetto partner
(da ripetere per ogni soggetto partner della costituenda ATS)

in relazione al progetto “.....”

Attestano

l'autenticità di tutto quanto dichiarato nel PED e sottoscrivono tutto quanto in esso contenuto.

FIRME

[Fac-simile di Avviso per manifestazione d'interesse per l'erogazione degli interventi relativi ai buoni servizio. Lo schema riporta gli elementi minimi per l'avvio della procedura di selezione pubblica degli operatori economici interessati; l'Ente che avvia la procedura potrà svilupparlo o contestualizzarlo secondo necessità apportando al presente schema ogni modifica o integrazione che riterrà opportuno.]

ENTE _____

ZONA/E DISTRETTO _____

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dall'Avviso regionale: "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità"

Art. 1 - Premessa

L'Ente indice un'istruttoria pubblica rivolta a:

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

per manifestare l'interesse ad essere iscritti nell'elenco di soggetti economici per l'erogazione di prestazioni relative ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi, come previsto dall'Avviso "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" emesso dalla Regione Toscana con finanziamento del POR FSE 2014 – 2020, Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà.

Art. 2 - Oggetto della manifestazione d'interesse

L'Ente attraverso un procedimento di evidenza pubblica mira a costituire una lista di soggetti qualificati per l'erogazione dei servizi previsti dall'Avviso regionale di cui all'Art. 1. L'Avviso regionale finanzia buoni servizio per sostenere, nell'ambito dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio, il rientro presso il proprio domicilio di persone anziane (>65 anni), con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza, e/o di persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 a seguito di dimissioni da una struttura ospedaliera o di cure intermedie/riabilitative.

Art. 3 – Interventi finanziati tramite l'attribuzione di buoni servizio

L'Avviso regionale prevede il finanziamento, tramite l'attribuzione di buoni servizio, delle seguenti tipologie di interventi:

descrizione interventi*	Figura professionale	Struttura intervento	costo massimo pacchetto interventi
interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione caregiver	OSA o OSS	15 accessi in 3 settimane	€ 330,00
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	5 accessi in 3 settimane	€ 125,00
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver	Fisioterapista	5 accessi in 3 settimane	€ 165,00
Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	10 accessi in 3 settimane	€ 500,00
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	8 accessi in 3 settimane	€ 280,00

descrizione intervento	struttura intervento	costo massimo pacchetto interventi
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.	Ricovero in RSA per 12 gg	€ 1.428,00

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

Per ogni soggetto potenzialmente destinatario del buono servizio, preliminarmente alle dimissioni ospedaliere o da strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative, sarà predisposto dall'Agenzia di continuità ospedale-territorio un Piano individualizzato completo della lista dettagliata delle attività che potranno in seguito essere attivate a mezzo del buono servizio. Per ogni soggetto assegnatario del buono servizio il soggetto attuatore è tenuto a predisporre un Piano di spesa che prevede l'erogazione di servizi per un importo massimo per singolo destinatario di Euro 1.500,00. I servizi devono essere erogati entro le tre settimane dalla firma del Piano di spesa.

(INSERIRE EVENTUALI SPECIFICHE INTRODOTTE DAL PROGETTO FINANZIATO)

Art. 4 – Soggetti invitati a partecipare al presente Avviso

Sono invitati a partecipare al presente Avviso di istruttoria pubblica:

1. gli operatori economici che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie che dispongono di un'esperienza provata nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati di cui all'artt. 2 e 3 del presente Avviso di istruttoria pubblica;
2. gli operatori economici gestori di RSA in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla DGR n.1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria;
3. professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale.

Per l'erogazione dei servizi descritti all'Art. 1 della LR 82/2009, gli operatori economici di cui ai precedenti punti 1 e 2 che rispondono alla presente procedura di evidenza pubblica devono risultare accreditati al momento della presentazione della domanda, secondo il disposto della legge stessa e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010.

L'Ente selezionerà i soggetti ritenuti idonei secondo i criteri specificati all'Art. 6 del presente Avviso di istruttoria pubblica. Tali soggetti saranno inclusi nell'apposito elenco dal quale i destinatari dei buoni servizio potranno scegliere l'operatore economico che fornirà le prestazioni socio-sanitarie previste dal Piano individualizzato. Al momento di attivazione dei servizi i soggetti scelti dai destinatari saranno chiamati a sottoscrivere un contratto con l'Ente.

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

(IN QUESTO ARTICOLO OGNI SOGGETTO ATTUATORE POTRÀ SPECIFICARE SCADENZE, MODALITÀ DI INVIO E/O ALTRI ASPETTI RELATIVI ALLE MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE MANIFESTAZIONI DI INTERESSE RISPETTANDO QUANTO DISPOSTO DALL'AVVISO REGIONALE "POTENZIAMENTO DEI SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE – BUONI SERVIZIO PER IL SOSTEGNO ALLA DOMICILIATA", CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'ART. 8)

Art. 6 - Modalità e criteri di selezione degli operatori

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

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

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

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER

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

POR Regione Toscana
FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020

Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà

Avviso regionale “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale –buoni servizio per
sostegno alla domiciliarità”

Progetto [inserire titolo del progetto]

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

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

residente in _____ (cap _____) Via _____

n. _____ in qualità di legale rappresentante di _____

avente sede legale in _____ (cap _____)

Via _____

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

Tel. _____, e-mail _____ PEC _____

avente la seguente forma giuridica: _____

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

<i>livello</i>	<i>descrizione interventi*</i>	<i>operatore</i>	<i>struttura intervento</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
minimo	interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver	OSA o OSS	15 accessi in 3 settimane		
basso	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	5 accessi in 3 settimane		
	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista	5 accessi in 3 settimane		

medio	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	10 accessi in 3 settimane		
	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	8 accessi in 3 settimane		

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

- l'impresa / ente svolge attività di:

- può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:

- il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina) :

DICHIARA inoltre

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LR 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

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

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER

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

POR Regione Toscana
FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020

Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà

Avviso regionale “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale –buoni servizio per
sostegno alla domiciliarità”

Progetto [inserire titolo del progetto]

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

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

residente in _____ (cap _____) Via _____

n. _____ in qualità di legale rappresentante di _____

avente sede legale in _____ (cap _____)

Via _____

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

Tel. _____, e-mail _____ PEC _____

avente la seguente forma giuridica: _____

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione del seguente pacchetto interventi, così come definito dall'art. 17 dell'Avviso regionale "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità"

descrizione intervento	struttura intervento
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.	Ricovero in RSA per 12 gg

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

- l'impresa / ente svolge attività di:

-
- può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:

-
- il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina) :

DICHIARA inoltre

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LR 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- che la struttura è in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla DGR n.1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria al momento dell'avvio dei progetti;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

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

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER

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

POR Regione Toscana
FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020

Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà

Avviso regionale “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per
sostegno alla domiciliarità”

Progetto [inserire titolo del progetto]

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

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

<i>livello</i>	<i>descrizione interventi*</i>	<i>operatore</i>	<i>struttura intervento</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
basso	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	5 accessi in 3 settimane		
	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista	5 accessi in 3 settimane		
medio	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	10 accessi in 3 settimane		
	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	8 accessi in 3 settimane		

a tal fine DICHIARA:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
- di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) _____ dal __/__/__ con numero _____
- di avere una comprovata esperienza per l'erogazione dei servizi selezionati che il professionista si candida ad erogare

- | | | |
|---------|--------------|-------------|
| • _____ | dal __/__/__ | al __/__/__ |
| • _____ | dal __/__/__ | al __/__/__ |
| • _____ | dal __/__/__ | al __/__/__ |
| • _____ | dal __/__/__ | al __/__/__ |

- Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina) :

DICHIARA inoltre

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

(firma)

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

**Modulistica per la valutazione multidimensionale
del paziente con dimissione complessa**

Zona /distretto_____

Ospedale_____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

Ospedale/Struttura/: _____

Tipo Struttura: ☐ Pubblica ☐ Privata Convenzionata ☐ Privata non Convenzionata

Data (gg/mm/aaaa)

Operatore

Recapiti inviante : indirizzo e.mail (preferibilmente di struttura) _____
Telefono inviante _____

SCHEDA CLINICA 1 di 4

UTENTE

Cognome

Nome

Data di nascita

Comune nasc.

Provincia

Domicilio

Comune

Provincia

Familiare

Tel. cell.

Familiare

Tel. cell.

Motivazione clinica per cui è richiesto l'intervento: _____

Data di dimissione prevista ____/____/____

Durata prevista dell'intervento (gg) _____

Diagnosi di ammissione

Diagnosi principale – ICD9

Descrizione _____

Diagnosi secondaria – ICD9

Descrizione _____

Diagnosi per la segnalazione al Coordinamento Dimissioni Complesse

Diagnosi principale – ICD9

Descrizione _____

Diagnosi secondaria – ICD9

Descrizione _____

Nominativo e qualifica compilatore:



Regione Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana

Zona /distretto _____

Ospedale _____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

Questa sezione concorre alla pesatura dell'intervento integrativo domiciliare (c) (e)

SCHEDA CLINICA 2 di 4

Necessita di riabilitazione?

☐ SI (e)

☐ NO (c)

Se si è risposto **NO** alla necessità di riabilitazione, compilare la parte seguente

Necessità di assistenza medica?

- ☐ Si necessita di assistenza medica sulle 24 ore con osservazione medica almeno 2 volte nelle 24 ore (Descrivere nelle note le condizioni cliniche che richiedono un'assistenza medica sulle 24h)
- ☐ Si, assistenza medica continuativa in orario diurno (SCALA NEW ≤ 3)
- ☐ Si, assistenza medica continuativa (SCALA NEW ≤ 1)
- ☐ No

Necessita di riattivazione funzionale?

Il paziente prima dell'evento era in grado di camminare, anche con ausilio, in ambito domestico

☐ SI (c)

☐ NO

Se si è risposto **SI** alla necessità di riabilitazione compilare la seguente parte e la **scheda clinica 3/4**

Tipo di riabilitazione:

☐ Neurologica

☐ Ortopedica

Condizioni di instabilità presenti nel corso del ricovero

(Condizioni di instabilità che impediscono la riabilitazione finché non sono risolte e che, anche se risolte, condizionano il regime di erogazione della riabilitazione. In caso di presenza delle condizioni non risolte alla dimissione non è possibile trasferire il paziente in riabilitazione)

- ☐ Angina instabile
- ☐ Infarto miocardico recente (< 7 gg)
- ☐ Embolia polmonare *
- ☐ Tachicardia
- ☐ Bradicardia
- ☐ PA sistolica > 180 mmHg e diastolica > 105 mmHg
- ☐ Insufficienza cardiaca NYHA $> 2^{**}$ (> 85 anni)
- ☐ Insufficienza respiratoria $PaO_2 < 60$ mmHg e/o $Pa CO_2 > 50$ mmHg
- ☐ TVP in atto
- ☐ Disturbo di coscienza: coma, sopore
- ☐ Malattia sistemica in fase acuta nella quale è indicato il riposo assoluto

☐ **Assenza delle condizioni sopra elencate**

Condizioni stabilizzate?

☐ SI

☐ NO

Se **SI** Stabilizzato dal _____



Regione Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa****SCHEDA CLINICA 3 di 4****Criterio anamnestico**

ATTENZIONE: La selezione di una o più delle voci seguenti esclude la riabilitazione intensiva e pertanto comporta la selezione del **NO** nella precedente sezione “Necessita di riabilitazione?”

- ☐ Disabilità cognitiva pregressa (Pfeiffer>7) che impedisce riabilitazione intensiva
- ☐ Disabilità funz. pregressa che impedisce la riab. intensiva (Barthel anamnestica modif. orientante <50)
- ☐ Anamnesi per lesioni cerebrali >2 lobi preesistenti all'evento del ricovero

Criterio clinico**Parte1: Compilare se non viene compilato nessuno dei riferimenti del campo anamnestico**

- ☐ Paziente con necessità di assistenza medica continuativa 24h *Descrivere nelle note le condizioni cliniche che richiedono un'assistenza medica sulle 24H*
- ☐ Paziente con condizioni di instabilità clinica durante il ricovero – ora stabilizzato
- ☐ Paziente che alla dimissione non necessita di assistenza med. continuat. 24h (Barthel anamnestica modif. tra 50 e 75)
- ☐ Paziente che alla dimissione non necessita di assistenza med. continuat. 24h (Barthel anamnestica modif. > 75)

Parte2: Informazioni aggiuntive da compilare se presenti

- ☐ Nessuna informazione
- ☐ Paziente con disabilità minime (Barthel anamnestica modif. > 75 alla dimissione) che non richiedono riabilitazione di tipo intensivo
- ☐ Paziente con indicazione di procrastinazione del carico e/o intervento agli arti superiori con procrastinazione della mobilizzazione
- ☐ Paziente con frattura del femore non operata
- ☐ Paziente con patologia in fase terminale

Note:



Zona /distretto_____

Ospedale_____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

SCHEDA INFEZIONI

SCHEDA CLINICA 4 di 4

Presenza di infezioni

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paziente Colonizzato | <input type="checkbox"/> Paziente infetto |
| <input type="checkbox"/> Assenza d'infezioni | <input type="checkbox"/> Paziente colonizzato infetto |

Data esordio o positività del campione ____/____/____

- ☐ Clostridium Difficile
- ☐ Enterococcus faecalis e faecium Vancomicina resistenti (VRE)
- ☐ Staphylococcus Aureus resistente ai glicopeptidi (Vancomicina, Teicoplanina)
- ☐ Pseudomonas Aeruginosa con fenotipo R estesa (sensibile solo Colistina o Colistina e Amikacina)
- ☐ Acinetobacter baumannii resistenti ai Carbapenemi (Imipenem e/o Meropenem)
- ☐ Klebsiella pneumoniae resistente ai Carbapenemi (Imipenem e/o Meropenem e/o Erbapenem)
- ☐ Escherichia coli resistente ai Carbapenemi (Imipenem e/o Meropenem e/o Erbapenem)
- ☐ Stenotrophomonas maltophilia resistente al Cotrimossazolo
- ☐ Altro, specificare nell'area sottostante:

Note:

Data compilazione:

Medico Compilante:



Regione Toscana



Zona /distretto_____

Ospedale_____

Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa

SCHEMA INFERMIERISTICA

N.B. Indicare esclusivamente le prestazioni di cui il paziente avrà bisogno **dopo la dimissione** che **non possono** essere garantite dal **paziente stesso**, dai familiari o da **chi** per loro **assiste** il congiunto.

Legenda

Mese: N° di prestazioni al mese

Sett: N° di prestazioni alla settimana

Giorno: N° di prestazioni al giorno

Questa sezione concorre alla pesatura dell'intervento integrativo domiciliare (b) (d)

	Prestazione	N° prestazioni al		
		Mese	Sett	Giorno
b	Funzione educativa all'utente /caregiver			
b	Medicazione semplice			
	Medicazione complessa			
	Bendaggio elastocompressivo semplice			
	Bendaggio multistrato			
d	Terapia EV			
	Prelievo venoso			
	Test rapido glicemia			
	Prelievo materiale biologico			
	Cambio catetere vescicale			
	Rimozione catetere vescicale			
d	Cateterismo vescicale femminile (intermittenza)			
d	Cateterismo vescicale maschile (intermittenza)			
	Clisma evacuativo			
	Svuotamento manuale			
	Rilevazione parametri vitali			
d	Gestione stomie			
	Cambio sondino Naso Gastrico			
	Rimozione sondino Naso Gastrico			
	Medicazione CVC campo sterile			
	Cambio ago di Hubert			
	Ventilazione meccanica assistita			
	Ventilazione meccanica controllata			
	Nutrizione Artificiale Domiciliare			

Necessita di prestazione infermieristica notturna

☐ SI☐ NOSe **SI** specificare:

Data:

Compilatore:



Regione Toscana

Servizio
Sanitario
della
Toscana

Zona /distretto_____

Ospedale_____

Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa

SCHEMA SOCIALE

Condizione socio – abitativa

Vive solo senza alcun sostegno

☐ SI☐ NO

**Vive con
convivente non
idoneo**

- ☐ grande anziano > 85 anni
- ☐ per handicap
- ☐ a sostenere il bisogno assistenziale
- ☐ per gravi problemi socio sanitari
- ☐ per grave relazione conflittuale con il convivente
- ☐ per elevato stress del caregiver

**Vive solo/presenza
di familiari non
idonei**

- ☐ familiare fuori sede
- ☐ familiare con handicap
- ☐ a sostenere il bisogno assistenziale
- ☐ per gravi problemi socio sanitari
- ☐ familiari non idonei, temporaneamente in attesa di organizzazione assistenziale adeguata
- ☐ per elevato stress del caregiver

**Condizione
abitativa
inadeguata**

- ☐ case isolate
- ☐ barriere architettoniche in relazione alle condizioni funzionali valutate dal fisioterapista
- ☐ servizi igienici inadeguati / inesistenti
- ☐ micro clima inadeguato

Se esiste una positività ad una o più delle condizioni sopraelencate, allora non è necessario compilare la sezione prestazioni

Questa sezione concorre alla pesatura dell'intervento integrativo domiciliare (a)

a	Sezione prestazioni			
	Prestazione	Mese	Sett	Giorno
	Alzare e vestire			
	Igiene della persona			
	Bagno assistito			
	Posizionamento			
	Preparazione e somm.ne pasto completo			
	Pulizia alloggio e manutenzione biancheria			

Legenda:

Mese: Numero di prestazioni al mese
Sett: Numero di prestazioni alla settimana

Giorno: Numero di prestazioni al giorno

N.B. Indicare esclusivamente le prestazioni di cui il paziente avrà bisogno dopo la dimissione che non possono essere garantite dal paziente stesso, dai familiari o da chi per loro assiste il congiunto.

Note:

Data:

Compilatore:



Regione Toscana



Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa

SCHEDA FUNZIONALE 1 di 2

Test di Pfeiffer

	SI	NO
1. Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Che giorno della settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Qual è il nome di questo posto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Qual è il suo numero di telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a. Qual è il suo indirizzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quanti anni ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando è nato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Chi è il presidente della repubblica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Chi era il presidente precedente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Qual era il cognome di sua madre da ragazza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Totale errori /10

Linguaggio

- ☐ Nessuna compromissione
- ☐ Possibile con ausilio
- ☐ Compromissione recettiva
- ☐ Compromissione espressiva
- ☐ Compromissione globale

Sezione mobilità

Girarsi nel letto

- ☐ Autonomo
- ☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
- ☐ Con poco aiuto
- ☐ Con molto aiuto
- ☐ Non possibile

Da supino a seduto bordo letto

- ☐ Autonomo
- ☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
- ☐ Con poco aiuto
- ☐ Con molto aiuto
- ☐ Non possibile

Equilibrio seduto senza sostegno
del tronco, piedi sospesi

- ☐ Autonomo, sicuro senza appoggio
- ☐ Sicuro con appoggio
- ☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
- ☐ Con aiuto
- ☐ Non possibile



Zona /distretto_____

Ospedale_____

**Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente
con dimissione complessa**

SCHEDA FUNZIONALE 2 di 2

Da seduto a in piedi

- ☐ Autonomo
☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
☐ Con poco aiuto
☐ Con molto aiuto
☐ Non possibile

In piedi

- ☐ Autonomo, sicuro senza appoggio
☐ Autonomo, sicuro con appoggio
☐ Con sorveglianza indicazioni verbali
☐ Con aiuto
☐ Con massimo aiuto o Non possibile

Note:

Scala Barthel Modificata	Anamnestica	Ammissione (T1)	Dimissione (T2)	Valori Accettati
Igiene Personale				0 1 3 4 5
Fare il Bagno				0 1 3 4 5
Mangiare				0 2 5 8 10
Usare il W.C.				0 2 5 8 10
Fare le scale				0 2 5 8 10
Vestirsi				0 2 5 8 10
Controllo urine				0 2 5 8 10
Controllo alvo				0 2 5 8 10
Camminare				0 3 8 12 15
Carrozzina (da compilare in alternativa al campo precedente)				0 1 3 4 5
Trasferimenti				0 3 8 12 15

Note:

Data:

Compilatore:



Regione Toscana



SST
Servizio
Sanitario
della
Toscana

Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa

PESATURA INTERVENTI INTEGRATIVI DOMICILIARI

In sede di valutazione multidimensionale questa modulistica contribuisce alla definizione e pesatura degli eventuali interventi a carattere socio-sanitario o sanitario da assicurare in fase di dimissione .

La stabilizzazione clinica è preconditione per la dimissione al domicilio.

Gli item utilizzati per la pesatura sono identificati dalle lettere riportate nella seconda colonna della tabella sottostante.

<i>livello</i>	<i>Riferimenti presenti nella scheda di valutazione</i>	<i>descrizione interventi</i>	<i>operatore</i>
minimo	(a)	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione care giver	OSA o OSS
basso	(b)	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere
	(c)	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici , educazione del care giver	fisioterapista
medio	(b)+(d)	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice, svuotamento manuale	Infermiere
	(e)	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	fisioterapista

Nominativo del beneficiario del Buono servizio:

[illegible]