

ALLEGATO 1

Regione Toscana - FONDO PER LO SVILUPPO E LA COESIONE "Sostegno ai servizi di cura domiciliare"
(decreto regionale n. 11622/2021) – Codice progetto 290207

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER

L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI PER IL PROGETTO "DOMUS NOSTRA"

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

residente in _____ (cap _____) Via _____ n. _____

[per le persone giuridiche]

in qualità di legale rappresentante di _____

avente sede legale in _____ (cap _____)

Via _____ n. _____

C.F./P.IVA _____ Tel. _____,

e-mail _____ PEC _____

forma giuridica: _____ accreditamento n. _____

del _____ conseguito presso _____

referente per l'amministrazione: _____,

[per i singoli professionisti]

In possesso del seguente titolo di studio _____

iscritto all' Albo professionale (ove previsto) _____

dal ____ / ____ / ____ con numero _____

P.IVA _____ Tel. _____,

e-mail _____ PEC _____

In caso di raggruppamento temporaneo specificare:

☐ come mandatario

☐ come mandante

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

☐ **AZIONE 1 “Servizio di continuità assistenziale ospedale-territorio”**

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

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

Tipologia di intervento	Operatori	Tipologia di prestazione
☐ <i>Servizi domiciliari professionali</i>	☐ OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i> , presenza di supporto per permettere al <i>caregiver</i> la partecipazione a interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio
	☐ PSIC	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia
	☐ PSIC	Intervento di psico-educazione al <i>caregiver</i> , monitoraggio e revisione del Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia. Attività di formazione e sostegno all'Educatore/Animatore sul caso specifico
	☐ Educatore Prof.le/ Animatore	Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare, in base al Progetto Educativo, all'utilizzazione della metodologia di stimolazione cognitiva ed occupazionale. Stimolazione cognitiva ed occupazionale del paziente mediante intervento diretto di un educatore/animatore. Stimolazione cognitiva ed occupazionale prolungata “di mantenimento” del paziente mediante l'intervento del <i>caregiver</i>
	☐ FKT	Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti
☐ <i>Servizi extra-domiciliari</i>	☐ PSIC/ NEUROPSIC	Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 2-8 persone

	☐ FKT	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 2-10 persone
	☐ PSIC	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (2-10 persone)
	☐ <i>Servizio di trasporto</i>	
☐ <i>Servizi semi-residenziali</i>	☐ Centro Diurno	Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)
	☐ <i>Servizio di trasporto</i>	
☐ Caffè Alzheimer	☐ <i>Servizio di trasporto</i>	
☐ Atelier Alzheimer	☐ <i>Servizio di trasporto</i>	
☐ Musei per l'Alzheimer	☐ <i>Servizio di trasporto</i>	
☐ Servizi residenziali	☐ <i>RSA modulo base</i>	Ricovero di sollievo di 30 giorni
	☐ <i>RSA modulo specialistico</i>	
	☐ <i>Servizio di trasporto</i>	

[per le sole persone giuridiche]

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

- l'impresa / ente svolge attività di

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

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

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

DICHIARA inoltre

- di essere accreditato per i servizi e le prestazioni per le quali manifesta l'interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della legge regionale n. 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione decreto del Presidente della Giunta Regionale 11 agosto 2020, n. 86/R per la tipologia d'intervento per la quale si candida;
- [per gli operatori che si candidano per uno o più degli "Altri servizi extra domiciliari"] di rispettare quanto disposto dalla legge regionale n. 82/2009 per gli "Altri servizi alla persona", oltre alla deliberazione della Giunta Regionale n. 224/2018;
- [per gli operatori che si candidano per i servizi extra domiciliari] di rispettare quanto disposto dalla legge regionale n. 82/2009 per gli "Altri servizi alla persona", oltre ai requisiti per l'AFA di cui alla normativa di settore ed alle disposizioni in materia;
- [per le RSA che si candidano per i "servizi residenziali" dell'Azione 1] di assicurare i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria;
- [per le RSA che si candidano per i "servizi residenziali" dell'Azione 2] di possedere i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R – modulo base o modulo specialistico a seconda della presenza o meno di disturbi comportamentali -;

[per tutti gli operatori economici]

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

S'IMPEGNA

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

Il dichiarante allega la seguente documentazione:

- 1) Carta d'identità in corso di validità.
- 2) Statuto dell'associazione/ente.
- 3) Avviso pubblico e format “Convenzione” sottoscritti in ogni pagina per accettazione.
- 4) [per i raggruppamenti temporanei da costituire] “Impegno al conferimento di mandato collettivo speciale di rappresentanza” redatto secondo il modello allegato 3 al presente Avviso, sottoscritto da tutti i componenti del raggruppamento che s'intende costituire.
- 5) [per i raggruppamenti temporanei già costituiti] copia del mandato collettivo speciale con rappresentanza al mandatario.
- 6) Dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico-economico-finanziaria.
- 7) Modulo tracciabilità.
- 8) Modulo recapiti.

(luogo e data) _____

(firma del legale rappresentante/professionista)

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