

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

MODELLO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PER OPERATORI ECONOMICI E SINGOLI PROFESSIONISTI

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

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

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

IL CANDIDATO INDICHI LA QUALIFICA POSSEDUTA:

- Organismi, enti, cooperative, altro: _____
- Singolo Professionista: _____

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

MANIFESTA INTERESSE PER

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

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

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

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

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Operatore	Costo orario singolo intervento*	Selezione SI/NO
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione <i>care giver</i>	OSA/OSS/ADB	€ 30,00	
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali) Educazione e gestione catetere vescicale, educazione gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	€ 50,00	
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del <i>care giver</i> . Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al <i>self management</i>	Fisioterapista	€ 50,00	

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

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

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

Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al <i>caregiver</i> per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti	Fisioterapista	€ 50,00	
Interventi di stimolazione neuro cognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso	PSIC/NEUROPSIC	€ 20,00 a persona	
Interventi di fisioterapista per AFA - gruppi chiusi	Fisioterapista	€ 20,00 a persona	
Supporto psicologico alla famiglia – gruppo chiuso	PSIC	€ 20,00 a persona	
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)			

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

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

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

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

A TAL FINE DICHIARA DI

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

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

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

- Altre informazioni utili per la presentazione della domanda:

DICHIARA inoltre

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

E ASSUME IMPEGNO

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

(Luogo e Data)

(Firma)

Si allegano in copia:

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