

Allegato B) alla Determinazione n. 18 del 23/05/2024

SOCIETÀ DELLA SALUTE ALTA VAL D'ELSA
Progetto "Sostegno Domiciliare Val d'Elsa 4 – SO.DO.VE 4"
Codice Progetto S.I. FSE: 312752
CUP: J59G24000040006

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 D.D.R.T. n. 27538/2023:

- Tabella 1 per Azione 1 "Servizi di continuità ospedale-territorio";
- Tabella 2 per Azione 2 "Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza";
- Tabella 3 per Azione 4 "Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità"

È 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 a _____ () il _____ e residente in Via/Piazza _____ a _____ () C.A.P. _____ Codice Fiscale _____ in qualità di legale rappresentante pro tempore di _____ ente _____ denominata _____, con sede legale in _____ () C.A.P. _____ Via/Piazza _____ e _____ P.IVA/C.F. _____ PEC _____ e-mail _____

MANIFESTA INTERESSE PER

l'inserimento nell'Elenco degli Operatori Economici 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 ed il sostegno familiare di persone affette da demenza";**
- Tabella 3 Azione 4 "Servizi domiciliare di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità".**

TABELLA 1 – Azione "Servizi di continuità ospedale-territorio"

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Operatore	Costo	Selezione SI/NO
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver	OSA/OSS/ADB	€25,00/h	
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	€50,00/h	
Educazione e gestione catetere vescicale, educazione gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice			
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista	€50,00/h	
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management			
*i costi indicati si intendono onnicomprensivi di eventuali DPI, spostamenti, aliquota IVA, oneri aggiuntivi e quant'altro utile alla regolare erogazione delle prestazioni.			

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

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Operatori	Costo	Selezione SI/NO
Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i>	OSA/OSS/ ADB	€ 25,00/h	
Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia	PSIC	€ 50,00/h	
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		€ 50,00/h	
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	€ 30,00/h	
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/h	
Interventi di stimolazione neuro cognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso	PSIC/ NEUROPSIC	€ 25,00/h	
Interventi di fisioterapista per AFA - gruppi chiusi	Fisioterapista	€ 20,00/h	
Supporto psicologico alla famiglia – gruppo chiuso	PSIC	€ 20,00/h	
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		€ 20 pers./die	
*i costi indicati si intendono onnicomprensivi di eventuali DPI, spostamenti, aliquota IVA, oneri aggiuntivi e quant'altro utile alla regolare erogazione delle prestazioni.			

TABELLA 3 - Azione 4 “Servizi domiciliare di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità”

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Operatori	Costo	Selezione SI/NO
Attività di supporto e assistenza nelle attività quotidiane come la cura dell'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità	OSA/OSS/ADB	€ 25,00/h	
Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare. Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo, riabilitativo	Infermiere	€ 50,00/h	
Intervento di psico educazione al <i>care giver</i> , monitoraggio e revisione del Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia. Attività di formazione e sostegno all'Educatore/Animatore sul caso specifico	PSIC	€50,00/h	
Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo	Educatore Professionale	€ 30,00/h	
Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al <i>caregiver</i>	Fisioterapista	€ 50,00/h	
Interventi del logopedista sui ritardi e/o disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento – DSA (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia) disturbi della voce (disfonia infantile)	Logopedista	€ 50,00/h	
Interventi di abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione generale ai disordini dello sviluppo	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE)	€ 50,00/h	
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		€ 20,00 pers./die	
<i>*i costi indicati si intendono onnicomprensivi di eventuali DPI, spostamenti, aliquota IVA, oneri aggiuntivi e quant'altro utile alla regolare erogazione delle prestazioni.</i>			

A TAL FINE DICHIARA DI

Svolgere l'attività professionale e/o impresa di:

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

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 la Società della Salute Alta Val d'Elsa;
- 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;
- Autocertificazione iscrizione Albo/Ordine professionale;
- Decreto di accreditamento;
- Ricevuta SUAP ex LRT 82/09.