



Fondo per lo Sviluppo  
e la Coesione



Regione Toscana



*Allegato A al Provvedimento del Direttore n. 265 del 30.09.2021*

## AVVISO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

**ENTE: SOCIETA' DELLA SALUTE AREA PRATESE**

**Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni di cui alle Tabelle 1 e 2 dell'Avviso regionale: "Sostegno ai servizi di Cura Domiciliare" (Decreto regionale n. 11622 del 18.06.2021) Progetto "DOMUS" Codice Progetto 290195 - con finanziamento del Fondo Sviluppo e Coesione- CUP G39J21017240001**

### Art. 1 - Premessa

La Società della Salute Pratese indice un'istruttoria pubblica rivolta a:

1. soggetti economici che erogano servizi domiciliari professionali, servizi extra domiciliari, servizi semi-residenziali, altri servizi extra domiciliari e servizi di trasporto nella zona pratese;
2. soggetti economici gestori di RSA che erogano prestazioni di ricovero temporaneo nella fase di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito;
3. professionisti sanitari Infermieri, Educatori Professionali, Fisioterapisti, Psicologi e Neuropsicologi in possesso di abilitazione professionale;

per manifestare l'interesse a essere iscritti nell'elenco per l'erogazione di interventi relativi ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi, come previsto dall'Avviso regionale "Sostegno ai Servizi di Cura Domiciliare" emesso dalla Regione Toscana con finanziamento del Fondo Sviluppo e Coesione e approvato con il decreto dirigenziale regionale n. 11622 del 18.06.2021.

Si definiscono:

- soggetto attuatore: la Società della Salute Area Pratese;
- soggetto/i erogatore/i: il/i soggetto/i individuato/i mediante il presente avviso in apposito elenco.

### Art. 2 - Oggetto della manifestazione d'interesse

La Società della Salute Pratese attraverso un procedimento di evidenza pubblica mira a costituire un elenco di operatori qualificati per l'erogazione degli interventi previsti dall'Avviso regionale di cui all'art. 1, ed in particolare i servizi di cui all'art. 2 - Azioni 1 e 2- Tabelle 1 e 2 dell'Avviso regionale.

E' garantita la possibilità di presentare domanda per l'intera durata del Progetto FSE pertanto potranno essere presentate candidature fino al mese precedente la scadenza del progetto stesso. Il primo elenco di operatori sarà costituito entro il 22.10.2021. La valutazione di ammissione avverrà per coloro che avranno presentato domanda di candidatura entro il **15.10.2021**.

L'Avviso regionale finanzia buoni servizio per sostenere tre diverse tipologie di azioni:

- AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio
- AZIONE 2 – Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza
- AZIONE 3 – Ampliamento del servizio di assistenza familiare

**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 intervento:

L'azione 1 – **Servizi di continuità assistenziale ospedale - territorio** favorisce 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. La misura tende anche a potenziare i servizi domiciliari di cura e assistenza alle persone reduci da periodi di degenza ospedaliera anche a seguito dell'emergenza sanitaria provocata dall'epidemia di Covid-19.

Le risorse a disposizione della Società della Salute Pratese per l'erogazione degli interventi relativi ai buoni servizio di cui all'Azione 1 previsti dall'Avviso regionale ammontano a € 392.832,90

L'azione 2 - **Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza** favorisce l'accesso a servizi anche innovativi di carattere socio-assistenziale di sostegno e supporto alle persone con diagnosi di demenza e alle loro famiglie, per garantire una reale possibilità di permanenza presso il proprio domicilio e all'interno del proprio contesto di vita.

Le risorse a disposizione della Società della Salute Pratese per l'erogazione degli interventi relativi ai buoni servizio di cui all'Azione 2 previsti dall'Avviso regionale ammontano a € 261.888,60.

Ciascun destinatario può ricevere un solo buono durante il periodo di validità del progetto su una sola delle tre azioni previste dall'avviso regionale.

**Tipologia interventi finanziabili con Buoni servizio – AZIONE 1 - Servizi di continuità assistenziale ospedale – territorio** (*Tabella 1 dell'Avviso Regionale*)

Descrizione interventi domiciliari	Figura professionale
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care-giver;	OSA o OSS
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive ( es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali);	Infermiere
Educazione e gestione catetere vescicale, educazione gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa	Infermiere

idratante, medicazione semplice;	
Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del care-giver;	Fisioterapista
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale) supporto al self management;	Fisioterapista

<b>Descrizione intervento residenziale temporaneo</b>	<b>Struttura intervento</b>
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito;	ricovero in RSA per 20 gg.

Il costo dei singoli pacchetti di interventi è comprensivo dei costi relativi ai DPI (Dispositivi Protezione Individuale), materiale di consumo e degli ausili temporanei (es. bastoni canadesi, tripodi, ausili per rinforzo, materiale protezione) utilizzati dagli operatori che erogano le prestazioni.

I Buoni Servizio relativi all'Azione 1 sono fruibili nei 30 giorni successivi alla dimissione dalle strutture di cui al par. 3.1. dell'Avviso Regionale e avere un valore minimo di Euro 1.500,00 fino alla concorrenza massima di Euro 3.000,00.

Il piano di spesa sarà formulato in base alle seguenti tariffe orarie (comprensivo di Iva se dovuta):

OSA/OSS	Euro 24,00
Infermiere	Euro 30,00
Fisioterapista	Euro 38,00
Ricovero in RSA	Euro 125,00 al giorno

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, nonché delle delibere regionali di riferimento.

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 dal Regolamento 2/R del 9 gennaio 2018 per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo 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 20 giorni."

Qualora l'erogazione degli interventi previsti dal Piano di spesa venga interrotta per cause dipendenti dal beneficiario, al soggetto erogatore sarà riconosciuta la spesa corrispondente al valore degli interventi effettivamente erogati sino al momento dell'interruzione.

I buoni servizio saranno attribuiti dalla Società della Salute Pratese agli aventi diritto fino a

esaurimento delle risorse di cui all'art. 2 del presente Avviso e soltanto a seguito della formulazione del Piano individualizzato e della sottoscrizione del relativo Piano di spesa. Gli interventi dovranno essere erogati secondo le modalità indicate nel Piano di spesa e sarà cura della Società della Salute Pratese verificarne il loro rispetto.

Laddove, nel corso di validità del Buono, si renda necessaria una modifica del Piano di spesa, questo può essere rimodulato. Tale variazione va formalizzata tramite addendum all'esistente Piano di spesa, controfirmato dal soggetto attuatore e dal destinatario.

Il soggetto attuatore verificherà che i servizi prendano avvio nel rispetto della tempistica indicata nel Piano individualizzato e l'effettiva e corretta erogazione delle prestazioni e dei servizi in esso contenuti.

**Tipologia interventi finanziabili con Buoni servizio – AZIONE 2 - Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza (Tabella 2 dell'Avviso Regionale)**

<i>Tipologia di intervento</i>	<i>Operatori</i>
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 ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio;	OSA/OSS
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;	PSIC
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 Prof.le/ Animatore
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;	FKT
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 4-8 persone;	PSIC/ NEUROPSIC
Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 3 -10 persone;	FKT/(Laureati in Scienze motorie e Diplomi ISEF o in Fisioterapia)
Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (4-10 persone)	PSIC
Centro diurno (frequenza giornaliera mezza/intera giornata)	
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi);	

Caffè Alzheimer;	
Atelier Alzheimer;	
Musei per l'Alzheimer;	

Descrizione intervento residenziale temporaneo	Struttura intervento
Ricovero di sollievo	Ricovero in RSA per max 30 gg.

Il costo dei singoli pacchetti di interventi è comprensivo dei costi relativi ai DPI (Dispositivi Protezione Individuale), materiale di consumo e degli ausili temporanei (es. bastoni canadesi, tripod, ausili per rinforzo, materiale protezione) utilizzati dagli operatori che erogano le prestazioni.

I Buoni Servizio relativi all'Azione 2 possono prevedere un piano di spesa da un valore minimo di Euro 3.000,00 fino alla concorrenza massima di Euro 4.000,00.

Il piano di spesa sarà formulato in base alle seguenti tariffe (comprensivo di Iva se dovuta):

#### **Interventi domiciliari:**

OSA/OSS	Euro 24,00 tariffa oraria
Psicologo/ Neuropsicologo	Euro 39,00 tariffa oraria
Educatore Prof.le/Animatore	Euro 26,00 tariffa oraria
Fisioterapista	Euro 38,00 tariffa oraria

#### **Interventi extra-domiciliari di gruppo:**

Interventi di Psicologo/Neuropsicologo sull'utente: Euro 15,00 ad utente a seduta - attivazione per gruppi da 4 ad 8;

Interventi di Psicologo. quale supporto per la famiglia: Euro 12,00 ad utente per seduta - attivazione per gruppi da 4 a 10;

Interventi di fisioterapista per AFA: Euro 12,00 ad utente per seduta - attivazione per gruppi da 3 a 10;

#### **Altri interventi extra-domiciliari di gruppo:**

Caffè Alzheimer	Euro 20,00 ad accesso
Atelier Alzheimer	Euro 35,00 ad accesso
Museo Alzheimer	Euro 35,00 ad accesso

#### **Servizi semiresidenziali**

Centro Diurno ½ giornata	Euro 40,00
Centro Diurno intera giornata	Euro 72,00

#### **Servizio di trasporto:**

Per i "servizi domiciliari" ( laddove ad es. si rendano necessarie delle visite ) : Euro 10,00 a tratta per utente (andata e ritorno);

Per i "servizi extra domiciliari" ed "altri servizi extra domiciliari" 8,00 Euro a tratta per utente.

#### **Ricovero in RSA**

Ricovero di sollievo in RSA modulo Base	Euro 125,00 al giorno
Ricovero di sollievo in RSA modulo Specialistico	Euro 133,00 al giorno

Per l'erogazione delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali, residenziali e di altri servizi alla persona, così come descritti all'Art. 1 della LR 82/2009, 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.

Qualora l'erogazione degli interventi previsti dal Piano di spesa venga interrotta per cause dipendenti dal beneficiario, al soggetto erogatore sarà riconosciuta la spesa corrispondente al valore degli interventi effettivamente erogati sino al momento dell'interruzione.

I buoni servizio saranno attribuiti dalla Società della Salute Pratese agli aventi diritto fino a esaurimento delle risorse di cui all'art. 2 del presente Avviso e soltanto a seguito della formulazione del Piano individualizzato e della sottoscrizione del relativo Piano di spesa.

Gli interventi dovranno essere erogati secondo le modalità indicate nel Piano di spesa e sarà cura della Società della Salute Pratese verificarne il loro rispetto.

Laddove, nel corso di validità del Buono, si renda necessaria una modifica del Piano di spesa, questo può essere rimodulato. Tale variazione va formalizzata tramite addendum all'esistente Piano di spesa, controfirmato dal soggetto attuatore e dal destinatario.

Il soggetto attuatore verificherà che i servizi prendano avvio nel rispetto della tempistica indicata nel Piano individualizzato e l'effettiva e corretta erogazione delle prestazioni e dei servizi in esso contenuti.

#### **Art. 4 – Soggetti invitati a partecipare al presente Avviso**

Sono invitati a partecipare al presente Avviso di istruttoria pubblica:

1. gli operatori economici accreditati all'erogazione di prestazioni domiciliari, socio-assistenziali, socio-sanitarie e socio-educative, al momento della presentazione della domanda, secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione e che dispongano di provata esperienza nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati di cui agli artt. 2 e 3 del presente avviso di istruttoria pubblica;
2. professionisti sanitari Infermieri, Educatori Professionali, Fisioterapisti, Psicologi e Neuropsicologi in possesso di abilitazione professionale;
3. gli operatori economici gestori di RSA accreditati al momento della presentazione della domanda;

L'erogazione degli interventi domiciliari da parte del personale di cui al punti 1 e 2 può essere prevista secondo il Piano Personalizzato in qualunque giorno della settimana, compreso i giorni festivi e prefestivi, nell'orario 08,00- 20,00 e in tutti i Comuni della Zona Pratese.

La Società della Salute Area Pratese selezionerà i soggetti in possesso dei requisiti di cui al presente avviso, includendoli negli appositi elenchi per l'Azione 1 e per l'Azione 2 dal quale i destinatari dei buoni servizio potranno scegliere l'operatore economico che fornirà le prestazioni socio-sanitarie previste dal Piano individualizzato. Al momento dell'attivazione dei servizi i soggetti scelti saranno chiamati a sottoscrivere una Convenzione con la Società della Salute Area Pratese, impegnandosi in tal modo ad erogare o a garantire l'erogazione delle prestazioni ivi indicate, nel rispetto dei tempi e delle modalità specificate, la Convenzione avrà la durata del Progetto DOMUS compreso eventuali proroghe .

Ogni partecipante dovrà compilare il modello di manifestazione d'interesse, per l'Azione 1 oppure per l'Azione 2 o per entrambe, e barrare le tipologie di prestazione che intende fornire.

La mancata attivazione del pacchetto di prestazioni, nei tempi e modalità previste nel piano individualizzato, comporta l'applicazione di penali la cui entità è definita in relazione alla mancata erogazione del pacchetto nei contratti con i singoli operatori. L'Ente attuatore procede tempestivamente alla contestazione dell'addebito per iscritto. L'erogatore può far pervenire le proprie controdeduzioni alla SdS entro il termine perentorio di 10 (dieci) giorni naturali e consecutivi dalla contestazione; decorso infruttuosamente detto termine, la penale può essere applicata. La penale può essere applicata anche qualora le giustificazioni fornite nel termine perentorio di cui sopra non siano ritenute adeguate.

L'applicazione di tre penalità costituisce sempre grave negligenza contrattuale e genera il diritto dell'Ente attuatore di procedere alla eventuale cancellazione dell'operatore dall'elenco dei soggetti accreditati approvato.

L'operatore può recedere dalla Convenzione stipulata con la Società della Salute con un preavviso di almeno 21 giorni.

Gli interventi attivati dovranno comunque concludersi.

La cancellazione dall'elenco avviene a partire dalla data di comunicazione del recesso.

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

Le proposte di adesione vanno indirizzate alla Società della Salute di Pratese, esclusivamente a mezzo PEC, all'indirizzo: [sdsareapratese@legalmail.it](mailto:sdsareapratese@legalmail.it) riportante nell'oggetto:

**“MANIFESTAZIONE DI INTERESSE “Sostegno ai servizi di Cura Domiciliare” (Decreto regionale n. 15118 del 16.08.2021) Progetto “DOMUS”**

Le proposte di adesione potranno essere presentate a partire dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito web della Società della Salute Area Pratese.

Le domande in carta libera dovranno contenere, a pena di esclusione dalla procedura di manifestazione di interesse, i seguenti documenti:

1. manifestazione d'interesse, redatta secondo i modelli allegato 1,2 o 3, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Avviso;
2. dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico – economico – finanziaria ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 redatta secondo il modello allegato 4 al presente avviso;
3. documento d'identità del Rappresentante Legale o del Professionista;

La Società della Salute Area Pratese valuterà le proposte di adesione presentate, verificando la loro completezza e corrispondenza con quanto richiesto dal presente Avviso.

In fase di prima attuazione l'elenco sarà costituito a partire dalla data del 22.10.2021 e conterrà le proposte di adesione presentate entro il **15.10.2021** e valutate come idonee.

L'elenco aggiornato sarà pubblicato sul sito web della Società della Salute Area Pratese ([www.sds.prato.it](http://www.sds.prato.it)).

La Società della Salute di Pratese valuterà di volta in volta le nuove proposte di adesione presentate nel corso di validità del Progetto, aggiornando mensilmente l'elenco degli operatori e provvedendo alla sua pubblicazione sul sito web della Società della Salute di Pratese nel caso sia pervenute nuove adesioni.

Per informazioni e chiarimenti sul presente Avviso è possibile scrivere all'indirizzo mail [progetti@sds.prato.it](mailto:progetti@sds.prato.it).

#### **Art. 6 – Ammissibilità della spesa**

Sono ammissibili le spese:

- di servizi/prestazioni elencate all'art. 3 e previste nel piano di spesa del destinatario: non saranno considerate ammissibili spese non previste nel piano di spesa;
- di servizi/prestazioni erogati da operatori economici presenti nell'elenco della SdS/zona-distretto di riferimento;
- di servizi/prestazioni erogati e sostenuti durante la durata del progetto finanziato tramite l'Avviso a partire dalla data di assegnazione formale del buono (non sono ammessi interventi realizzati precedentemente).

Le spese devono essere regolarmente documentate come da successivo art. 7.

#### **Art. 7 – Rendicontazione da parte dei soggetti erogatori al soggetto attuatore**

Gli operatori economici che hanno erogato i servizi (soggetti erogatori), in base a quanto indicato nei piani di spesa, devono rimettere al soggetto attuatore la seguente documentazione giustificativa:

- a) fatturazione elettronica secondo le modalità previste dalla legislazione vigente;
- b) 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 riportare:

- i dati anagrafici relativi alla persona destinataria del buono servizio (nome e cognome);
- il codice di progetto: **290195**;
- il dettaglio dei servizi erogati specificando il costo per ogni singolo servizio, come stabilito nel Piano di spesa;
- per i ricoveri in RSA: i dati anagrafici relativi alla persona destinataria del Buono servizio e il numero dei giorni di presenza in RSA;
- c) time card degli operatori degli interventi eseguiti controfirmate dai destinatari (o dal care giver presente) che hanno usufruito del servizio: si precisa che le time card dovranno essere consegnate anche in originale al soggetto attuatore, con le modalità che saranno concordate alla stipula della Convenzione.

La documentazione di cui sopra dovrà essere prodotta per singolo buono servizio realizzato.

**Prato,**

**IL DIRETTORE DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE AREA PRATESE**



ALLEGATO 1 (da compilare a cura degli operatori economici.)

**Modello Manifestazione di interesse per l'iscrizione nell'elenco degli operatori economici per l'erogazione di prestazioni di cui alle Tabelle 1 e 2 dell'Avviso regionale: "Sostegno ai servizi di Cura Domiciliare" (Decreto regionale n. 11622 del 18.06.2021) Progetto "DOMUS" Codice Progetto 290195 - con finanziamento del Fondo Sviluppo e Coesione.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualita di legale rappresentante

di \_\_\_\_\_

avente sede legale in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

avente la seguente forma giuridica:

\_\_\_\_\_

in possesso di accreditamento n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla “AZIONE 1 - Servizi di continuità assistenziale ospedale – territorio (Tabella 1 dell'Avviso Regionale)”**  
**(selezionare la/le “Tipologia di prestazione” che ci si candida ad erogare).**

<b>Operatori</b>	<b>Tipologie di Prestazioni</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
OSA o OSS	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione care-giver;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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, medicazione semplice;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista	Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del care-giver;  Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale) supporto al self management;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla “AZIONE 2 - Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza” (Tabella 2 dell’Avviso Regionale).**  
**(selezionare la/le “Tipologia di prestazione” che ci si candida ad erogare).**

<b>Operatori / Attività</b>	<b>Tipologie di Prestazioni</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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 ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOLOGO	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOLOGO	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;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educatore Prof.le / Animatore	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> ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FKT	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;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOLOGO / NEUROPSICOLOGO	Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 4-8 persone;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FKT/(Laureati in Scienze motorie e Diplomatici ISEF o in Fisioterapia)	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 3 -10 persone;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PSICOLOGO	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (4-10 persone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro Diurno	Centro diurno (frequenza giornaliera mezza/intera giornata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasporto utenti	Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caffè Alzheimer	Caffè Alzheimer;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atelier Alzheimer	Atelier Alzheimer;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musei per l'Alzheimer	Musei per l'Alzheimer;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE**

- . l'impresa / ente svolge attività di:

---

- a. il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta in possesso delle qualifiche richieste dalla normativa vigente per il corretto svolgimento del/dei servizio/i indicati
- b. l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso è la seguente:

## DICHIARA inoltre

- di essere accreditato, per i servizi e le prestazioni per le quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale **“Sostegno ai servizi di Cura Domiciliare” (Decreto regionale n. 11622 del 18.06.2021) Progetto “DOMUS”** e di accettare quanto in esso 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 dichiara-razione viene resa;
- di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016;
- di aver preso visione dell'Informativa su trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali - RGPD) pubblicato sul sito web della Società della Salute Pratese [www.sds.prato.it](http://www.sds.prato.it)

## SI 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.*



ALLEGATO 2 (da compilare a cura dei singoli professionisti)

**Modello Manifestazione di interesse per l'iscrizione nell'elenco degli operatori economici per l'erogazione di prestazioni di cui alle Tabelle 1 e 2 dell'Avviso regionale: "Sostegno ai servizi di Cura Domiciliare" (Decreto regionale n. 11622 del 18.06.2021) Progetto "DOMUS" Codice Progetto 290195 - con finanziamento del Fondo Sviluppo e Coesione.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

C.F. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla “AZIONE 1 - Servizi di continuità assistenziale ospedale – territorio (Tabella 1 dell’Avviso Regionale)”**  
**(selezionare la/le “Tipologia di prestazione” che ci si candida ad erogare).**

Operatori	Tipologie di Prestazioni	SI	NO
Infermiere	<p>Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive ( es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali);</p> <p>Educazione e gestione catetere vescicale, educazione gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice;</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista	<p>Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del care-giver;</p> <p>Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale) supporto al self management;</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla "AZIONE 2 - Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza" (Tabella 2 dell'Avviso Regionale).**  
**(selezionare la/le "Tipologia di prestazione" che ci si candida ad erogare).**

<b>Operatori / Attività</b>	<b>Tipologie di Prestazioni</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
PSICOLOGO	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOLOGO	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;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educatore Prof.le / Animatore	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> ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FISIOTERAPISTA	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;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOLOGO / NEUROPSICOLOGO	Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 4-8 persone;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOLOGO	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (4-10 persone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE**

Di essere in possesso del seguente titolo di studio

\_\_\_\_\_;

Di \_\_\_\_\_ essere iscritto all'albo professionale (ove previsto)  
Città \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| con numero \_\_\_\_\_

c. l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso è la seguente:

**DICHIARA inoltre**

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale **“Sostegno ai servizi di Cura Domiciliare” (Decreto regionale n. 11622 del 18.06.2021) Progetto “DOMUS”** e di accettare quanto in esso 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;
- di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016;
- di aver preso visione dell'Informativa su trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali - RGPD) pubblicato sul sito web della Società della Salute Pratese [www.sds.prato.it](http://www.sds.prato.it)

**SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti.

**COMUNICA**

(luogo e data) \_\_\_\_\_

(firma)

\_\_\_\_\_

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

**FSC**

Fondo per lo Sviluppo  
e la Coesione



**Regione Toscana**



*ALLEGATO 3 (da compilare a cura degli operatori economici gestori di RSA)*

**Modello Manifestazione di interesse per l'iscrizione nell'elenco degli operatori economici per l'erogazione di prestazioni di cui alle Tabelle 1 e 2 dell'Avviso regionale: "Sostegno ai servizi di Cura Domiciliare" (Decreto regionale n. 11622 del 18.06.2021) Progetto "DOMUS" Codice Progetto 290195 - con finanziamento del Fondo Sviluppo e Coesione.**

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 \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

avente la seguente forma giuridica:

\_\_\_\_\_

in possesso di accreditamento n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ conseguito  
presso il Comune di

\_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla “AZIONE 1 - Servizi di continuità assistenziale ospedale – territorio (Tabella 1 dell’Avviso Regionale)”**  
**(selezionare la/le “Tipologia di prestazione” che ci si candida ad erogare).**

Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.*	Ricovero in RSA per 20 gg.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	--------------------------------	--------------------------------

**\* assicurando i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento 2/R del 9 gennaio 2018 per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria.**

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla “AZIONE 2 - Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza” (Tabella 2 dell’Avviso Regionale).**  
**(selezionare la/le “Tipologia di prestazione” che ci si candida ad erogare).**

Ricovero di sollievo in RSA – Modulo Base	Max 30gg in RSA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ricovero di sollievo in RSA – Modulo Specialistico	Max 30gg in RSA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**e a tal fine DICHIARA E INFORMA**

- Di essere accreditato per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco secondo il disposto della L.R. 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specifiche;
- 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;
- di aver preso visione dell'Informativa su trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali - RGPD) pubblicato sul sito web della Società della Salute Pratese [www.sds.prato.it](http://www.sds.prato.it)

**- SI 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***

(luogo e data) \_\_\_\_\_

(firma del legale rappresentante)

\_\_\_\_\_

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO-ECONOMICO-FINANZIARIA**

**(ai sensi del DPR n. 445/00 artt. 46 e 47)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
legale rappresentante di \_\_\_\_\_

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

**Dichiara**

- di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;
- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di 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,
- l'insussistenza di condanne penali, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A., riferite al legale rappresentante e agli associati con poteri decisionali;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- di essere in regola in materia assicurativa, infortunistica, e con le norme per il diritto al lavoro dei disabili;
- di non essere incorso in una delle sanzioni o misure cautelari di cui al decreto legislativo n. 231/01 che impediscono di contrattare con gli enti pubblici;
- di non essere incorso, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori cause di divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione alla data della compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva richiesta;

- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

INAIL \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

- di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;
- di essere iscritto nel Registro cui è tenuto per legge;
- di essere accreditato secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione per attività socio sanitarie per non autosufficienti;
- di applicare al personale dipendente il contratto nazionale del settore e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, con particolare riferimento ai salari minimi contrattuali;

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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