

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

MODELLO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI PER SOSTEGNO ALLE PERSONE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA E AI LORO FAMILIARI PER L'ACCESSO AI SERVIZI DI CURA SOCIOSANITARI” - ZONA ELBA

PR FSE + 2021-2027 PAD Attività 3.k.7 (decreto regionale n. 27538 del 22/12/2023) – progetto SAD.IE II – Servizio Assistenza Sociale Isola d’Elba (seconda edizione)

Il 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 _____
C.F./P.IVA _____
Tel. _____ e-mail _____ PEC _____
avente la seguente forma giuridica _____
in possesso di accreditamento n. _____ del _____
conseguito presso _____

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione dell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare la7e tipologia7e di intervento che ci si candida ad erogare)

AZIONE 1 “Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio

Tipologia di intervento	SI	NO
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione caregiver		
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		

Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver		
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management		
Cure intermedie temporanee nella fse di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito		

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

<i>Tipologia di intervento</i>	<i>Operatori</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione caregiver.	OSA/OSS/ADB		
Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo ade restituzione alla famiglia	PSIC		
Intervento di psicoeducazione al caregiver, monitoraggio e revisione del progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia, Attività di formazione e sostegno all'Educatore/ Animatore sul caos specifico	PSIC		
Formazione del caregiver e dell'ambiente socio familiare in base al Progetto Educativo e all'utilizzo della metodologia di 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 caregiver	Educatore Professionale		
Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver per dare continuità alle attività per conseguire gli obiettivi stabiliti.	Fisioterapista		
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica – gruppo chiuso	PSIC/NEUROPSI C		
Interventi di fisioterapia per AFA - gruppi chiusi	FISIOTERAPIST A		
Supporto psicologico alla famiglia – gruppo chiuso	PSIC		
Centro Diurno (frequenza giornaliera/mezza giornata)			

Trasporto Utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)			
Caffè Alzheimer			
Atelier Alzheimer			
Musei per l'Alzheimer			
Intervento di sollievo residenziale (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura residenziale) Max 30 giorni			

AZIONE 4 “Servizi di assistenza a minori con disabilità e alle loro famiglie”

<i>Tipologia di intervento</i>	<i>Operatori</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Attività di supporto e assistenza nelle attività quotidiane come la cura dell'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità	OSA/OSS/ADB		
Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare. Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo, riabilitativo	Infermiere		
Intervento di psico educazione al caregiver, monitoraggio e revisione del Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia. Attività di formazione e sostegno all'Educazione/Animatore sul caso specifico.	PSIC		
Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo	Educatore Professionale		
Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver	Fisioterapista		
Interventi di logopedista sui ritardi e/o disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento _ DSA (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia) disturbi della voce (disfonia infantile)	Logopedista		
Interventi di abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione generale ai disordini dello sviluppo	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età evolutiva (TNPEE)		
Laboratori diurni creativi/ Centro di aggregazione			

Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi.)			
--	--	--	--

- 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 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 2) da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA

**MODELLO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO
DEGLI OPERATORI ECONOMICI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI
PER SOSTEGNO ALLE PERSONE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA E AI LORO
FAMILIARI PER L'ACCESSO AI SERVIZI DI CURA SOCIOSANITARI”**

**PR FSE + 2021-2027 PAD Attività 3.k.7 (decreto regionale n. 27538 del 22/12/2023) – progetto
SAD.IE II – Servizio Assistenza Sociale Isola d'Elba (seconda edizione)**

Il Sottoscritto/a _____ nato/a _____

il ____/____/____ C.F. _____ residente in _____

(cap _____) Via _____ n. _____

in qualità di legale rappresentante di _____

avente sede legale in _____ (cap)_____

Via _____

C.F./P.IVA _____

Tel. _____ e-mail _____ PEC _____
avente la seguente forma giuridica _____
in possesso di accreditamento n. _____ del _____
conseguito presso _____

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione dell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare la7e tipologia7e di intervento che ci si candida ad erogare)

descrizione intervento	struttura intervento	SI	NO
AZIONE 1 Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.	Ricovero in setting di cure intermedie residenziali per 20 gg		
AZIONE 2 Intervento di sollievo residenziale (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura residenziale) Max 30 gg	(totale copertura di retta)		

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 3) da compilare a cura dei professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale

MODELLO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI PER SOSTEGNO ALLE PERSONE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA E AI LORO FAMILIARI PER L'ACCESSO AI SERVIZI DI CURA SOCIOSANITARI”

PR FSE + 2021-2027 PAD Attività 3.k.7 (decreto regionale n., 27538 del 22/12/2023) – progetto SAD.IE II – Servizio Assistenza Sociale Isola d'Elba (seconda edizione)

Il Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ____/____/____ C.F. _____ residente in _____
(cap _____) Via _____ n. _____
Tel. _____ e-mail _____ PEC _____

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione dell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare la7e tipologia7e di intervento che ci si candida ad erogare)

LIVELLO	Descrizione Interventi*	operatore	SI	NO
BASSO	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test	Infermiere		

	rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)			
	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver	Fisioterapista		
MEDIO	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere		
	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista		

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

<input type="checkbox"/> _____	dal ____/____/____ al ____/____/____
<input type="checkbox"/> _____	dal ____/____/____ al ____/____/____
<input type="checkbox"/> _____	dal ____/____/____ al ____/____/____
<input type="checkbox"/> _____	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.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FABIO CHETONI

DATA FIRMA: 03/05/2024 12:21:08

IMPRONTA: 62373938646433346536346665366539613630356562306435363263653965393531613131616232