

**Oggetto:** Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni per le azioni di cui agli artt. 9, 10 e 12 dell'avviso pubblico regionale POR FSE + 2021–2027 - PAD Attività 3.k.7 “Sostegno alle persone con limitazione dell’autonomia e ai loro familiari per l’accesso ai servizi di cura sociosanitari” – Avviso: Interventi di sostegno alle cure domiciliari – (DDRT n. 27538 del 22.12.2023 Allegato A e DDRT n.4891 del 29.02.2024).

**Progetto INterventi di Sostegno sul territorio sEnese alla cura doMiliarE - INSIEME (Codice progetto S.I. FSE: 312736 - CUP I69G24000010006)**

### **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE** di partecipare alla manifestazione di interesse in oggetto IN QUALITA' DI (*barrare tipologia*):

**a) Singolo professionista:**

a-1) profilo del singolo professionista \_\_\_\_\_

**b) soggetto economico erogatore:**

b-1) singolo soggetto economico erogatore

b-2) soggetto economico erogatore in costituita/costituenda ATS

quale soggetto capofila che è/sarà designato dall'ATS; (*in caso di costituenda ATS dovrà allegarsi alla domanda la Dichiarazione di intenti, sottoscritta da tutti i partecipanti; in caso di ATS costituita dovrà allegarsi alla domanda l'Atto costitutivo dell'ATS*):

in qualità di rappresentante legale di \_\_\_\_\_

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CF/PIVA \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

avente la seguente forma giuridica \_\_\_\_\_

dopo aver preso visione dell'avviso meglio specificato in oggetto e di cui accetta integralmente le modalità di effettuazione e le indicazioni ivi riportate, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

### MANIFESTA INTERESSE PER

essere inserito negli elenchi dei soggetti qualificati per l'erogazione di prestazioni di cui agli artt. 9, 10 e 12 DELL'AVVISO PUBBLICO REGIONALE POR FSE+ 2021–2027 - PAD Attività 3.k.7 - Avviso: Interventi di sostegno alle cure domiciliari (DECRETO REGIONALE N. 27538 del 22.12.2023 ALLEGATO A). **PROGETTO "INSIEME" –**

*(Per ogni azione e singolo intervento barrare la singola o entrambi le articolazioni per le quali si manifesta il proprio interesse)*

#### AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio

N°	Descrizione	Selezionare i servizi / prestazioni per i quali si intende manifestare interesse
1	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione care giver – <b>OSA/OSS/ADB</b>	<input type="checkbox"/>
2	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali) - <b>Infermiere</b>	<input type="checkbox"/>
3	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver - <b>Fisioterapista</b>	<input type="checkbox"/>
4	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice - <b>Infermiere</b>	<input type="checkbox"/>
5	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management – <b>Fisioterapista</b>	<input type="checkbox"/>
6	Cure intermedie temporanee nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito – <b>Gestore struttura</b>	<input type="checkbox"/>

#### AZIONE 2 – Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza

N°	Descrizione	Selezionare i servizi / prestazioni per i quali si intende manifestare interesse
1	Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione caregiver, <b>OSA/OSS/ADB</b>	<input type="checkbox"/>
2	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia. 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'Educatore/Animatore sul caso specifico- <b>Psicologo</b>	<input type="checkbox"/>

3	Formazione del caregiver 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 caregiver - <b>Educatore Professionale</b>	<input type="checkbox"/>
4	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 - <b>Fisioterapista</b>	<input type="checkbox"/>
5	Interventi di stimolazione neuro cognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso – <b>Psicologo / Neuropsichiatra</b>	<input type="checkbox"/>
6	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi - <b>Fisioterapista</b>	<input type="checkbox"/>
7	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso - <b>Psicologo</b>	<input type="checkbox"/>
8	<b>Centro diurno</b> (frequenza giornaliera mezza/intera giornata) - Totale copertura della Retta	<input type="checkbox"/>
9	<b>Trasporto utenti</b> (attivabile solo in combinazione con altri interventi)	<input type="checkbox"/>
10	<b>Caffè Alzheimer</b>	<input type="checkbox"/>
11	<b>Atelier Alzheimer</b>	<input type="checkbox"/>
12	<b>Musei per l'Alzheimer</b>	<input type="checkbox"/>
13	<b>Intervento di sollievo residenziale</b> (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura residenziale): Max 30 giorni – Totale copertura della Retta <b>RSA</b>	<input type="checkbox"/>

**AZIONE 4 – Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità**

N°	Descrizione	Selezionare i servizi / prestazioni per i quali si intende manifestare interesse
1	Attività di supporto e assistenza nelle attività quotidiane come la cura dell'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità – <b>OSA/ OSS/ADB</b>	<input type="checkbox"/>
2	Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare. Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo, riabilitativo - <b>Infermiere</b>	<input type="checkbox"/>
3	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'Educatore/Animatore sul caso specifico - <b>Psicologo</b>	<input type="checkbox"/>
4	Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo - <b>Educatore Professionale</b>	<input type="checkbox"/>
5	Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver - <b>Fisioterapista</b>	<input type="checkbox"/>
6	Interventi del logopedista sui ritardi e/o disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento – <b>DSA</b> (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia) disturbi della voce (disfonia infantile) - <b>Logopedista</b>	<input type="checkbox"/>
7	Interventi di abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione generale ai disordini dello sviluppo - <b>TNPEE</b>	<input type="checkbox"/>

8	Laboratori diurni creativi / Centri di aggregazione	<input type="checkbox"/>
9	Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)	<input type="checkbox"/>

***Il Sottoscritto Legale Rappresentante/Singolo operatore così come sopra identificato, con espresso riferimento alla procedura per la quale manifesta interesse, consapevole che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/00, le sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità degli atti***

#### DICHIARA CHE

- l'Ente/ Singolo Professionista svolge attività di:
- può dimostrare l'esperienza acquisita negli ambiti di cui al presente avviso per il quale manifesta interesse, come di seguito indicato:



- Le risorse umane e strumentali che verranno messe a disposizione per l'espletamento delle attività di sono quelle di seguito elencate:

- **Proposta/e di strutturazione dell'intervento:**

DA COMPILARE SOLO PER COLORO CHE MANIFESTANO INTERESSE PER GLI INTERVENTI A GRUPPI CHIUSI oppure PER CAFFE', ATELIER, MUSEI ALZHEIMER oppure PER LABORATORI DIURNI CREATIVI/CENTRI DI AGGREGAZIONE –

- Altre informazioni che si ritiene utile fornire ai fini della valutazione della manifestazione di interesse:

## DICHIARA ALTRESI'

### **BARRARE IL QUADRATINO/FRECCIA CHE INTERESSA**

DI ESSERE IN POSSESSO DEI REQUISITI DI IDONEITA' TECNICO PROFESSIONALE NECESSARI PER LA CORRETTA ESECUZIONE DEGLI INTERVENTI PREVISTI DALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ed in particolare:

PER I SINGOLI PROFESSIONISTI: di essere in possesso di abilitazione professionale in qualità di \_\_\_\_\_ e di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_

PER GLI OPERATORI ECONOMICI EROGATORI DI PRESTAZIONE (Società Cooperative, Consorzi, ec..):

- Di essere accreditato per l'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare e di altri servizi alla persona secondo la normativa regionale di riferimento. (Indicare i riferimenti dell'accreditamento)
- che la Cooperativa/Consorzio è iscritta/o all'Albo Nazionale delle Società Cooperative presso la CCIAA di \_\_\_\_\_ alla sezione \_\_\_\_\_
- che la Ditta è iscritta al Registro delle Imprese presso la Camera di Commercio di \_\_\_\_\_ attività dell'Impresa \_\_\_\_\_

CHE L'OPERATORE ECONOMICO, QUALORA GESTORE DI STRUTTURA:

- è accreditato secondo la normativa regionale di riferimento (per RSA e Centro Diurno)
- è accreditato ed in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento dal Regolamento n. 79/R DPGR del 17/11/2016, allegato A strutture D.6 e D.7 rispettivamente per il Setting LOW CARE e Residenza Sanitaria Intermedia. (Le strutture di questo tipo possono presentare manifestazione di interesse per l'erogazione del solo pacchetto interventi "Ricovero in Setting di Cure Intermedie Residenziali per 20 giorni")
- indicare i riferimenti dell'accreditamento \_\_\_\_\_

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,

che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A;

di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;

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 non incorrere in nessuna delle cause di esclusione dalle procedure di affidamento degli appalti pubblici di cui all'art. 80 comma 5 del Dlgs 50/2016 (assenza di gravi infrazioni in materia di sicurezza sui Luoghi lavoro, non aver commesso illeciti professionali, non trovarsi in situazione di conflitto di interesse, ecc...)
- di essere in regola con gli adempimenti previsti dalla normativa antimafia D.Lgs 159/2011
- di essere in regola con gli obblighi previsti dalla L. 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili

### DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi, pena l'esclusione, a fornire i servizi per le tipologie di interventi specificate nel presente avviso che sono state selezionate nelle tabelle di cui sopra;
- di essere in possesso dei mezzi per svolgere l'attività e che gli importi dei singoli interventi indicati nelle tabelle soprariportate sono comprensivi di IVA (se dovuta), dei costi relativi ai materiali/ausili, dei DPI, degli spostamenti (per/da domicilio beneficiario), messa a disposizione di sedi/spazi e di quant'altro utile all'erogazione delle prestazioni;
- di accettare le modalità amministrative di presa in carico dell'assistito assegnato e di rendicontazione delle prestazioni impegnandosi a rispettarne le scadenze;
- di accettare le modalità di collaborazione tecnica con le équipes di valutazione durante il periodo di presa in carico dell'assistito;
- di impegnarsi ad adempiere a tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della L. n. 136/2010 e SS.MM.II;
- di assumere a proprio carico tutti gli oneri assicurativi e previdenziali di legge per lo svolgimento dell'attività e di osservare le norme vigenti in materia di sicurezza sul lavoro e di retribuzione dei lavoratori dipendenti;
- di aver letto l'Avviso di manifestazione d'interesse e di accettare integralmente quanto in esso previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa e di aver preso visione dell'informativa privacy;
- che tutte le comunicazioni in ordine al presente procedimento dovranno essere effettuate a:

Nome Cognome \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ e-mail/PEC \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

### 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 con riferimento all'avviso di cui trattasi.

**NB: AI FINI DELLA VALIDITA' DELLA PRESENTE DEVE ESSERE ALLEGATA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL SOTTOSCRITTORE, IN CORSO DI VALIDITA'.**

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

**ALLEGATI ALLA PRESENTE:**

- Curriculum - per singoli professionisti allegare CV in cui si dia evidenza della formazione e/o dell'esperienza specifica nell'ambito delle attività oggetto dell'Avviso;
- eventuale lettera di intenti per la costituzione di ATS;
- eventuale atto di costituzione di ATS;

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

In fede

(Timbro e firma)