



ALLEGATO 1

da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie

**Alla SOCIETÀ DELLA SALUTE PISTOIESE
VIALE GIACOMO MATTEOTTI 35
51100 PISTOIA**

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI EROGATORI DI PRESTAZIONI DI CUI
ALLE TABELLE 1 E 2 DELL'AVVISO REGIONALE: "SOSTEGNO AI SERVIZI DI CURA
DOMICILIARE" (Decreto regionale n. 11622/2021)**

FONDO DI SVILUPPO E COESIONE

Progetto "S.FI.D.A. 2.0" - codice 290198

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 _____

Tel. _____, 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 dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno ai servizi di cura domiciliare (selezionare l'azione e i relativi pacchetti intervento che ci si candida ad erogare)

AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio: SI NO

Tipologia di intervento per l'AZIONE 1	Operatori	SI	NO
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver	OSA o OSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AZIONE 2 – Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza: SI NO

Tipologia di intervento per l'azione 2	Operatori	SI	NO
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia	Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone	Psicologo/ Neuropsicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone	Fisioterapista/ (Laureati in Scienze motorie e Diplomi ISEF o in Fisioterapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8- 10 persone)	Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caffè Alzheimer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atelier Alzheimer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musei per l'Alzheimer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" 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.