



ALLEGATO 1

da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie e altri servizi alla persona

**Alla SOCIETÀ DELLA SALUTE PISTOIESE
VIALE GIACOMO MATTEOTTI 19
51100 PISTOIA**

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI EROGATORI DI PRESTAZIONI DI CUI
ALLE TABELLE 1, 2 e 4 DELL'AVVISO REGIONALE: "INTERVENTI DI SOSTEGNO
ALLE CURE DOMICILIARI" (Decreto regionale n. 27538/2023)**

PR FSE+ 2021-2027

Progetto S.Fi.D.A. 4 (cod. 312753 – CUP E59G24000010006)

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	Operatori	SI	NO
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver	OSA/OSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver 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	Operatori	SI	NO
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i>	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 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 Professionale	<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	Psicologo/ Neuropsicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supporto psicologico alla famiglia - gruppo chiuso	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"/>

AZIONE 4 – Servizi di assistenza a minori con disabilità e alle loro famiglie:

SI NO

Tipologia di intervento	Operatori	SI	NO
Attività di supporto e assistenza nelle attività quotidiane come la cura dell'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità	OSA/OSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare. Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo, riabilitativo	Infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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	Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo	Educatore Professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventi del logopedista sui ritardi e/o disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento – DSA (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia) disturbi della voce (disfonia infantile)	Logopedista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventi di abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione generale ai disordini dello sviluppo	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratori diurni creativi / Centri di aggregazione		<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 11 agosto 2020, 86/R, nonché delle delibere regionali di riferimento per i servizi e le prestazioni specificate;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse della Sds Pistoiese e l'Avviso regionale "INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLE CURE DOMICILIARI" (Decreto regionale n. 27538/2023 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.