ALLEGATO 1

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

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER

L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI AUTORIZZATI ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI CUI ALLE TABELLE 1 E 2 DELL'AVVISO REGIONALE : "SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA DOMICILIARE" (Decreto regionale n. 14104/2023)

FONDO DI SVILUPPO E COESIONE

Progetto "A Do.Po Bis" - codice 309121

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 mobilizzazione, 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 idratante, medicazione semplice	Infermiere	□	□
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista	□	□
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	□	□

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 *caregiver,* presenza di supporto per permettere al *caregiver* 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	Psicologo	□	□
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	□	□
Formazione del *caregiver* e dell'ambiente socio-fami-	Educatore	□	□

liare, 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*	Prof.le/ Animatore		
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	☐	☐
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone	Psicologo/ Neuropsicologo	☐	☐
Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone	Fisioterapista/ (Laureati in Scienze motorie e Diplomati ISEF o in Fisioterapia)	☐	☐
Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone)	Psicologo	☐	☐
Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)		☐	☐
Caffè Alzheimer		☐	☐
Atelier Alzheimer		☐	☐
Musei per l'Alzheimer		☐	☐
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		☐	☐

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 e l'Avviso regionale "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare" (Decreto Regionale n. 14104 del 26.06.2023) 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

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.