

ALLEGATO 3

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

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI AUTORIZZATI
ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI CUI ALLE TABELLE 1 E 2 DELL'AVVI-
SO REGIONALE: "SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA DOMICI-
LIARE" (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 _____

Tel. _____, e-mail _____ PEC _____

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei se-
guenti 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
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
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"/>



a tal fine DICHIARA:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio

- di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) _____
città _____ dal __/__/__ con numero _____
- di avere una comprovata esperienza per l'erogazione dei servizi selezionati che il professionista si candida ad erogare

- _____ dal __/_____
__/__ al __/__/__
- _____ dal __/__/_____
__ al __/__/__
- _____ dal __/__/_____
__ al __/__/__
- _____ 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 “Sostegno all’assistenza socio-sanitaria domiciliare” (Decreto Regionale n. 14104 del 26.06.2023) 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;
- 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

(luogo e data)

(firma)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.