



## ALLEGATO 1

**da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e  
socio-sanitarie e altri servizi alla persona**

**Alla SOCIETÀ DELLA SALUTE PRATESE**

### 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 IGEA Cod. 312742 CUP G39G24000280006**

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 caregiver	OSA/OSS/ADB	<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 caregiver 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 caregiver	OSA/OSS/ADB	<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 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, 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	Educatore Professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



mantenimento” del paziente mediante l'intervento del caregiver			
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 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"/>
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 Pratese 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.*