



### Allegato 3

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

## 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 \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**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 <i>caregiver</i>	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	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			
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"/>



**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/ADB	<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"/>

**a tal fine DICHIARA:**

- di essere in possesso del seguente titolo di studio  
\_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) \_\_\_\_\_ 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 della Sds Prato 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.

(luogo e data) (firma)

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