

## ALLEGATO 3

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



**MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER  
L'ISCRIZIONE NELL'ALBO DEI SOGGETTI QUALIFICATI PER L'EROGAZIONE  
DEGLI INTERVENTI PREVISTI DALL'AVVISO REGIONALE APPROVATO CON D.D.  
REGIONE TOSCANA N. 14104 DEL 26.06.2023 – PROGETTO DI SOSTEGNO  
ALL'ASSISTENZA SOCIO – SANITARIA DOMICILIARE, NEL TERRITORIO  
DELL'AREA DELLA VALDINIEVOLE. PROGETTO S.O.S.T.A.**

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: \_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla “AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio” (selezionare la/le “Tipologia di prestazione” che ci si candida ad erogare).**

<b>Tipologie di Prestazioni</b>	<b>Operatori / Attività</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver	OSA / 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 caregiver	Fisioterapista		
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista		
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito	Ricovero in RSA per 20 giorni		

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla “AZIONE 2 - Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza” (selezionare la/le “Tipologia di prestazione” che ci si candida ad erogare).**

<b>Tipologie di Prestazioni</b>	<b>Operatori / Attività</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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-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 caregiver;	EDUCATORE PROF.LE / ANIMATORE		
Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al <i>caregiver</i> per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti;	FKT		
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;	FKT/(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 mezza/intera giornata)			
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)			
Caffè Alzheimer			
Atelier Alzheimer			
Musei per l'Alzheimer			
Ricovero di sollievo: Max 30 giorni in RSA			

**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 di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 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” 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. Documento da firmare digitalmente o allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.*