

ALLEGATO 5

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



**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. _____

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).

Tipologie di Prestazioni	Operatori / Attività	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		

Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista		
Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere		
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista		

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).

Tipologie di Prestazioni	Operatori / Attività	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-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		

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 e l'Avviso regionale "Sostegno ai servizi cura 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.

(luogo e data)

(firma)

N.B.: Documento da firmare digitalmente o allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.