



**Allegato**

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI  
PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI PER LE AZIONI 1 E 2**

**Avviso regionale "Sostegno ai servizi di cura domiciliare"  
Progetto Assistenza Integrata Domiciliarità Anziani (AIDA)**

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: \_\_\_\_\_  
Persona da contattare: \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- che l'impresa/società/consorzio/ente è iscritta/o nel Registro delle Imprese della Camera di  
Commercio Industria Artigianato Agricoltura di \_\_\_\_\_  
per la/e seguente/i attività \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ numero di iscrizione \_\_\_\_\_ data di iscrizione \_\_\_\_\_  
- che con riferimento al requisito dell'accreditamento ai sensi della LR n.82/2009 e secondo il  
disposto della legge stessa e del successivo Regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010  
dichiara che l'accreditamento decorre dalla data \_\_\_\_\_  
e la relativa documentazione è stata presentata al Comune di \_\_\_\_\_



**MANIFESTA INTERESSE**

**PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni dall'azione 1 con indicazione dei costi omnicomprensivi anche dei costi relativi ai materiali/ausili nonché, anche in relazione all'emergenza sanitaria in corso, ai DPI. degli eventuali materiali :**

<i>Tipologia di intervento</i>	<i>Operatore</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Unità di misura (ora, giorno, accesso)</i>	<i>Importo unitario (compresa iva)</i>
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione caregiver	OSA o 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 gg				



**PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni dall'azione 2 con indicazione dei costi omnicomprensivi anche dei costi relativi ai materiali/ausili nonché, anche in relazione all'emergenza sanitaria in corso, ai DPI. degli eventuali materiali :**

Tipologia di prestazione	Operatori	Sì	No	Unità di misura (ora, giorno, accesso)	Importo unitario (comprensiva)
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	PSIC				
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	PSIC				
Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo all'utilizzazione 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 caregiver per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti	FKT				
Interventi di stimolazione neurocognitiva / riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone	PSIC/ NEUROPSIC				
Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone	FKT				
Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8/10 persone)	PSIC				
Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)					
Trasporto utenti					
Caffè Alzheimer					
Atelier Alzheimer					
Musei per l'Alzheimer					
Ricovero di sollievo: Max 30 giorni in RSA					



**A tal fine informa che**

- l'impresa / ente / professionista 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 autorizzato per l'erogazione di servizi per i quali manifesta interesse;



- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Sostegno ai servizi di 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;

### **SI 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*