

## Modello A

**Manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici autorizzati all'erogazione delle prestazioni relative ai buoni servizio nell'ambito del Progetto cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo Plus nell'ambito dell'avviso "Interventi di sostegno alle cure domiciliari" approvato con D.D. n.4891 del 29/02/2024.**

**Progetto I.R.I.S.**

**Codice progetto S.I. FSE: 312732**

**Codice CUP: E59G24000020006**

### Richiesta di inserimento nell'elenco degli operatori autorizzati all'erogazione delle prestazioni previste da Progetto I.R.I.S.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ / C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di

- libero professionista
- 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 \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del seguente titolo di abilitazione professionale \_\_\_\_\_;
- 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 \_\_\_\_\_

- di essere in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento n. 2/R del 9 gennaio 2018 (modificato con D.P.G.R n. 12/R del 22 marzo 2021) per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria o dal Regolamento n. 79/R DPGR del 17/11/2016, allegato A strutture D.6 e D.7 rispettivamente per il Setting LOW CARE e Residenza Sanitaria Intermedia (questo requisito deve essere posseduto solo da chi presenta manifestazione di interesse per l'erogazione del solo pacchetto interventi "Ricovero in Setting di Cure Intermedie Residenziali per 20 giorni").

## 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 dei costi relativi ai materiali, ausili nonché ai DPI:

Tipologia di intervento	Operatore	Sì	No	Unità di misura (ora, giorno, accesso)	Importo unitario (compresa iva)
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver	OSA/OSS/ADB				
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				
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver. Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	FISIOTERAPISTA				
Cure intermedie temporanee nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito	Ricovero in <i>setting</i> di cure intermedie residenziali 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 dei costi relativi ai materiali, ausili nonché ai DPI:**

Tipologia di prestazione	Operatori	Si	No	Unità di misura (ora, giorno, accesso)	Importo unitario (comprensiva)
Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i>	OSA/OSS/ADB				
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 <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				
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	FISIOTERAPISTA				
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso	PSIC/NEUROPSIC				
Interventi di fisioterapista per AFA - gruppi chiusi	FISIOTERAPISTA				
Supporto psicologico alla famiglia – gruppo chiuso	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	-				
Intervento di sollievo residenziale (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura residenziale): Max 30 giorni	-				

**PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni dall'AZIONE 4 con indicazione dei costi omnicomprensivi dei costi relativi ai materiali, ausili nonché ai DPI:**

Tipologia di intervento (a titolo esemplificativo)	Operatori	Si	No	Unità di misura (ora, giorno, accesso)	Importo unitario (compresa iva)
Attività di supporto e assistenza nelle attività quotidiane come la cura dell'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità	OSA/OSS/ADB				
Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare. Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo, riabilitativo	INFERMIERE				
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	EDUCATORE PROFESSIONALE				
Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver	FISIOTERAPISTA				
Interventi del logopedista sui ritardi e/o disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento – DSA (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia) disturbi della voce (disfonia infantile)	LOGOPEDISTA				
Interventi di abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione generale ai disordini dello sviluppo	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE)				
Laboratori diurni creativi / Centri di aggregazione	-				
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)	-				

**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 all'erogazione di servizi per i quali manifesta interesse
- di aver letto l'Avviso di manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale *"Interventi di sostegno alle cure domiciliari"* 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 dichia-

razione 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)

Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità