

**Avviso B Azione 2  
Allegato 1**

**MODELLO 1)** da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono servizi di assistenza domiciliare e altri servizi alla persona

Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dall'avviso regionale: Avviso pubblico mediante procedura a sportello **“Sostegno all’assistenza socio sanitaria domiciliare”**

**Azione 2 Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza**

**Progetto: AN.CO.RE**

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 dei seguenti servizi e prestazioni di cui all'Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dall'avviso regionale: Avviso pubblico mediante procedura a sportello **“Sostegno all’assistenza socio sanitaria domiciliare”**

**Azione 2 Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza (selezionare i pacchetti di intervento che ci si candida ad erogare):**

<i>Tipologia di intervento</i>	<i>Operatori/ standard tradizionali</i>	<i>Costo orario</i>	<i>Scrivere Si/no per la candidat ura</i>
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	€ 23,00	
Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia	PSIC	€ 45,00	

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	PSIC	€ 45,00	
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 Prof.le/ Animatore	€ 28,00	
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	€ 32,00	
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone	PSIC/ NEUROPSI C	<b>Costo a persona</b> da determinare a cura dell'operatore economico	
Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone	FKT/(Laureati in Scienze motorie e Diplomi ISEF o in Fisioterapia)	<b>Costo a persona</b> da determinare a cura dell'operatore economico	
Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone)	PSIC	<b>Costo a persona</b> da determinare a cura dell'operatore economico	
Caffè Alzheimer	<b>Caratteristiche sede:</b> La sede sarà individuata dall'operatore economico e dovrà essere idonea alla tipologia del servizio. <b>Frequenza:</b> 2 volte al mese <b>Durata seduta:</b> 2 ore <b>Numero partecipanti (min/max)</b> 6-8 <b>Operatori professionali:</b> indicare le figure previste per la realizzazione dell'intervento tenendo conto della compresenza minima di due operatori	<b>Costo a persona (+caregiver)</b> per seduta da determinare a cura dell'operatore economico	
Atelier Alzheimer compreso il servizio di trasporto	<b>Sede:</b> La sede sarà individuata dall'operatore economico e dovrà essere idonea alla tipologia del servizio. <b>Frequenza:</b> 2 visite al mese <b>Durata:</b> 2 ore <b>Numero partecipanti (min/max)</b>	<b>Costo a persona</b> per seduta da determinare a cura dell'operatore economico	

	5-8 <b>Operatori professionali:</b> indicare le figure previste per la realizzazione dell'intervento tenendo conto della compresenza minima di due operatori		
Musei per l'Alzheimer compreso il servizio di trasporto	<b>Sede:</b> Musei individuati dall'Operatore economico <b>Frequenza:</b> 2 visite al mese <b>Durata:</b> 2 ore <b>Numero partecipanti :</b> (min/max) 5-8 <b>Operatori professionali:</b> indicare le figure previste per la realizzazione dell'intervento tenendo conto della compresenza minima di due operatori	<b>Costo a persona</b> per seduta da determinare a cura dell'operatore economico	

**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:

🕒 **descrivere la proposta progettuale per la quale si presenta la candidatura ed ove richiesto determinare il costo a persona**

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 nonché delle delibere regionali di riferimento e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate e ss.mmi.ii;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale “Sostegno all’assistenza socio sanitaria domiciliare” e di accettarne quanto negli stessi previsto
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, (GDPR) che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa
- di non trovarsi in condizioni che limitano o escludono, a norma di legge, la capacità di contrattare con la Pubblica Amministrazione;

#### **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. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.***