**ALLEGATO B**

**Istanza di Partecipazione AVVISO PER LA PRESENTAZIONE DI PROGETTI RELATIVI AL POTENZIAMENTO DELLA RETE DEI SERVIZI A FAVORE DEI SOGGETTI CHE PRESENTANO DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL’ALIMENTAZIONE (DNA**).

**DGR N° XI/7357/2022 E DGR N° XI/7590/2022**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Nome Cognome**

Codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

in qualità di Rappresentante legale dell’Ente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF/PI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **CHIEDE**

di partecipare in qualità di:

Titolare di progetto AL POTENZIAMENTO DELLA RETE DEI SERVIZI A FAVORE DEI SOGGETTI CHE PRESENTANO DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL’ALIMENTAZIONE (DNA). DGR N° XI/7357/2022 E DGR N° XI/7590/2022

**A TAL FINE DICHIARA CHE:**

L’Ente di cui sopra:

è Ente Pubblico

* è un Ente a carattere privato accreditato

 e che le caratteristiche di cui sopra sono documentate dallo Statuto o Atto costitutivo

1. Nel proprio assetto è presente il Servizio dedicato ai Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione;
2. È titolare della responsabilità tecnico-professionale;
3. Possiede i seguenti atti aziendali di organizzazione del Servizio specifico …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Svolge un’attività specifica per i DNA dal al (n. anni);
5. Ha una equipe multidisciplinare, specificare da quali figure professionali è composta (ad es. medico nutrizionista, dietista, psichiatra/neuropsichiatra infantile, psicologo, educatore,

 infermiere, altro… ) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

1. Svolge attività MAC:

 □ SI □ NO

Se SI : è in possesso dei requisiti tecnico - professionali previsti dalla normativa vigente;

1. Si rivolge ad una utenza nella fascia d’età:
2. Non rientra in nessuno dei casi di esclusione indicati nell’Avviso;
3. È a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, saranno soggetti alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell’art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000;

**ALLEGA**

* Allegato B.1. “Scheda Progettuale”
* Carta d’identità del Legale rappresentante

 Firma digitale del Legale Rappresentante

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALLEGATO B.1. SCHEDA PROGETTUALE**

Titolo Progetto ……………………………………………………………………………………...

Ente proponente …………………………………………………………………………………..

Denominazione del Servizio …………………………………………………………………......

Anno di attivazione del Servizio attualmente già presente …………………..………......

Coordinatore Scientifico (nominativo, recapito telefonico, indirizzo mail) …………………………………………………………………………………….…………………...

Referente Amministrativo**:** …………………..…………………………………………………...

**ELEMENTI DI CONTESTO E ANALISI DEI DATI e PRESENTAZIONE DEL SERVIZIO ATTUALE**

* Popolazione del territorio di competenza, diviso per genere ed età
* Funzionamento del Servizio attuale: giorni, orari, come avviene l'accoglienza, la presa in carico, gli invii, gli eventuali ricoveri, le psicoterapie, i pasti assistiti ecc.
* dati 2022 (specificare genere femminile/maschile):
* n. nuove accoglienze;
* n. nuove prese in carico /n. accoglienze 2022;
* n. totale utenti 2022;
* confronto con dati storici degli anni precedenti, in particolare pre (anno 2019) - durante (2020-2021)- dopo (2022) periodo pandemico
* presenza di eventuale lista d'attesa e sua gestione
* provenienza territoriale dei/lle pazienti (specificare se anche fuori dal territorio di competenza ASST/ATS)
* invianti principali
* verso quali Enti/Strutture, anche fuori ASST/ATS, si invia per livelli assistenziali più o meno intensi
* tempo medio di presa in carico
* protocolli terapeutici utilizzati
* presenza di protocolli formalizzati con reparti ospedalieri
* modalità di attivazione di eventuali consulenti

**PERSONALE attualmente in servizio NEL SERVIZIO DNA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **figura professionale** | **servizio****di appartenenza** | **tipologia di contratto** | **ore settimanali****dedicate ai dna** | **operatore dedicato esclusivamente ai Dna** |
|  |  |  |  | **si** | **no** |
|  |  |  |  | **si** | **no** |
|  |  |  |  | **si** | **no** |

**PROGETTO:**

1. **OBIETTIVI GENERALI**

|  |
| --- |
|  |

1. **OBIETTIVI SPECIFICI**

|  |
| --- |
|  |

1. **TARGET DI RIFERIMENTO**

|  |
| --- |
|  |

1. **AMBITO TERRITORIALE DI INTERVENTO**

|  |
| --- |
|  |

1. **azioni E INTERVENTI**

|  |
| --- |
|  |

1. **previsione dell’implementazione del personale per il presente progetto**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **figura professionale** | **servizio****di appartenenza** | **tipologia di contratto** | **ore settimanali****dedicate ai dna** | **operatore dedicato esclusivamente ai Dna** |
|  |  |  |  | **si** | **no** |
|  |  |  |  | **si** | **no** |
|  |  |  |  | **si** | **no** |

1. **EVENTUALI PARTNER E MODALITà DI COLLABORAZIONE** con altri enti pubblici, privati, di terzo settore, associazioni…

|  |
| --- |
|  |

1. **tempi di realizzazione**

|  |
| --- |
|  |

1. **RISULTATI ATTESI:**

|  |
| --- |
| specificare indicatori misurabili di risultato (impatto sul territorio) |
| specificare indicatori misurabili di esito dei trattamenti/delle prese in carico |

1. **voci di SPESa**

**A carico della DGR 7590/2022**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’** | **costo personale** | **costo****beni** | **costo servizi** | **TOTALE** |
| Potenziamento Rete ospedaliera/attività MAC/attività ambulatoriale |  |  |  |  |
| Attivazione di nuovi ambulatori |  |  |  |  |
| Formazione  |  |  |  |  |
| Prevenzione **max 10%** |  |  |  |  |
| coinvolgimento delle realtà associazionistiche |  |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |  |

**A carico della DGR 7357/2022**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATTIVITA’** | **costo personale****MAX 90%** | **costo****beni****MAX 4%** | **costo servizi****MAX 6%** | **TOTALE** |
| Potenziamento Rete ospedaliera/attività MAC/attività ambulatoriale |  |  |  |  |
| Attivazione di nuovi ambulatori |  |  |  |  |
| Formazione  |  |  |  |  |
| **TOTALE** |  |  |  |  |