OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DI SOGGETTI GESTORI DI STRUTTURE SOCIALI E SOCIO-SANITARIE ACCREDITATE / AUTORIZZATE AL FUNZIONAMENTO.

SCHEDA INFORMATIVA

(NB: l'Allegato A1 deve essere presentato debitamente compilato e sottoscritto per ciascuna struttura per la quale si chiede l'iscrizione)

Il/La sottoscritto/a _____,

in qualità di Rappresentante Legale / Procuratore *(cancellare l'opzione che non ricorre)* dell'Ente

_____

come meglio dettagliato nell'allegato A,

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative in merito alla decadenza dei benefici concessi sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità che fatti, stati e qualità riportati nella presente scheda corrispondono a verità:

Denominazione struttura:	_____
Autorizzazione al funzionamento[1] in corso di validità	Titolo originario[2] n. _____del_____ rilasciata dall'Ufficio SUAPE del Comune di _____ *(eventuale)* Integrazione/aggiornamento all'Autorizzazione al funzionamento: n. _____ del_____ rilasciata dall'Ufficio SUAPE del Comune di_____ Numero posti autorizzati[3]: _____ Pronta accoglienza_____ Motivo aggiornamento: _____ _____

1 L'autorizzazione al funzionamento regolarmente rilasciata dall'Ufficio SUAPE del Comune competente, di cui al Decreto del Presidente della Regione n. 4/2008 e alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 53/7 del 29.10.2018, così come modificata e integrata con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 10/37 del 16.03.2023 e ss.mm.ii. Se si dispone di autorizzazione al funzionamento di data antecedente, la Struttura dovrà autocertificare di essere in possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e di personale previsti dalla normativa vigente.

2 Estremi Titolo abilitativo al funzionamento (indicare codice pratica SUAPE o, ove previsto il procedimento in conferenza dei servizi, indicare il provvedimento unico conclusivo).

3 Inserire posti autorizzati alla data attuale;

Accreditamento Regionale	n. _____ del_____ rilasciata ai sensi della LR n. _____ del _____ - Regione: _____ - Data di scadenza _____	
Tipologia della struttura	COMUNITA' DI TIPO FAMILIARE E GRUPPI DI CONVIVENZA ☐ A.1.1 Casa famiglia per minori e giovani adulti ☐ A.1.2 Casa famiglia per adulti ☐ A.2 Gruppi di convivenza ☐ A.3 Gruppi appartamento ☐ A.4.1 Comunità di pronta accoglienza per minori ☐ A.4.2 Comunità di pronta accoglienza per adulti STRUTTURE RESIDENZIALI A CARATTERE COMUNITARIO ☐ B.1 Comunità di accoglienza per minori ☐ B.2 Comunità di sostegno a gestanti e/o madri con bambino ☐ B.2.A Comunità di Sostegno e alloggi per donne vittime di violenza ☐ B.3 Comunità alloggio per anziani ☐ B.4 Residenze comunitarie diffuse per anziani ☐ B.5 Comunità residenziali per persone con disabilità e per il "Dopo di noi" ☐ B.6 Comunità per l'accoglienza di adulti sottoposti a misure restrittive della libertà personale STRUTTURE RESIDENZIALI INTEGRATE ☐ C.1 Comunità integrate per anziani. ☐ C.2 Comunità integrate per persone con disabilità ☐ C.3 Comunità integrate per persone con disturbo mentale ☐ C.4 Comunità socio-educative integrate per minori. STRUTTURE A CICLO DIURNO ☐ D.1 Centri di aggregazione sociale ☐ D.2 Centri socio-educativi diurni ☐ D.3 Centri famiglia ☐ STRUTTURE RESIDENZIALI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE ACCREDITATE*: (specificare la tipologia)* _____ ☐ ALTRE TIPOLOGIE DI STRUTTURE*: (specificare la tipologia)* _____	
Indirizzo sede operativa struttura:		
Data di avvio dell'attività	__/__/____	
E-mail struttura:		
Pec struttura:		
Recapiti telefonici:		
	Nominativo:	

Responsabile della struttura	*Recapito:*	
Referente amministrativo	*Nominativo:*	
	Recapito:	
Pronta accoglienza	☐ *SI* *n. posti letto* _____	☐ *NO*
Utenza: *Fasce d'età e sesso*	*N.* _____ *posti complessivi (previsti nell'autorizzazione al funzionamento)* ☐ Maschi: *n.*_____ *- da* _____*a*_____ *anni* ☐ Femmine: *n.*_____ *- da* _____*a*_____ *anni* ☐ Misti*: n.*_____ *- da* _____*a*_____ *anni*	
Accoglienza di minori con disabilità	☐ *SI (specificare la patologia)* _____	☐ *NO*
Retta giornaliera	ACCOGLIENZA RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE (*Se è presente un Tariffario Regionale approvato per quella tipologia di struttura, indicare la tariffa in esso contenuta*): Retta giornaliera netta: € _____ (per utente) ☐ Retta giornaliera + IVA al ____% : € _____ (per utente) ☐ Esenzione iva ai sensi dell'art. _____ del_____ **Specificare i servizi aggiuntivi, ulteriori rispetto a quelli richiesti dalla presente procedura, inclusi nella carta dei servizi:** _____ _____ PRONTA ACCOGLIENZA: specificare n. giorni: _____ (*Se è presente un Tariffario Regionale approvato per quella tipologia di struttura, indicare la tariffa in esso contenuta*): Retta giornaliera netta: € _____ (per utente) ☐ Retta giornaliera + IVA al ____% : € _____ (per utente) ☐ Esenzione iva ai sensi dell'art. _____ del_____ **Specificare i servizi aggiuntivi, ulteriori rispetto a quelli richiesti dalla presente procedura, inclusi nella carta dei servizi:** _____ _____	
Servizi aggiuntivi (specificare i servizi non inclusi nella retta di	1. importo netto: € _____ (per utente) ☐ importo + IVA al ____% : € _____ (per utente) ☐ Esenzione iva ai sensi dell'art. _____ del_____	

accoglienza giornaliera e i relativi costi, ulteriori rispetto a quelli previsti nei Cataloghi dei servizi aggiuntivi approvati con deliberazione RAS)	Specificare i servizi: _____ _____ Specificare se: giornaliero / mensile / per prestazione 2. importo netto: € _____ (per utente) ☐ importo + IVA al ____% : € _____ (per utente) ☐ Esenzione iva ai sensi dell'art. _____ del_____ Specificare i servizi: _____ _____ Specificare se: giornaliero / mensile / per prestazione
Iscrizione Enti Previdenziali	INAIL: codice ditta _____; PAT (Posizioni Assicurative Territoriali):_____; sede INAIL competente _____ INPS: matricola _____; PCI (Posizione Contributiva Individuale) _____; sede INPS competente: _____
Iscrizione Agenzia delle Entrate	Ufficio di _____

SI IMPEGNA

a garantire, ai fini dell'inserimento socio-assistenziale e del supporto psico-individualizzato dell'utente all'interno della Comunità, le seguenti prestazioni di base incluse nella retta giornaliera, in quanto riconducibili all'ordinaria presa in carico dell'utente e necessarie ad assicurare lo standard ordinario del servizio, in coerenza con la relativa tipologia di struttura e con il progetto individualizzato, fatte salve eventuali diverse disposizioni da parte della normativa regionale che prevedano attività/servizi differenti rispetto a quelli di seguito indicati:

Per tutte le tipologie di Comunità residenziali

SERVIZI ALBERGHIERI: accoglienza in camere da letto adeguate; assegnazione e mantenimento del posto letto; servizio di ristorazione in apposita sala pranzo garantendo il rispetto della normativa in materia, l'equilibrio nutrizionale, la personalizzazione per particolari esigenze dietetiche o in caso di intolleranze alimentari; spazi per attività ricreative, didattiche e occupazionali; servizio di igiene e sanificazione degli ambienti; riscaldamento, climatizzazione e utenze ordinarie;

CURA E IGIENE PERSONALE – BIANCHERIA E VESTIARIO: fornitura di biancheria da camera e da bagno, materiale per la somministrazione dei pasti e per l'igiene personale, accessori e prodotti necessari per la cura e l'igiene personale; gestione del guardaroba, lavanderia e stireria del corredo della comunità e degli effetti personali degli ospiti;

ASSISTENZA SANITARIA: Attivazione delle procedure per garantire assistenza medica, infermieristica, fisioterapica, sanitaria di base, fornitura di ausili e presidi di base convenzionati con il SSN. Acquisto dei farmaci necessari per le cure ordinarie degli ospiti e di eventuali ticket sanitari. Dovranno essere adottati provvedimenti opportuni e contingenti in caso di malattia e/o ricovero ospedaliero, assicurando, ove necessario, la presenza di un operatore ed ogni forma di assistenza necessaria e le adeguate cure post-degenza

e relativa convalescenza. Le spese per le prestazioni sanitarie non coperte dal SSN (acquisto farmaci, terapia psicologica, valutazioni neuropsichiatriche, psicoterapie, riabilitazione psico-motorie etc.) dovranno essere segnalate e preventivamente concordate con il Servizio Sociale Professionale.
ATTIVITÀ EDUCATIVE, RICREATIVE, DI SOCIALIZZAZIONE e TEMPO LIBERO: cura delle operazioni per l'igiene personale quotidiana; assistenza alla persona; adempimenti necessari a garantire la pratica religiosa, nel rispetto della credenza professata; organizzazione ed assistenza del tempo libero tramite attività socio-educative (manuali, ludiche, cognitive, musicali, etc.), compresi eventuali periodi di soggiorno estivo; collaborazione con tutti i Servizi Istituzionali, in particolare con il Servizio Sociale, per il raggiungimento degli obiettivi previsti nel Progetto Individualizzato attraverso momenti di verifica e valutazione programmati; gestione, in caso di fuga o di altra criticità, delle comunicazioni al Servizio Sociale, alle Forze dell'Ordine, all'Autorità Giudiziaria, alle figure di rappresentanza legale; ogni altra attività strumentale al Progetto Individualizzato.
TRASPORTO: Trasporto e accompagnamento dell'utente per visite mediche richieste dal medico di base e/o per ospedalizzazione, salvo che, in caso di emergenza sanitaria, per il trasporto non sia richiesto a titolo gratuito l'intervento del Soccorso Sanitario di emergenza 118; accompagnamento occasionale in altri luoghi in territorio regionale o in zone limitrofe alla struttura.
Per ciascun beneficiario adulto privo di figure familiari di riferimento concretamente disponibili a provvedere alle necessità di trasporto e/o di una figura di protezione giuridica, la struttura garantisce un numero minimo di **10 trasporti per anno solare (A/R)**, finalizzati allo svolgimento di visite, accertamenti, adempimenti o altre attività connesse alle esigenze sanitarie, assistenziali e personali del beneficiario.
Qualora si rendano necessari trasporti ulteriori rispetto al numero minimo previsto, ovvero prestazioni che richiedano l'impiego di mezzi o attrezzature specifici non disponibili presso la struttura, quali, a titolo esemplificativo, ambulanze o altri mezzi attrezzati, la struttura è tenuta a darne tempestiva comunicazione al Servizio Sociale comunale, rappresentando la necessità della prestazione e le eventuali soluzioni organizzative disponibili.
Il Servizio Sociale, in raccordo con la struttura e nel rispetto delle competenze dei soggetti istituzionalmente preposti, provvede a valutare le possibili modalità di erogazione del trasporto e l'eventuale individuazione di soggetti alternativi, nonché la relativa copertura economica. Gli eventuali oneri a carico del Comune sono subordinati alla preventiva autorizzazione dell'ufficio competente, fatte salve le procedure applicabili alle situazioni di urgenza e gli obblighi inderogabili previsti dalla normativa vigente.
SUPPORTO AMMINISTRATIVO: Assistere l'utente nel disbrigo di pratiche specialistiche e non, se privi di figure familiari di riferimento in grado di provvedere, previo raccordo con il Servizio Sociale;
COLLABORAZIONE CON IL SERVIZIO SOCIALE: mantenere frequenti contatti con l'operatore sociale e/o l'equipe socio-psico-pedagogica di riferimento; Con cadenza mensile, l'invio al Case Manager competente della scheda riepilogativa delle presenze dell'utente, con specifica indicazione delle date e delle motivazioni di eventuali assenze; Con cadenza trimestrale, su specifica richiesta del Servizio Sociale o a fronte di variazioni significative, l'invio di una relazione di monitoraggio finalizzata a fornire un aggiornamento dell'inserimento dell'ospite e lo stato di attuazione del Progetto Individualizzato;
ASSENZE / DIMISSIONI: in caso di assenze dalla Comunità per ricovero ospedaliero, rientro in famiglia per un periodo di tempo limitato e allontanamento non autorizzato dalla Comunità residenziale (salvo che non vi sia la necessità di garantire presso il presidio ospedaliero un operatore per l'assistenza dell'utente, previa specifica e formale autorizzazione da parte del Servizio Sociale Professionale), è prevista la decurtazione del **10%**, per ogni giorno di assenza anche se non continuativo, del **50%** a partire dall'ottavo giorno di assenza in caso di assenze superiori ai 7 giorni consecutivi, del **70%** a partire dal trentesimo giorno di assenza consecutivo, previa verifica del permanere dell'appropriatezza dell'inserimento; In presenza di sopravvenute e documentate circostanze che rendano impossibile la prosecuzione del percorso comunitario dell'ospite, il Soggetto Gestore è tenuto a darne tempestiva comunicazione al Servizio Sociale competente, garantendo un preavviso non inferiore a 45 giorni. Tale termine può essere esteso fino a 90 giorni nei casi in cui risulti comprovata l'impossibilità di individuare tempestivamente una soluzione alternativa idonea a garantire la tutela dell'ospite e il rispetto dei provvedimenti dell'Autorità giudiziaria eventualmente vigenti. Il periodo di preavviso è finalizzato a consentire all'Amministrazione la predisposizione di un adeguato progetto di continuità assistenziale e l'individuazione della soluzione più appropriata per la prosecuzione della presa in carico.

Per le Comunità per minori e madri con bambino (in aggiunta alle precedenti richieste)

CURA E IGIENE PERSONALE – BIANCHERIA E VESTIARIO – ISTRUZIONE: Fornitura di vestiario adeguato e dignitoso; fornitura di materiale scolastico di base, libri (eventualmente attivando le procedure per il comodato d'uso o mediante l'acquisto), se non forniti dal sistema scolastico, e spese scolastiche ordinarie; gite scolastiche di modica cifra e all'interno del territorio regionale, abbigliamento specifico per corsi professionali e assicurazione scolastica; attività formative/didattiche, ricreative, occupazionali finalizzate alla realizzazione del progetto Individualizzato. Per le madri prevedere percorsi di inserimento lavorativo e/o accompagnamento all'autonomia.

ASSISTENZA SANITARIA: In caso di ricovero ospedaliero dei minori/giovani adulti, se necessario, assicurare la presenza di un operatore professionale presso il reparto ospedaliero (in tal caso il Servizio Sociale corrisponderà la retta totale anche per le giornate di assenza dalla Comunità, se preventivamente autorizzato dal Case Manager di riferimento); accompagnamento a visite mediche di base di base o specialistiche.

ATTIVITÀ EDUCATIVE, RICREATIVE, DI SOCIALIZZAZIONE e TEMPO LIBERO: Rapporto educativo; sostegno Individualizzato allo studio, all'inserimento scolastico, lavorativo e sociale; interventi necessari a garantire la frequenza scolastica; interventi che favoriscano la socializzazione, la gestione e l'organizzazione del tempo libero e l'integrazione con il territorio; spese per attività nel tempo libero (corsi, attività sportive, centri estivi, ecc); accompagnamento nelle uscite.

Rispetto delle funzioni attribuite dalla normativa vigente agli esercenti la responsabilità genitoriale e supporto alla relazione tra minore e familiari come da progetto; servizio internet monitorato e protetto; Interventi educativi e comportamentali; nel caso di inserimento in comunità mamma – bambino, sostegno alla genitorialità e accompagnamento della madre nelle funzioni genitoriali; PEI da elaborare entro due mesi dall'inserimento: nel caso di inserimento madre – bambino, all'interno del PEI dovrà essere prevista una sezione dedicata al progetto individualizzato in favore della madre; Sostegno psicologico in struttura; Inserimento in attività sportive, ludiche, musicali, culturali, di volontariato, di formazione e inclusione lavorativa nei casi di minori dai 16 anni in su; per i Minori Stranieri Non Accompagnati, garantire un corso di lingua italiana.

ATTIVITA' DI INCLUSIONE SOCIALE: Garanzia di adesione al Programma di inclusione sociale, di cui alla L.R. n. 4/2006 art. 17, c. 2 PROGRAMMA "PRENDERE IL VOLO", rispettando le indicazioni previste dalla normativa per l'avvio della misura in favore dei minori ospiti; disponibilità, laddove necessario, a ricoprire l'incarico di responsabile di Portafoglio e all'assunzione del tutor di inclusione sociale. Qualora si verifichi quest'ultima ipotesi la struttura garantirà l'assunzione del ruolo in conformità alla normativa regionale e delle indicazioni operative che verranno fornite dal Comune. Ai fini del riconoscimento, le spese devono essere effettivamente sostenute, documentate e pagate, coerenti con il progetto e con il piano economico approvato e riferite al periodo di ammissibilità, nel rispetto delle disposizioni e delle eccezioni previste dal Vademecum.

Qualora la documentazione sia incompleta o i dati rendicontati presentino incongruenze rispetto ai giustificativi, il Servizio Sociale richiederà le necessarie integrazioni. La liquidazione delle spese interessate potrà avvenire soltanto dopo la regolarizzazione della documentazione e l'esito positivo delle verifiche.

Il Comune non riconoscerà le spese in contrasto con il Vademecum o con il progetto approvato, né quelle che, anche a seguito della richiesta di integrazione, risultino prive di adeguata rendicontazione.

Le somme già erogate che, a seguito delle verifiche, risultino non ammissibili o indebitamente utilizzate, così come quelle rimaste inutilizzate alla chiusura del progetto, dovranno essere restituite secondo le modalità e nei termini indicati dal Comune, nel rispetto delle disposizioni regionali.

TRASPORTO: Abbonamento per i mezzi di trasporto; trasporto e accompagnamento per attività sportive, ricreative, socializzanti e per altre attività previste dal progetto educativo individualizzato; trasporto nel giorno dell'inserimento dal luogo in cui si trova il minore (anche in caso di trasferimento da altra Comunità); trasporto e accompagnamento per visite mediche e/o ricoveri, colloqui con il Servizio Sociale, udienze in Tribunale, incontri protetti; accompagnamento dalla/alla scuola; accompagnamento occasionale in altri luoghi in territorio regionale o in zone limitrofe alla struttura.

Eventuali osservazioni dettagliatamente esplicitate dall'Ente gestore:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Luogo e data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE / PROCURATORE

_____

(Documento firmato digitalmente)