

INDICAZIONI PER LA REDAZIONE DELLA DOMANDA DI ACCREDITAMENTO DEFINITIVO

ai sensi della DGR 514/2009, punto 5.3 allegato 1

Al soggetto istituzionale competente per l'ambito distrettuale alla concessione dell'accreditamento (*indicare alternativamente, in relazione al proprio soggetto istituzionale competente*): il Comune di...../l'Unione .../la Nuova Comunità montana).

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

in qualità di legale rappresentante di (*indicare la denominazione dell'ente/azienda, sede legale. P.I. e Codice Fiscale*) _____ soggetto/i gestore/i del servizio _____ (*precisare la denominazione del servizio per il quale si chiede l'accreditamento*)

con sede in (*per assistenza domiciliare indicare la sede operativa; per le altre tipologie indicare la sede in cui si svolge il servizio, l'indirizzo ed il recapito telefonico della sede*)

quale _____ soggetto _____ gestore _____ del _____ servizio _____ (indicare solo uno tra casa-residenza per anziani non autosufficienti, centro diurno assistenziale per anziani, assistenza domiciliare, centro socio-riabilitativo semi-residenziale per disabili, centro socio-riabilitativo residenziale per disabili) accreditato transitoriamente o provvisoriamente con _____ (specificare tipo di atto) del _____ n. _____ (citare eventuali atti successivi, come modifiche e integrazioni sino all'ultimo rilasciato), individuato dal Piano di adeguamento quale "unico soggetto responsabile della gestione unitaria" (solo per gli accreditamenti transitori),

CHIEDE

Il rilascio dell'accreditamento definitivo del servizio sopra indicato, ai sensi della L.R. 2/2003 e s.m.e i., della L.R. n. 4/2008 e della DGR 514/2009, *per la seguente tipologia di servizio:*

() casa-residenza per anziani non autosufficienti per _____ posti (*indicare il numero totale comprensivo di quanto specificato successivamente*), comprensivi della possibilità di:

() di inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DD DGR 514/2009);

☐ di inserimenti dedicati all'accoglienza temporanea di sollievo (Allegato DH);

☐ di un nucleo residenziale dedicato alle persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DE) per un numero di ____ posti;

☐ di un nucleo residenziale dedicato all'accoglienza temporanea di persone con demenza e gravi disturbi del comportamento e/o cognitivi (allegato DG) per un numero di ____ posti;

☐ centro diurno assistenziale per anziani per ____ posti, oppure

☐ centro diurno assistenziale dedicato per demenze (allegato DF) per ____ posti;

☐ assistenza domiciliare

☐ centro socio-riabilitativo semi-residenziale per disabili per _____ posti

☐ centro socio-riabilitativo residenziale per disabili (*indicare il numero totale comprensivo di quanto specificato successivamente*), comprensivi della possibilità :

☐ di inserimenti individuali di persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DD DGR 514/2009);

☐ di inserimenti dedicati all'accoglienza temporanea di sollievo (Allegato DH);

☐ di un nucleo residenziale dedicato alle persone con gravissima disabilità acquisita (allegato DE) per un numero di ____ posti;

dando atto che quanto richiesto rientra tra i servizi attualmente accreditati che vengono assicurati sulla base dei contratti di servizio in essere.

A tal fine e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445;

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000;

sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

- che il servizio per il quale si richiede l'accreditamento definitivo è in possesso dell'autorizzazione al funzionamento del servizio _____ (*solo se l'autorizzazione è prevista dalla normativa vigente, da nn compilare per l'assistenza domiciliare*) in corso di validità (*citare estremi del provvedimento di rilascio autorizzazione*) rilasciata da _____ in data _____ con atto _____ per numero complessivo di posti _____ (*per le CRA indicare il numero complessivo di posti autorizzati come Casa protetta e RSA*);

- di attestare che il piano di adeguamento dell'organizzazione e della gestione è stato realizzato nelle forme e nei modi specificatamente indicati nell'allegato a; (*solo per i servizi accreditati transitoriamente*);

- di dare atto di essere nella condizione e di impegnarsi ad assicurare la garanzia della responsabilità gestionale unitaria ed in particolare mediante l'individuazione della forma (specificare 1a o 1b)

prevista nell'allegato A della DGR 514/2009, nelle forme e nei modi specificatamente indicati nell'allegata relazione che attesta la realizzazione del piano di adeguamento e del raggiungimento di alcuni requisiti essenziali, redatta sulla base dello schema minimo regionale;

- di garantire ed impegnarsi a mantenere la erogazione del servizio per il quale richiede l'accreditamento definitivo nel rispetto dei requisiti di cui all'allegato 1 della DGR 514/2009 e degli allegati ____ (*indicare allegati specifici con riferimento a situazioni particolari DD, DE, DF, DG, DH*) a decorrere dalla data del rilascio dell'accreditamento definitivo, come indicato al punto 5.2 della DGR 514/2009, e a tal fine di rendere disponibile la documentazione e la evidenza di quanto sopra in allegato e mediante eventuali integrazioni, entro comunque i tempi che verranno indicati dal Soggetto istituzionalmente competente al fine di consentire la verifica tecnica del possesso dei requisiti;

- di applicare il trattamento previsto dal/dai contratto/i collettivo/i di lavoro _____ (*citare contratto/i collettivo/i applicato/i*) e dalla contrattazione di secondo livello e la piena contribuzione previdenziale ed assicurativa, nel rispetto di quanto disposto dal precedente punto 6.2, lettera h) Allegato 1 DGR 514/2009;

- di impegnarsi ad accettare in forma scritta entro i 30 giorni successivi all'adozione dell'atto regionale di approvazione del sistema di remunerazione dei servizi accreditati definitivamente detto sistema, dando atto di essere consapevole che in caso di non accettazione la presente domanda non potrà aver seguito e che anche successivamente al rilascio dell'accreditamento definitivo l'attuale sistema di remunerazione dell'accreditamento transitorio rimarrà comunque in vigore sino alla completa verifica del possesso dei requisiti ed alla effettiva erogazione del servizio sulla base di più elevati standard previsti dai requisiti dell'accreditamento definitivo;

- di non incorrere nelle cause di esclusione dalla capacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione, di cui all'art. 38 del d.lgs. 163/2006 e successive modificazioni ed integrazioni;

- di non incorrere nelle clausole di esclusione dalla capacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione, previste dagli art. 10 e 10 sexies L. n. 575/1965 e norme antimafia;

- di assicurare la piena regolarità fiscale, contributiva, previdenziale e assicurativa, dei rapporti di lavoro dipendenti e assimilati, dando atto di essere consapevole che il mancato rispetto di questo obbligo è causa sufficiente per la decadenza dell'accreditamento definitivo.

Si allega relazione che attesta la realizzazione del piano di adeguamento (come da schema minimo regionale) (solo per i servizi accreditati transitoriamente);

Il sottoscritto si riserva di integrare, prima del rilascio dell'accreditamento definitivo e comunque entro il termine indicato dal Soggetto istituzionale competente per la verifica tecnica dei requisiti, la documentazione allegata sulla base di richieste del Soggetto Istituzionale competente o per propria iniziativa.

Data _____

Firma/e

n. allegati _____

NB. La domanda e la documentazione, eventualmente inviata anche successivamente, devono essere inviate esclusivamente in formato digitale all'indirizzo di posta elettronica certificata del soggetto istituzionale competente al rilascio dell'accreditamento dei servizi sociosanitari.

Allegato a**SCHEMA MINIMO RELAZIONE CHE ATTESTA REALIZZAZIONE DEL PIANO DI ADEGUAMENTO E DEL RAGGIUNGIMENTO DI ALCUNI REQUISITI ESSENZIALI**

In premessa è bene fare riferimento ai contenuti evidenziati nella Relazione annuale relativa all'attività svolta nel 2013 già stata trasmessa in data _____.

- 1) Evidenziare il livello già raggiunto o i modi, le azioni ed i tempi per il raggiungimento della responsabilità gestionale unitaria in ordine a:

processo socio-socioassistenziale

assistenza infermieristica e riabilitativa

riscossione rette

gestione amministrativa

coincidenza tra autorizzazione al funzionamento ed accreditamento.

Inoltre evidenziare:

- a) **OSS, raggiungimento del livello di qualificazione previsto all'allegato DB della DGR 514/09**

SI ☐ **NO** ☐ specificare il livello di qualificazione utilizzando lo schema di seguito riportato

Attestazione rispetto livello qualificazione OSS. *Personale in attività nel servizio alla data di presentazione della domanda (da riferirsi al servizio da accreditare)*

	A	B	C	D	A + B + C + D
	Operatori con qualifica OSS	Operatori con qualifica di Addetto all'assistenza di base (ADB) o di Operatore tecnico di assistenza (OTA)	Operatori inseriti in percorsi di formazione sul lavoro per l'acquisizione della qualifica di OSS	Operatori privi di qualifica	N. Totale operatori assistenziali
Totale	n.....	n.....	n.....	n.....	n.....
Percentuale di riga sul totale operatori	%		%	%	100 %

b) PERSONALE : Dipendenza e dipendenza funzionale degli operatori

Con riferimento a quanto previsto nell'allegato A (" La responsabilità gestionale unitaria è assicurata innanzitutto attraverso rapporti di lavoro di dipendenza instaurati direttamente con il soggetto gestore del servizio accreditato, ma anche mediante il ricorso agli altri istituti e strumenti previsti dalla legislazione vigente e dai contratti di lavoro, purchè sia pur sempre riconducibile al soggetto gestore del servizio accreditato la dipendenza funzionale degli operatori coinvolti nel percorso assistenziale e l'organizzazione complessiva del servizio") indicare il tipo di rapporto degli operatori del servizio.

	Nr operatori o numero ore settimanali se inferiore ad una unità	Percorso Completato SI/ NO	Dipendenza dal soggetto gestore Numero operatori	Altri istituti e strumenti che assicurano comunque la dipendenza funzionale dal soggetto gestore Numero operatori	Altre forme Numero operatori
OSS					
EDUCATORE					
ANIMATORE					
COORD. RESP.					
RAA					
RESP ATT.SAN					
FISIOTERAPISTA					
INFERMIERE					

Descrivere brevemente le situazioni, evidenziare e motivare eventuali situazioni specifiche.

c) Attestazione del rispetto di alcuni requisiti

Fermo restando il riferimento a quanto evidenziato nella Relazione annuale relativa al 2013 e a quanto verrà ulteriormente specificato in merito alle modalità ed ai tempi della verifica dei requisiti, in prima istanza occorre attestare almeno il possesso dei seguenti requisiti, fatta salva la facoltà di ampliare tale attestazione.

-) **PERSONALE** : sono stati definite le funzioni e i ruoli tecnico-professionali con l'assegnazione delle rispettive responsabilità (funzionigramma), R.G 2.3

-) **PERSONALE** : Area della responsabilità ,sono stati individuati le seguenti responsabilità

Indicare:

- **Responsabile/i per il miglioramento, R.G. 10.1**
- **Responsabile per la formazione, R.G. 6.6**
- **Responsabile per il conseguimento degli obiettivi di qualità, R.G. 1.6**

NB. In caso di individuazione ancora non avvenuta, indicare i motivi e la data entro la quale verrà svolta individuazione ed assunzione del ruolo

-) COMUNICAZIONE, TRASPARENZA, PARTECIPAZIONE : Carta dei Servizi ,comunicazione e coinvolgimento degli utenti e familiari,R.G 3.1

- **la Carta dei Servizi è stata aggiornata in data __/__/__ è stata diffusa ad utenti e familiari**

SI ☐ NO ☐ tempi previsti per la diffusione __/__/__

-) FORMAZIONE , selezione degli operatori e piano della formazione

- **Selezione del personale . sono esplicitate le modalità attraverso le quali il servizio seleziona il personale ? R.G . 6.1**
- **E' stato redatto ed è in fase attuativa il piano della formazione come da indicazioni riportate dalla DGR 514/09 ? R.G 6.7**

Illustrare **Redazione** e la conseguente attuazione del piano per la formazione anno 2014

-) PROCESSI E PROCEDURE GENERALI ,protezione dalle forme di abuso

E' stata definita ed attuata la procedura per la gestione dei reclami ? R.G 8.7