

Al Comune di

In persona del
Sindaco
Pro Tempore

All'assessore
Ai Servizi Sociali
Del Comune Di

Pro Tempore

All'Azienda
Sanitaria di

In persona del legale
rappresentante
pro tempore

e p.c.

**All'Ente gestore
del centro**

In persona del legale
rappresentante
pro tempore

Oggetto: istanza di conversione temporanea dei servizi fruiti dal Sig./
Sig.ra _____ presso il centro _____ sito a
_____ in prestazione individuali ex art.48 D.L. n. 18 del 17.3.2020.

Io sottoscritta/o _____, nata/o a _____ il _____ in qualità di

Diretto interessato,

o

Genitore

Amministratore di sostegno

Tutore

Altro _____

di _____, nato a _____ il _____

che all'atto della sospensione frequentava il centro _____ sito a _____ in
via _____ con i seguenti orari e nei seguenti
giorni _____

considerato che:

- Con il D.L. 17 marzo 2020 n. 18 è stata sospesa fino al 3 aprile, salvo successiva proroga, l'attività dei centri semiresidenziali, comunque denominati, a carattere socio-assistenziale, socio-educativo, polifunzionale, socio-occupazionale, sanitario e socio-sanitario per persone con disabilità;
- il centro.....,avendone le caratteristiche, è rientrato nella suddetta sospensione;
- **il nucleo familiare**, sta fronteggiando con dedizione in nuovo difficile scenario conseguente alla chiusura del centro e alla improvvisa interruzione dei contatti sociali, **tentando di supportare il proprio congiunto con disabilità con enormi sforzi**, anche al fine di scongiurare i moltissimi rischi cui egli va incontro in termini di rapida perdita delle competenze e autonomie acquisite con fatica nel tempo;
- nonostante gli sforzi, **la famiglia non riesce a sostituire efficacemente anche il fondamentale apporto umano e professionale in termini di risposta al bisogno socioassistenziale/sociosanitario di cui il nostro congiunto con disabilità normalmente gode frequentando il centro**, con tutte le ripercussioni negative che ne conseguono;
- l'art. 48 co. 1 del D.L. 17 marzo 2020 prevede, come soluzione applicabile durante la sospensione delle attività nei centri di cui sopra, che *"le pubbliche amministrazioni forniscano, avvalendosi del personale disponibile già impiegato nei servizi sospesi dipendente da soggetti privati che operano nei servizi in convenzione, concessione o appalto, prestazioni in forme individuali domiciliari o a distanza o resi nel rispetto delle direttive sanitarie negli stessi luoghi ove si svolgono normalmente i servizi senza ricreare aggregazione"*;
- le prestazioni svolte presso il centro possono essere, quindi, convertite in attività **individuali domiciliari o a distanza**;
- la conversione si rende necessaria per proseguire il percorso già portato avanti e mantenere i risultati ottenuti dal mio familiare nonché per **garantire una forma di sollievo alla famiglia**, già fortemente sovraccaricata dalla situazione conseguente all'emergenza in atto;

con la presente

chiedo

che, per tutto il periodo di sospensione delle attività del centro.....al fine di dare continuità alle attività normalmente svolte presso lo stesso dal Sig./dalla Sig.ra..... e offrire anche sollievo alla famiglia, siano attivate, salvo facoltà di rinuncia in qualunque momento, le prestazioni individuali domiciliari alternative preferibilmente nella seguente modalità:

- prestazioni in forme individuali domiciliari;**
- prestazioni in forme individuali o non a distanza;**
- prestazioni negli stessi luoghi ove si svolgono normalmente i servizi senza ricreare aggregazione.**

impegnandomi a garantire, durante lo svolgimento del servizio, l'adozione delle precauzioni e il rispetto delle misure di sicurezza volte ad contrastare il contagio da COVID-19, che mi saranno da voi indicate, chiedendo, al contempo, l'osservanza delle corrispondenti prescrizioni di legge gravanti su codeste Amministrazioni o su chi da voi incaricato a garantire detto servizio.

Il tutto predisposto con la finalità di garantire la massima tutela della salute di operatori e utenti e loro familiari.

Vista l'urgenza di garantire nell'immediatezza, una risposta al bisogno socio sanitario/socioassistenziale anche in questo momento di sospensione delle ordinarie modalità di svolgimento delle attività, pertanto, sollecito le competenti amministrazioni affinché **si attivino tempestivamente**, ognuna per la parte di propria competenza, **a concordare con l'ente gestore del centro..... e la sottoscritta/o** termini e modalità di svolgimento del servizio richiesto.

In calce alla presente si comunicano i recapiti sui quali chiedo che mi venga fornito urgente riscontro.

Distinti saluti,

Data _____

Firma richiedente _____

Firma per presa visione del genitore o persona di riferimento del richiedente

(in caso di richiesta compilata direttamente dal fruitore dei servizi)

Recapiti: _____