



1° Dipartimento
Servizi Sociali

CITTA' DI PALAGONIA

COMUNE DI PALAGONIA

Provincia di Catania

Ore: 9.13 del 23/05/2017

Prot. 0507700 2017 Uscita

del contratto 0000 - RASINASUNO



0717000770022010000000

Prot.

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D20

(PALAGONIA, SCORDIA, MILITELLO V.C., RADDUSA, RAMACCA, CASTEL DI IUDICA)

OGGETTO: Avviso Pubblico per l'Istituzione di un Albo Distrettuale di accreditamento di soggetti del terzo settore per la fruizione di Prestazioni Integrative del Progetto Home Care Premium 2017 a favore dei dipendenti Pubblici e dei loro familiari (INPS, ex gestione INPDAP).

RENDE NOTO

Che il Comune di Palagonia in qualità di Comune capofila del Distretto socio-sanitario D20, intende avviare una procedura di evidenza pubblica per la costituzione di un elenco/albo per l'accreditamento di soggetti del terzo settore per la fruizione di Prestazioni Integrative previste dal Progetto Home Care Premium 2017; Tale procedura implica la raccolta delle istanze da parte dei soggetti interessati e la costituzione di un apposito elenco/albo formato dai richiedenti in possesso dei requisiti indicati nel presente avviso.

Le domande dovranno pervenire dal 23/05/2017 al 09/06/2017

Palagonia, li 23/05/2017



IL Capo Dipartimento
Salvatore Strazzieri

(BANDO PER LA COSTITUZIONE DI UN ALBO DI ACCREDITAMENTO HOME CARE PREMIUM 2017)

Art. 1 – Ente proponente

Comune di Palagonia – Capofila del Distretto Socio-Sanitario D20
Piazza Municipio s.n.

Tel. 095 7958612 Fax 095 795697

E-mail: homecarepremium@comunepalagonia.gov.it

sito Web: www.comune.palagonia.ct.it

Art. 2- Oggetto del bando

Il presente avviso pubblico ha per oggetto l'istituzione di un albo Distrettuale di accreditamento per soggetti del terzo settore e il loro inserimento in un Albo unico d'Ambito a cui i dipendenti pubblici e loro familiari possono rivolgersi per l'erogazione dei servizi delle Prestazioni Integrative del Progetto Home Care Premium 2017.

I Servizi in oggetto di prestazioni integrative sono i seguenti:

- A) **Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio sanitari ed educatori professionali:** Interventi integrativi e complementari svolti da operatori socio-sanitari ed educatori professionali. E' escluso l'intervento di natura professionale sanitaria.
- B) **Altri servizi professionali domiciliari:** Servizi professionali resi, da psicologi, come supporto alla famiglia, da fisioterapisti, logopedisti.
- C) **Servizi e strutture a carattere extra domiciliare:** Interventi integrativi e complementari di natura non sanitaria, per la crescita delle capacità relazionali o cognitive, il potenziamento delle abilità, e la prevenzione e il rallentamento della degenerazione che incide sul livello di non autosufficienza, da svolgersi esclusivamente presso centri socio educativi riabilitativi diurni per disabili, centri diurni per anziani, centri di aggregazione giovanile, centri per l'infanzia.
- D) **Sollievo:** A favore del nucleo familiare, per il recupero delle energie psicofisiche necessarie all'assistenza del beneficiario, interventi di sollievo domiciliare, diurna extra domiciliare e residenziale, qualora l'incapacità funzionale non è integralmente soddisfatta dai "servizi pubblici", ma è integrata da uno o più familiari conviventi o non conviventi attraverso le cosiddette "cure familiari".
- E) **Trasferimento assistito:** Servizi di accompagnamento, trasporto o trasferimento assistito per specifici e particolari necessità (visite mediche, accesso al centro diurno etc.), articolati in trasporto collettivo/individuale senza assistenza, con assistenza, con assistenza carrozzata e trasporto barellato. Qualora il budget assegnato agli utenti destinatari del servizio sia sufficiente ovvero con integrazione a carico dell'ambito o dell'Ente pubblico convenzionato potrà essere acquistato un mezzo dedicato e idoneo al trasporto disabili, che resterà di proprietà dell'Ambito o dell'Ente pubblico.
- F) **Pasto:** Servizio di consegna a domicilio, esclusa fornitura.

H) **Percorsi di integrazione scolastica:** Servizi di assistenza specialistica ad personam in favore di studenti con disabilità volti a favorire l'autonomia e la comunicazione, così come indentificati dall'articolo 13, comma 3 della Legge 104/1992. Hanno diritto all'assegnazione di tale prestazione integrativa, nei limiti del budget individuale, esclusivamente gli studenti con accertamento di handicap ex legge 104/1992. L'intervento potrà essere fornito sia all'interno che all'esterno della scuola e anche al di fuori dell'orario scolastico.

I) **Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale:** Servizi rivolti a persone in età da lavoro di ausilio alla ricerca di un'occupazione idonea rispetto alle abilità e capacità personali ovvero di orientamento per intraprendere un percorso formativo finalizzato all'acquisizione di competenze necessarie all'inserimento nel mondo del lavoro avendo riguardo dei limiti legati alla condizione di non autosufficienza. Servizi rivolti a valorizzare le diverse abilità della persona non autosufficiente anche non propriamente finalizzate alla percezione di un guadagno.

L) **Servizi per minori affetti da autismo:** Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo. M) **Servizio di attività sportive rivolte a diversamente abili:** Servizi sportivi rivolti a non autosufficienti per potenziare le diverse abilità e favorire la crescita del livello di autonomia, di autostima, di capacità relazionali e di gestione dell'emotività.

N) **Servizi differenziati in base alle esigenze del territorio di riferimento**

Art. 3 – Requisiti per l'ammissione all'Albo

Possono essere ammesse a selezione per l'accreditamento le cooperative sociali in possesso dei seguenti requisiti:

- a. Iscrizione all'Albo Regionale, sezione assistenza domiciliare anziani c/o disabili e/o minori;
- b. Sede operativa nel territorio del Distretto D20;
- c. Inesistenza di cause di esclusione di cui all'art 38 del D.Lgs. 163/2006;
- d. Regolarità degli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali a favore dei lavoratori dipendenti e/o soci (DURC);
- e. Adozione della carta dei servizi con dettagliata modalità operativa di erogazione dei servizi domiciliari;
- f. Regolarità tributi comunali (servizio idrico-TARSU/IASI- ICI/IMU...)

Art. 4 – Modalità di presentazione delle domande di accreditamento

La domanda, in carta libera, di iscrizione all'Albo, (corredata da copia della carta d'identità in corso di validità) va redatta esclusivamente sul modello appositamente predisposto (allegato sub B), e deve essere corredata dai documenti di cui al precedente art. 3.

Art. 5 – Istruttoria per l'iscrizione all'Albo

L'Albo ha carattere aperto ed è possibile presentare domanda di iscrizione dalla data di pubblicazione del presente avviso. Dopo l'avvenuta iscrizione saranno possibili eventuali aggiornamenti dei dati.

La domanda in carta libera, di iscrizione all'Albo, contenente la firma debitamente autenticata, (corredata da copia della carta d'identità in corso di validità) va redatta esclusivamente sul modello appositamente predisposto (allegato sub B), disponibile presso l'ufficio Servizi Sociali, sul sito del comune o presso l'ufficio Servizi Sociali di ciascun Comune del Distretto.

La domanda di iscrizione, corredata da tutti i documenti richiesti, deve essere contenuta in una busta debitamente chiusa e riportante all'esterno:

"Avviso pubblico per la costituzione di un albo di accreditamento soggetti del terzo settore Home Care premium 2017"

La domanda va indirizzata a:

Comune di Palagonia (CT)

Ufficio Servizi Sociali

Piazza Municipio s.n.

95046 Palagonia

La domanda può essere spedita a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento o presentata a mano direttamente all'Ufficio Protocollo del Comune di Palagonia.

Il Comune di Palagonia non assume responsabilità per la mancata consegna delle domande dovuta alla inesatta indicazione del recapito da parte del candidato, né per eventuali disguidi della corrispondenza imputabili a terzi, caso fortuito o forza maggiore.

Art. 6 – Sottoscrizione del Patto di accreditamento

Dopo l'espletamento delle procedure di accreditamento, si procederà alla definizione e sottoscrizione del Patto di accreditamento (allegato C) nel quale sono precisate le disposizioni e le condizioni che regolano i rapporti tra le parti.

In seguito alla sottoscrizione del Patto di accreditamento il fornitore verrà iscritto nell'Albo Distrettuale per il Progetto Home Care Premium 2017.

Art. 7 – Organizzazione del sistema di erogazione

- a. La scelta della Cooperativa è effettuata dai Dipendenti Pubblici e dei loro familiari, che possono scegliere liberamente tra le cooperative accreditate, dandone comunicazione all'operatore di sportello Home Care del Comune di Palagonia;
- b. L'avvio degli interventi deve essere assicurato nei termini previsti dal Patto di accreditamento. In casi di urgenza, opportunamente concordati, l'attivazione deve essere effettuata entro 48 ore. La Cooperativa deve coordinarsi preventivamente con l'operatore di sportello Home Care del Comune di

- Palagonia per la conoscenza dell'utente e per la presentazione dell'operatore designato all'esecuzione del servizio;
- c. E' indispensabile assicurare nel tempo un rapporto personalizzato operatore-utente. Il ricorso alla rotazione degli operatori deve dunque limitarsi alle sostituzioni per assenze temporanee o per cessazione dal servizio o per espressa richiesta motivata da parte dell'utente che viene inoltrata direttamente all'ufficio Sportello Home Care Premium . Di norma le assenze dell'operatore devono essere comunicate in anticipo all'utente o alla persona di riferimento designata dall'utente e la sua sostituzione deve essere assicurata tempestivamente, in modo da non determinare interruzioni, sospensioni o ritardi nell'esecuzione degli interventi.
 - d. La Cooperativa non può modificare di propria iniziativa il piano di assistenza. Le eventuali proposte di modifica/sospensione (per esempio ricoveri ospedalieri, rifiuto delle prestazioni, difficoltà tra operatore e utente, ecc) devono essere valutate e concordate con lo sportello Home Care Premium del Comune di Palagonia.

Art. 8 – Liquidazione

Il Comune di Palagonia liquiderà al fornitore su presentazione di fatture accompagnate da:

- a. Una scheda di rendicontazione che specifichi le tipologie delle prestazioni e le modalità di erogazione del servizio indicate nel Piano di Assistenza controfirmate dall'utente o dalla persona di riferimento designata dall'utente ;
- b. Copia della documentazione attestante i versamenti mensili dei contributi relativi agli operatori impegnati nei servizi di accreditamento.

Sarà cura del Responsabile di Area predisporre, nel corso del periodo del progetto Home Care premium 2017, momenti di verifica sull'andamento del servizio anche attraverso colloqui con le persone interessate, i familiari e con visite domiciliari.

Art. 9 – Impegni cui devono conformarsi i fornitori accreditati

E' inteso che, relativamente al personale impiegato, qualificato nel servizio, i fornitori devono conformarsi ai seguenti obblighi:

1. rispettare, per gli operatori impiegati nel servizio, tutte le norme e gli obblighi assicurativi previsti dalle leggi vigenti di settore;
2. presentare copia di tutti i documenti atti a verificare la corretta corresponsione delle retribuzioni, nonché dei versamenti contributivi del personale impiegato per l'esecuzione dei servizi di assistenza ;
3. sostituire il personale impiegato qualora si rivelasse inidoneo o inadeguato allo svolgimento del servizio;
4. fornire una dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 (artt. 46 e 47) attestante che la Ditta è in regola con gli adempimenti dettati in materia di

prevenzione e protezione dai rischi nei luoghi di lavoro (D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.).

Oltre a quanto indicato nei punti precedenti i fornitori sono altresì tenuti a:

1. garantire la riservatezza di tutte le informazioni inerenti al servizio e gli utenti ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs 30.06.2003, n. 196;
2. osservare le disposizioni del D. L.gs 626/94 e successive integrazioni e modificazioni e comunicare, alla stipula del contratto il nominativo del Responsabile della Sicurezza.

La non osservanza di uno degli impegni sopra indicati può comportare la cancellazione dall'Albo unico del Distretto.

Art. 10- Rinvio

Per tutto quanto non contemplato nel presente capitolato di accreditamento si fa rinvio alle leggi e alle disposizioni vigenti.



**Il Capo Dipartimento
Salvatore Strazzieri**

Allegato sub B

(schema domanda accreditamento)

AL COMUNE DI PALAGONIA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI
PIAZZA MUNICIPIO
95046 PALAGONIA

OGGETTO: Domanda di accreditamento all'Albo unico del Distretto D20 progetto "HOME CARE PREMIUM 2017"

Il/la
sottoscritto/a _____
Nato/a _____
Residente in _____
Via _____
in qualità di legale rappresentante Cooperativa Sociale _____ con sede
legale a _____ in Via _____ n. _____
con sede operativa in _____ Via _____ n. _____
Cod. Fisc. _____ P. IVA _____
N. Telefono _____ N. Fax _____
E-mail _____

CHIEDE

Di essere accreditato, per la fornitura dei servizi di:
Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio sanitari ed educatori professionali
Altri servizi professionali domiciliari
Servizi e strutture a carattere extra domiciliare
Sollievo
Trasferimento Assistito
Pasto
Percorsi di integrazione scolastica
Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale
Servizi per minori affetti da autismo
Servizi di attività sportive rivolte a diversamente abili
Servizi differenziati in base alle esigenze del territorio di riferimento.

DICHIARA:

1. di conoscere, aver preso visione e accettare incondizionatamente, in ogni sua parte ed elaborato, il contenuto del "PATTO DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE A FAVORE DI DIPENDENTI PUBBLICI E LORO FAMILIARI PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2017" nonché l'iter procedimentale dell'accREDITamento;
2. di essere regolarmente iscritto a: _____
competente per territorio (precisare estremi di iscrizione) _____

3. che la sede INPS di competenza presso la quale richiedere la certificazione attestante la regolarità dei versamenti contributivi è la seguente _____
- 4 di non essere soggetto a cause di esclusione ai sensi dell'art. 38 del D.Lgs. n. 163/2006;
5. di applicare integralmente, nei confronti dei propri dipendenti addetti ai servizi oggetto di accreditamento e anche nei confronti dei soci, tutte le norme e gli obblighi assicurativi previsti dalle leggi vigenti di settore;
6. di avere adottato la Carta dei Servizi;
7. di impegnarsi ad erogare tutti i servizi/interventi socio-assistenziali oggetto di accreditamento a favore dei Dipendenti pubblici e loro familiari
8. che la sede operativa nel territorio del Distretto D20 è ubicata nel Comune di _____ in Via _____ Tel. _____;
9. che le generalità delle persone autorizzate a rappresentare ed impegnare legalmente la Cooperativa le seguenti:

Allega

- curriculum della Cooperativa Sociale;
- certificato di iscrizione secondo quanto previsto dall'art.3;
- copia dell'atto costitutivo e statuto;
- organico della Cooperativa con relazione sulle caratteristiche professionali di quanti vi operano;
- copia della carta dei servizi;
- copia di eventuali certificazioni di qualità.

CHIEDE

che ogni comunicazione relativa al presente bando di accreditamento sia comunicata al seguente indirizzo _____ n.fax. _____ E-mail _____

DATA _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(Le dichiarazioni di cui sopra devono, nel rispetto della normativa vigente, recare la sottoscrizione semplice accompagnata dalla fotocopia del documento di identità, in corso di validità, del dichiarante - ex D.P.R. n. 445/2000)

(Allegato Sub C)

PATTO DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI A FAVORE DI DIPENDENTI PUBBLICI E LORO FAMILIARI PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2017

Il Comune di Palagonia, in quanto Comune capofila del Distretto Socio-Sanitario D20, con sede legale in piazza Municipio, c.f. 82001870870 rappresentato dalla dipendente, in qualità di Dirigente dei Servizi Sociali autorizzata a stipulare il presente atto

la Coop.va Sociale _____ E _____
sede in _____ Via _____ codice
fiscale _____ nella persona del Legale
Rappresentante Sig. _____ nato a
_____ e residente in _____ Via _____ domiciliato per la
carica presso la sede della _____

DATO A TITO CHE

la _____, in quanto in possesso dei requisiti richiesti, è stata accreditata come da verbale n. _____ del _____, allo svolgimento di prestazioni per il Progetto Home Care Premium 2017 a favore di dipendenti pubblici e loro familiari;

CONCORDANO QUANTO SEGUE:

Art. 1 - Finalità del Patto di Accreditamento e valore contrattuale del servizio

1. Il Patto di Accreditamento lega tra loro, in un contesto di relazione fiduciaria, i soggetti pubblici e privati non profit, che lo sottoscrivono in quanto attori dell'assistenza domiciliare. 2. Finalità del Patto sono in particolare quelle di:

a) garantire la realizzazione di un servizio soddisfacente attraverso l'attivazione di funzioni utili ad esprimere e/o rilevare il livello di qualità percepito dalla persona assistita e/o dai suoi familiari.

2. L'erogazione del corrispettivo è subordinato alla regolare esecuzione della prestazione certificata e rendicontata secondo quanto previsto nell'art. 8 del bando di accreditamento.

Art. 2 - Prestazioni oggetto dell'accREDITAMENTO

1. Le prestazioni da erogare sono quelle previste dal Bando Inps Home Care Premium 2017 Regolamento-tipo sull'organizzazione dei servizi socio-assistenziali in Sicilia (D.P. 28 maggio 1987), e definite nel piano di assistenza dell'utente.

2. In relazione al servizio erogato, l'organizzazione accreditata dichiara di:

- essere in grado di garantire tutte le prestazioni richieste, per le quali stipula il presente patto, nel territorio dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario D20 , attraverso idonea dotazione di personale retribuito, strumenti e mezzi, attuando i piani di assistenza.
- prendere in carico tutti gli utenti che ne facciano richiesta per lo specifico servizio per il tramite dello sportello Home Care Premium 2017,

- essere dotata di carta dei servizi che risulti fruibile dalle famiglie dell' ambito;
 - essere in grado di attivare il servizio, per il quale chiede l'accreditamento, entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta presentata dai Comuni del Distretto Socio-Sanitario D20;
 - garantire l'erogazione delle prestazioni dal lunedì al sabato negli orari concordati con l'operatore dello sportello Home Care premium 2017 del Comune di Palagonia ed il beneficiario delle prestazioni nel Piano di assistenza;
 - essere dotata di supporti informatici sufficienti a sostenere la gestione e l'elaborazione dei dati degli utenti, nel rispetto della normativa sulla privacy;
 - individuare un referente unico per l'attivazione, sospensione, modifica, rendicontazione delle prestazioni erogate;
 - inviare tempestivamente comunicazioni di sospensioni, variazioni già attivati utilizzando i moduli predisposti dal Distretto Socio-Sanitario e secondo le modalità comunicate.
3. In relazione al personale impiegato, l'organizzazione dichiara di:
- presentare un protocollo con la descrizione delle modalità e delle procedure d'intervento degli operatori dei servizi di assistenza domiciliare ;
 - garantire competenza e diligenza degli operatori dei servizi di assistenza domiciliare utilizzati per svolgimento delle prestazioni;
 - prevedere un programma di formazione e/o aggiornamento almeno annuale di tutto il personale;

Art. 3 - Pagamenti

L'ente accreditato dichiara di accettare il sistema tariffario, i sistemi di rendicontazione, valutazione e di controllo stabiliti dal Distretto Socio-Sanitario D20 per l'erogazione delle prestazioni rese ai dipendenti pubblici e loro familiari;

- A decorrere dall'avvio dell'erogazione del servizio, l'Ente Accreditato emette mensilmente regolare fattura al Comune di Palagonia D20, corredata della necessaria documentazione come da art. 8 del bando di accreditamento;

Il Comune di Palagonia Distretto D20 si impegna a liquidare, entro i termini previsti per legge, i corrispettivi delle prestazioni, effettivamente rese ai dipendenti pubblici e loro familiari. Nel caso di irregolarità nella fatturazione, il pagamento verrà effettuato solo ad avvenuta regolarizzazione delle stessa.

Art. 4 – Garanzie

L'ente accreditato:

- si impegna a mantenere gli standard di servizio individuati dal Distretto Socio-Sanitario D20 assumendo la responsabilità della qualità delle prestazioni e delle attività poste in essere dai propri operatori;
- In caso di revoca della scelta da parte dell'assistito, della Cooperativa sociale e/o dell'operatore l'organizzazione dovrà comunque assicurare la continuità assistenziale fino al momento in cui l'assistito stesso non abbia individuato una nuova organizzazione nel mese successivo;
- applica al trattamento dei dati le misure previste dalla Legge in materia di privacy;
- dichiara di disporre di idoneo contratto assicurativo di responsabilità Civile esonerando il Comune di Palagonia D20 da ogni responsabilità per eventuali danni a utenti o a terzi derivanti dall'espletamento del servizio.

Art. 5 – Controlli

Il Comune di Palagonia D20:

- può effettuare idonei controlli diretti ad accertare sia la veridicità delle dichiarazioni rese sia la qualità del servizio di assistenza domiciliare , con facoltà di revoca dell'accreditamento, nel

rispetto delle disposizioni previste dalla Legge 241/90 e invierà comunicazione in caso di attivazione, sospensione, modifica, proroga e chiusura del voucher sociale.

Art. 6 – Durata e risoluzione del Patto di accreditamento

Il presente Patto di Accreditamento ha validità di mesi trentasei a decorrere dalla data di sottoscrizione e può essere risolto dal Distretto Socio-Sanitario D20 nelle seguenti fattispecie:

- gravi violazioni degli obblighi, previsti dal presente Patto, da parte dell'organizzazione accreditata;
- la non accettazione della prese in carico dell'utente;
- impiego di personale professionalmente non idoneo e qualificato da parte dell'organizzazione accreditata.

Le cause di risoluzione hanno efficacia a seguito di mancata osservanza di formale diffida inviata con raccomandata A.R. dal Comune di Palagonia D20.

Per quanto non specificato nel presente documento si fa rinvio alle legge e alle disposizioni vigenti, nonché a quanto previsto nel Regolamento-tipo sull'organizzazione dei servizi socio-assistenziali in Sicilia.

Letto, approvato e sottoscritto.

Palagonia, li

*Il Capo Dipartimento
del Distretto socio-Sanitario D20*

*Il Legale rappresentante
dell'Ente Accreditato*