



CITTA' DI PALAGONIA Provincia di Catania

V Dipartimento

Servizi Sociali

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D20

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

OGGETTO: Avviso per l'accreditamento di soggetti attuatori del privato sociale di un Progetto sperimentale di assistenza domiciliare in favore di persone non autosufficienti nell'ambito del Programma Home Care Premium 2014 INPS, ex gestione INPDAP (Istituto Nazionale di Previdenza per i Dipendenti dell'Amministrazione Pubblica).

Il Coordinatore del Gruppo Piano-Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di Palagonia – capofila del Distretto socio-sanitario n. 20

Premesso che:

- tra le finalità del Distretto Socio Sanitario n. 20 e dell'amministrazione di Palagonia, Comune Capofila, c'è lo sviluppo di una rete interistituzionale tra enti pubblici e del privato sociale, capace di avviare sinergie tra le diverse componenti del sistema del welfare locale (assistenza, formazione, sociale e sanità) anche al fine di:

- migliorare la qualità di vita dei cittadini più fragili;
- favorire e sostenere l'autonomia dei cittadini bisognosi assicurando un adeguato sostegno assistenziale e sociale;
- sostenere le famiglie nel gravoso compito di assistere il familiare non autosufficiente sia minore che adulto;
- promuovere l'erogazione di prestazioni socio assistenziali diversificate e flessibili a domicilio evitando ricoveri impropri e l'esclusione sociale della persona più fragile.

- La Direzione Centrale dell'INPS Credito e Welfare nell'ambito delle iniziative sociali in favore dei propri assistiti NON autosufficienti, il 06 dicembre 2013 ha pubblicato un bando per l'accreditamento di ambiti territoriali, al fine di realizzare progetti sperimentali e

innovativi di assistenza domiciliare, in grado di divenire "best practice" nell'ambito dei modelli "Home Care" nazionale e internazionale;

- il citato bando punta alla realizzazione di progetti in grado di valorizzare in forma sinergica le risorse pubbliche, quelle messe a disposizione dell'Istituto e quelle familiari con il coinvolgimento in rete di attori indiretti: assistenti familiari, imprese sociali, associazionismo, volontariato e servizi di prossimità, CAF, e con contributi economici e voucher per l'accesso a prestazioni assistenziali.

Considerato che:

- Il Comune di Palagonia, ha risposto all'avviso pubblicato dall'INPS, ed è stato selezionato assieme al distretto di cui è capofila per l'attuazione di progetti sperimentali di assistenza rivolti a minori, adulti, o anziani non autosufficienti assistiti INPS, ex gestione INPDAP;

- per l'attuazione del programma HCP 2014, il Comune di Palagonia intende procedere secondo logiche integrate e sussidiarie come per altro auspicato dalla Legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e dal Regolamento del programma dell'INPS;

- il Progetto HCP 2014, ha durata annuale e prevede la gestione da parte del Comune di Palagonia dello sportello utenti che cura i contatti con i potenziali beneficiari, offre assistenza sociale, amministrativa e legale, realizza la formazione, l'informazione e la campagna di comunicazione, implementa la rete distrettuale di progetto ed il monitoraggio fisico ed economico delle attività (anche mediante soluzioni informatiche), e prevede altresì, l'affidamento a terzi delle attività accessorie domiciliari assistenziali voucherizzate, di sollievo e di prossimità mediante accreditamento.

Per quanto premesso e considerato, rende noto che:

**INTENDE PROCEDERE ALL'ACCREDITAMENTO PER LA CREAZIONE DI UN
ELENCO DISTRETTUALE**

di Enti e/o raggruppamenti in grado di fornire la filiera delle prestazioni domiciliari di assistenza e di prossimità secondo le prescrizioni del PAI.

Si tratta di soggetti in grado di fornire la gamma delle prestazioni integrative di cui all'avviso HCP 2014: assistenza domiciliare, servizi di trasporto, consegna pasto, servizi diurni di socializzazione e d'inclusione sociale e scolastica, servizi di sollievo per soggetti non autosufficienti ex assistiti INPDAP o per loro primi parenti adulti e/o minori.

Oggetto della proposta

L'attuale scenario socio demografico fa emergere una domanda di nuovi modelli di welfare, ed in particolare di servizi personalizzati di qualità a cui il sistema socio-assistenziale, attraverso percorsi sperimentali, può cercare di trovare risposte adeguate. Il progetto HCP 2014 nasce allo scopo di assicurare a soggetti non autosufficienti (pensionati ex-INPDAP e/o adulti e minori loro primi parenti) un'assistenza domiciliare qualificata, per prevenirne il ricovero in istituto o l'ospedalizzazione qualora non siano strettamente indispensabili e assicurare l'inclusione sociale.

In linea con ciò punta a mettere in campo, per ciascun beneficiario, una molteplicità d'interventi da gestire in modo mirato e flessibile, secondo un Piano Assistenziale che preveda sia prestazioni domiciliari di base, specialistiche, sia prestazioni diurne tutelari/riabilitative/socializzanti, sia servizi di sollievo, che vanno ad aggiungersi al trasferimento monetario direttamente erogato da INPS alla famiglia.

All'uopo, l'INPS intende sostenere l'assistenza di 120 utenti residenti nel DSS.20, attraverso Piani Assistenziali Individualizzati (PAI).

Nel PAI di ciascun beneficiario può essere presente sia il **contributo** per la retribuzione dell'assistente familiare sia una o più prestazioni integrative. Per queste ultime è previsto un importo variabile da 450,00 euro a 2.400,00 euro annui per gli adulti/anziani e da 900,00 a 4.687,00 euro annui per i minori ed i giovani studenti disabili.

Il progetto HCP 2014 è sperimentale, ai sensi dell'articolo 3 del Regolamento INPS ha decorrenza dal 1° marzo 2015 e si conclude il 30 novembre 2015, i Piani Assistenziali formati da prestazioni di base (trasferimenti monetari da parte di INPS ai beneficiari) e prestazioni socio-assistenziali integrative saranno avviati secondo indicazioni e tempistiche definite dall'Istituto.

Funzionamento del progetto:

Per accedere ai servizi previsti nell'ambito del progetto HCP 2014 gli assistiti a seguito della pubblicazione da parte dell'INPS dell'avviso rivolto agli utenti – prevista per febbraio 2015 - potranno presentare domanda telematicamente, **oppure recandosi presso lo Sportello HCP 2014 ubicato c/o la Segreteria del Sindaco a PALAGONIA, Piazza Municipio s.n.** Tale Sportello Distrettuale **funge da "Punto di Accesso", che è collegato in rete con gli altri Comuni del DSS n.20 e con l'INPS.**

Lo Sportello costituisce il punto di raccolta delle richieste formulate dai potenziali beneficiari (assistiti ex gestione INPDAP non autosufficienti e di loro parenti di primo grado) interessati alle prestazioni domiciliari offerte nell'ambito del programma HCP 2014.

A seguito della ammissione della domanda, il beneficiario potrà scegliere dall'elenco delle reti di Enti accreditati per il DSS n.20, quella a cui intende dare mandato per la fornitura delle prestazioni assegnate;

L'Assegnatore (referente del distretto) provvederà ad assegnare le istanze positivamente esitate dall' INPS, alle Assistenti Sociali dello Sportello (case manager) per la presa in carico, e per collegare il beneficiario e la famiglia al sistema integrato delle cure domiciliari e di sollievo attivata appositamente accreditata.

Per quanto previsto dal Regolamento HCP 2014 come aggiornato ai sensi della Determinazione Dirigenziale INPS del 18/12/2014 ed allegati, ed in considerazione delle caratteristiche dell'Ambito in cui si realizza il progetto, i servizi socio-assistenziali complementari e integrativi per cui si procede all'accreditamento delle reti sono:

- A. **Servizi assistenziali professionali domiciliari per anziani e disabili (adulti e minori):** interventi integrativi e complementari svolti esclusivamente da operatori socio-sanitari ed educatori professionali. E' esclusa qualsiasi altra figura professionale sanitaria.
- B. **Servizi e strutture a carattere extradomiciliare:** interventi integrativi e complementari di natura non sanitaria, per il potenziamento delle abilità e di prevenzione del rallentamento della degenerazione del livello di non auto sufficienza, da svolgersi esclusivamente presso centri socio educativi, riabilitativi diurni per disabili, centri diurni per anziani, centri di aggregazione giovanile.

- C. **Servizi di sollievo:** interventi di sollievo domiciliare, diurna extra domiciliare e residenziale, per sostituzioni temporanee degli orari care givers, svolti da assistenti familiari;
- D. **Trasferimento assistito:** Servizi di accompagnamento, trasporto o trasferimento assistito per specifiche e particolari necessità (visite mediche, accessi a centri diurni, etc.) articolati in trasporto collettivo/individuale senza assistenza, con assistenza, con assistenza carrozzato e trasporto barellato;
- E. **Consegna Pasto a domicilio** (è esclusa la fornitura);
- F. **Supporti:** Fornitura ed installazione a domicilio di dotazioni ed attrezzature (ausili) o strumenti tecnologici di domotica, non finanziati da altre leggi nazionali o regionali vigenti, per la mobilità e l'autonomia, per la gestione dell'ambiente domestico e delle comunicazioni, tali da ridurre il grado di non-autosufficienza, il livello di bisogno assistenziale ed il rischio di degenerazione ulteriore, quali: protesi ed ausili, strumentazioni tecnologiche ed informatiche per la sicurezza ambientale, adeguamento veicoli ad uso privato, opere per eliminazione di barriere architettoniche, etc.
- G. **Percorsi d'integrazione scolastica:** servizi di assistenza specialistica ad personam, in favore di studenti con disabilità volti a favorire l'autonomia e la comunicazione, così come identificati dalla L.n. 104/1992 o in possesso di una diagnosi di DSA ex legge 170/2010. L'intervento potrà essere fornito sia all'interno che all'esterno dell'orario scolastico e fuori dalla scuola.

Trattamento economico

Fermo restando il limite di budget fissato da INPS, la cui ripartizione è specificata caso per caso nel PAI, il contributo erogato a ciascun beneficiario non potrà eccedere gli importi e il numero di prestazioni indicate nella successiva tabella.

Attività accessoria	N./ORE	P.	Euro	Unità
Prestazioni di cui alla lett. A)	H	90	20	Per ora d'intervento
Prestazioni di cui alla lett. B)	N	27	35	Per giornata di ospitalità

Prestazioni di cui alla lett. C)	H	72	12	Per ora d'intervento
Prestazioni di cui alla lett. D)	N	18	35	Per servizio
Prestazioni di cui alla lett. E)	N	180	2	Per consegna
Prestazioni di cui alla lett. F)	N	2	300	Quota una tantum

La presentazione dell'istanza di Accreditamento è vincolata all'accettazione di tutte le condizioni esposte dal presente avviso e del trattamento economico che si ribadisce essere onnicomprensivo di ogni onere ed imposta. Quanto non espressamente specificato viene comunque gestito nei termini del nuovo Regolamento del Programma Home Care Premium 2014 sottoscritto con INPS a dicembre 2014.

Requisiti per l'accreditamento:

Possono presentare istanza per l'accreditamento a HCP 2014 ed accedere all'elenco distrettuale dei fornitori delle prestazioni accessorie, le persone giuridiche senza scopo di lucro, singolarmente o in rete, a condizione che siano in possesso dei requisiti:

- di cui agli artt. 34 e 37 del D.Lgs 163/2006 e s.m.i., e dei requisiti di ordine generale di cui all'art.38 del D.Lgs 163/2006 e s.m.i.,
- dell'iscrizione all'Albo regionale istituito ai sensi dell'art. 26 della l.r.22/86 la sezione assistenza domiciliare anziani, per la sezione assistenza agli inabili e per la sezione minori.
- DURC.

Lo stesso organismo può presentare una sola istanza, quindi, eventualmente aderire ad una sola rete, pena esclusione dello stesso e della rete dalla presente procedura.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI ACCREDITAMENTO

Le domande, a pena di inammissibilità, dovranno pervenire entro le ore 12.00 del 6 febbraio 2015. Farà fede il timbro di accettazione del protocollo generale del Comune di Palagonia. Non farà fede il timbro postale. Il soggetto che invii la domanda per posta è responsabile del suo arrivo nei tempi indicati. L'Amministrazione Comunale non si assume responsabilità per eventuali ritardi o disguidi del servizio postale.

A pena d'inammissibilità, sulla busta in cui è contenuta la domanda dovrà essere indicato il mittente e la dicitura: "Avviso per l'accreditamento e l'accesso all'elenco degli enti attuatori del progetto sperimentale home care premium 2014 di assistenza domiciliare in favore di assistiti INPS ex gestione INPDAP non autosufficienti".

Le domande dovranno essere presentate in un unico plico chiuso contenente due buste:

Busta A Documentazione – contenente:

- istanza di partecipazione, (come da modello allegato 1), con enumerazione degli organismi componenti della rete e la dichiarazione di accettare espressamente tutte le condizioni dell'Avviso di accreditamento in oggetto e del Regolamento HCP 2014 che dovrà essere allegato in copia, timbrato e firmato in ogni pagina per presa visione dai Legali Rappresentanti;
- dichiarazione/i attestante il possesso dei requisiti di cui agli artt. 34 e 37 del D.Lgs 163/2006 e s.m.i., e dei requisiti di ordine generale di cui all'art.38 del D.Lgs 163/2006 e s.m.i.;
- Dichiarazione di intenti per gli organismi che intendano raggrupparsi per l'erogazione della filiera delle prestazioni e gestione dei PAI (come da modello allegato 2).
- referenze bancarie o autocertificazione sostitutiva resa ai sensi del D.Lgs 163/2006 e s.m.i.

Busta B - Proposta Progettuale – contenente:

- relazione sulle modalità di organizzazione e articolazione delle attività, sulla sostenibilità dell'intervento, la capacità di gestione amministrativa e finanziaria;
- Relazione sulle modalità di diffusione e di copertura del territorio distrettuale nell'Ambito corrispondente al DSS n.20, i tempi di svolgimento (come da modello allegato 3), la conoscenza dello specifico contesto di riferimento e l'esperienza in tale

ambito;

- Relazione da cui si evinca la capacità d'immediata cantierabilità delle prestazioni assistenziali accessorie, nonché di attivare il servizio/i per cui si candida entro 7 giorni dalla ricezione della richiesta da parte dell'utente;
- curriculum dell'ente/i attestante l'esperienza e le caratteristiche del soggetto/i che si candidano ad essere partner del Comune di Palagonia per la realizzazione del progetto HCP 2014;
- eventuale documentazione e/o attestazione di convenzionamento con l'INPS e o partecipazione ad altre edizioni del programma HCP;
- Certificazione di qualità di uno o più partners;
- Carta dei servizi di uno o più partners.

Criteri di valutazione delle istanze di accreditamento

La valutazione delle istanze verrà effettuata applicando i criteri esposti nella successiva tabella:

CRITERI	PUNTEGGIO
Coerenza delle modalità organizzative del servizio rispetto l'impianto progettuale delineato nell'Accordo tra DSS n. 20 e INPS e al Regolamento di HCP 2014	0-35
Diffusione, esperienza e modalità di copertura del territorio distrettuale da parte della rete	0-10
Immediata cantierabilità e sostenibilità della presa in carico dei PAI e degli assistiti	0-10
Modalità di monitoraggio, valutazione degli interventi e di rilevazione della customer satisfaction	0-5
Carta dei servizi (uno o più componenti)	0-5
Esperienza, collegamenti e modalità di raccordo con il SST, articolazione dei rapporti di rete con enti pubblici (sanitari, previdenziali, etc.), Enti del terzo settore (Associazioni di solidarietà familiare, CAF, etc.) e con INPS	0-15
Certificazione di Qualità (n. certificazioni prodotte/n. partner)	0-5
Presenza/Assenza nella rete partneriale di uno o membri che abbiano partecipato ad altre edizioni del programma HCPremium o che svolgano per INPS attività di natura sociosanitaria o servizi affini a quelli previsti nel progetto HCP 2014	0-15
TOTALE	100

A tale scopo, verrà nominata, dal Dirigente del V Dipartimento – Servizi Sociali – del Comune di Palagonia, Capofila del DSS n.20, una Commissione composta da n. 3 unità, per redigere l'elenco degli accreditati, alla stregua dei criteri di cui al presente avviso.

Potranno accedere al predetto elenco degli Enti accreditati, che si formerà ai sensi del presente avviso, tutti i soggetti singoli o le reti parteneriali che conseguiranno un punteggio pari o superiore a 65/100.

La presente procedura sarà ritenuta valida, anche nel caso in cui dovesse pervenire una sola domanda di partecipazione.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati dei quali il Comune di Palagonia entrerà in possesso a seguito del presente avviso verranno trattati nel rispetto del D.Lgs.196/03 e successive modifiche. Ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 e s.m.i., si informa che:

- il trattamento dei dati personali dei soggetti o associazioni partecipanti al presente avviso, è finalizzato unicamente alla procedura di accreditamento di cui in oggetto;
- il trattamento dei dati sarà effettuato dal Comune di Palagonia, nei limiti necessari a perseguire le sopra citate finalità, con modalità e strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei concorrenti;

Sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 della legge 196/2003 "Codice in materia di dati personali".

Per informazioni e/o chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Sindaco del Comune di Palagonia, Capofila del DSS n.20, negli orari di apertura degli uffici comunali.

Si precisa che il presente avviso, approvato con determina del Dirigente dei Servizi Sociali del Comune di Palagonia è pubblicato all'Albo Pretorio dell'Ente, sul sito internet del Comune di Palagonia, www.comunepalagonia.gov.it ed è trasmesso a tutti i Comuni del Distretto affinché possano darne evidenza secondo quanto previsto dalla vigente normativa.



Il Coordinatore Gruppo Piano

Rosalia Cucuzza

AL COMUNE DI PALAGONIA
Home Care Premium 2014
P/za Municipio s.n.
95046 PALAGONIA (CT)

OGGETTO: Istanza di accreditamento per l'accesso all'elenco dei soggetti attuatori di un progetto sperimentale di assistenza domiciliare in favore di non autosufficienti finanziato al Comune di Palagonia capofila DSS 20, Programma Home Care Premium 2014 dell'INPS

Il sottoscritto Nato a il.....

Documento di identità.....N°.....

In qualità di.....

Del/della.....

Denominazione.....

Forma giuridica.....

Con sede legale a.....

Indirizzo.....N°.....

Tel. Fax

Email.....

Partita IVA Cod.Fisc.

- consapevole delle pene stabilite dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci; presa visione dell'Avviso Pubblico e del regolamento HCP 2014;

DICHIARA

∞ di manifestare, con la sottoscrizione della presente, la volontà di partecipare alla procedura di accreditamento in oggetto;

∞ di accettare tutte le condizioni riportate nel presente avviso e dal Regolamento HCP 2014, come modificato dalla determinazione Dirigenziale del 18/12/2014.

....., li

Timbro e firma

Si allega fotocopia non autenticata di documento di identità

Allegato Modello 2

**Dichiarazione di intenti
(allegato alla domanda)**

AL COMUNE DI PALAGONIA
Home Care Premium 2014
P/za Municipio s.n.
95046 PALAGONIA (CT)

Oggetto: Impegno a formalizzare un Accordo di Rete per la fornitura di prestazioni domiciliari ed extra domiciliari nell'ambito del programma Home Care Premium 2014 in favore di persone non autosufficienti finanziato dall'INPS al Comune di Palagonia capofila DSS n.20

L'anno.....il mese.....il giorno.....
sottoscritti:

- a) Capofila designato: (denominazione e natura giuridica, rappresentante legale)
b) Partner della rete: (per ciascuno trascrivere denominazione e natura giuridica, rappresentante legale)

MANIFESTANO L'INTENZIONE

in caso di accreditamento, di realizzare, congiuntamente, le attività socio assistenziali di cui al progetto sopraindicato, nell'ambito del DSS 20, nei tempi e nei modi previsti dal Regolamento HCP 2014 dell'INPS

E SI IMPEGNANO

in caso di accreditamento, a sottoscrivere apposito Accordo di Rete (secondo le norme attualmente vigenti) e a trasmetterne copia al Comune di Palagonia, entro e non oltre trenta (30) giorni dalla comunicazione di ammissione all'Elenco dei soggetti accreditati HCP 2014, stabilendo fin d'ora i ruoli, le funzioni e le responsabilità dei singoli soggetti che sono di seguito indicati:

Denominazione Soggetto	Ruolo (Capofila/Associato)	Natura Giuridica	Azioni, interventi, servizi, prestazioni

I soggetti sopraindicati concordano che il Capofila, con mandato di rappresenta speciale e gratuita nei confronti del Comune di Palagonia è fin da ora individuato in.....
che accetta, con la sottoscrizione della presente.

Luogo e data..... Firma e timbro di tutti i rappresentanti legali

(sottoscritta ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000 e s.m.i)

Allegato Modello 3

AL COMUNE DI PALAGONIA
Home Care Premium 2014
P/za Municipio s.n.
95046 PALAGONIA (CT)

Relazione sulle modalità di organizzazione e gestione della filiera distrettuale dei servizi integrativi di assistenza domiciliare, diurni extradomiciliari, di sollievo temporaneo, etc. – per il progetto HOME CARE PREMIUM 2014. (max 2 pagine)

Modalità di copertura e diffusione della rete sul territorio, conoscenza ed esperienza (max 1 pagina)

Indicare la denominazione, il ruolo e le responsabilità di ciascun partner della rete

Denominazione Soggetto facente parte della rete	Ruolo nel progetto Capofila/Associato partner esterno	Natura Giuridica	Servizi e/o prestazioni gestite offerte	Iscrizione all'albo regionale 22/86 per quale sezione	Dispone di una certificazione di qualità di cui allega copia	Dispone di una carta dei Servizi di cui allega copia	Collaborazione con INPS o partecipazione ad altre edizioni di HCP

Esperienza, collegamenti e modalità di raccordo con il Servizio Sanitario Territoriale, articolazione dei rapporti di rete con enti pubblici (sanitari, previdenziali, etc.), Enti del terzo settore (Associazioni di solidarietà familiare) (max 1 pagina)

Immediata cantierabilità e sostenibilità della presa in carico dei PAI e degli assistiti (max 1/2 pagina)

Modalità di monitoraggio, valutazione degli interventi e di rilevazione della customer satisfaction (max 1 pagina)

....., li _____

Timbro e firma Legale Rappresentante

**SCRIVERE IN STAMPATELLO
ED IN MODO CHIARO E
LEGGIBILE**

All'Inps Gestione
Dipendenti Pubblici
Direzione Regionale Sicilia
Ufficio Welfare e Benefici
sociali
Palermo

Il/la sottoscritto/a nato/a il

Codice Fiscale in qualità di titolare/legale rappresentante della impresa
..... con sede legale in con sede operativa in tel.
fax e-mail partita IVA

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. medesimo, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti

DICHIARA

- di possedere i requisiti di cui all'art. 38 ("Requisiti di ordine generale"), all'art. 39 ("Requisiti di idoneità professionale") del D. Lgs. n. 163/2006 s.m.i. ed in generale dei requisiti previsti per l'affidamento di contratti pubblici relativi a lavori, forniture e servizi;
- che, ai fini di quanto prescritto per le stazioni appaltanti dall'art. 90 ("Obblighi del committente"), comma 9, del D. Lgs. n. 81/08, in ottemperanza di quanto statuito dall'art. 16-bis, comma 10, della L. n. 2/2009 (in materia di acquisizione d'ufficio del DURC da parte delle stazioni appaltanti), la dimensione aziendale dell'impresa è di n. unità
- che il numero di matricola aziendale INPS è sede di competenza
- che il codice ditta INAIL è
- che verranno impiegate n. unità di cui dipendenti n.
- tipo ditta: a) datore di lavoro; b) Gestione Separata - Committente/Associante;
c) Lavoratore Autonomo d) Gestione Separata - Titolare di reddito di lavoro autonomo di arte e professione
- che il CCNL applicato ai lavoratori dipendenti
- che il lavoro/servizio sarà stato effettuato nel seguente periodo: dal al

Luogo e data

Firma del Legale rappresentante

ALLEGARE COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ

PATTO DI ACCREDITAMENTO

PROGETTO SPERIMENTALE DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA HOME CARE PREMIUM 2014 INPS, EX GESTIONE INPDAP (ISTITUTO NAZIONALE DI PREVIDENZA PER I DIPENDENZA DELL'AMMINISTRAZIONE PUBBLICA).

Richiamata la Determina Dirigenziale dell'INPS n. 146 e l'allegato "B" - nuovo Accordo di Collaborazione formalizzato dal Distretto con l'INPS - Direzione Centrale Credito e Welfare ai sensi dell'Art. 15 della L. n. 241/1990.

Visto l'Avviso per l'accREDITAMENTO di soggetti attuatori del privato sociale, di un progetto sperimentale di assistenza domiciliare in favore di persone non autosufficienti nell'ambito del Programma Home Care Premium 2014 INPS, ex gestione INPDAP che definisce i patti e le condizioni a cui il Distretto ha aderito e pubblicato all'albo pretorio dal __/__/__ al __/__/__.

In attuazione dell'Art. 17 della L. 328/2000 nel quale si prevede l'attivazione del voucher sociale quale modalità di acquisto di prestazioni assistenza domiciliare:

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 e Coordinatore del Gruppo Piano L. 328/00 autorizzata a stipulare il presente atto, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 267/2000

E

La Coop.va Sociale _____ avente

Sede in _____ Via _____ codice

Fiscale _____ nella persona del Legale

Rappresentante Sig. _____ nato a _____ il __/__/__ e

residente in _____ Via _____ domiciliato per la carica presso la

sede della _____

DATO ATTO CHE

La _____, in quanto in possesso dei requisiti richiesti, è

Stata accreditata come da Verbale n. ____ del __/__/__, allo svolgimento di prestazioni di assistenza domiciliare a favore di soggetti che hanno presentato idonea richiesta servizi a fronte di voucher del Distretto socio-Sanitario D20;

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 connessa al voucher sociale.

2. Finalità del Patto sono in particolare quelle di 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.

3. Il valore del voucher di servizio sarà suscettibile a variazione in riferimento alle diverse progettualità.

4. L'erogazione del corrispettivo è subordinato alla regolare esecuzione della prestazione certificata e rendicontata secondo quanto previsto nel citato Avviso di Accreditamento.

Art. 2 – Prestazioni oggetto dell'accredito

1. Le prestazioni da erogare sono quelle previste dal Regolamento e definite nel Piano di Assistenza Individuale 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 PAI;
- prendere in carico tutti gli utenti che ne facciano richiesta e che siano in possesso dei voucher sociali per lo specifico servizio per il tramite dell'operatore del segretariato sociale del Comune di riferimento;
- 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'accredito, 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 del Segretariato sociale del Comune di riferimento 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 o chiusure dei voucher 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 cittadini in regime di voucher;

- A decorrere dall'avvio dell'erogazione del servizio, l'Ente Accreditato emette mensilmente regolare fattura ai Comuni del Distretto Socio-Sanitario D20, corredata della necessaria documentazione come da art. 8 del bando di accreditamento;
I Comuni del Distretto Socio-Sanitario si impegnano a liquidare, entro i termini previsti per legge, i corrispettivi delle prestazioni, effettivamente rese dall'Ente Accreditato. Nel caso di irregolarità nella fatturazione, il pagamento verrà effettuato solo ad avvenuta regolarizzazione delle stesse.

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 di assistenza domiciliare 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 i Comuni del Distretto Socio-Sanitario D20 da ogni responsabilità per eventuali danni a utenti o a terzi derivanti dall'espletamento del servizio.

Art. 5 – Controlli

Il Distretto Socio-Sanitario D20:

- può effettuare idonei controlli diretti ad accertare sia la veridicità delle dichiarazioni rese sia la qualità del servizio di assistenza domiciliare garantita attraverso voucher sociali, 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 nove 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 Distretto Socio-Sanitario 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 __/__/__