



V Dipartimento
Servizi Sociali

CITTA' DI PALAGONIA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D20

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

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER L'ISTITUZIONE DI UN ALBO DI ACCREDITAMENTO VOUCHER SOCIALE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20.

Il Coordinatore del Gruppo Piano del distretto socio-sanitario di Palagonia (D20)

Considerato che necessita costituire un apposito elenco/albo per l'accreditamento voucher sociale per l'assistenza domiciliare prevista dal Distretto Socio-Sanitario D 20;

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 voucher sociale per l'assistenza domiciliare prevista dal Distretto Socio-Sanitario D 20;

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.

Palagonia, li 30.05.14

Prot.7802 del 30.05.14

IL Coordinatore del Gruppo Piano
F.to Rosalia Cucuzza

ALLEGATO SUB A

(BANDO PER LA COSTITUZIONE DI UN ALBO DI ACCREDITAMENTO VOUCHER SOCIALE)

-ASSISTENZA DOMICILIARE-

Art. 1 – Ente proponente

Comune di Palagonia – Capofila del Distretto Socio-Sanitario D20

Piazza Municipio s.n.

Tel. 095 7958607 Fax 095 795697

E-mail: servizisoc.palagonia@alice.it

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

Art. 2- Oggetto del bando

Il presente avviso pubblico ha per oggetto l'accREDITamento dei soggetti del terzo settore e il loro inserimento in un Albo unico d'Ambito a cui il cittadino-utente può rivolgersi per spendere il proprio voucher socio-assistenziale consistente nell'erogazione dei seguenti servizi:

- Assistenza Domiciliare per anziani
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Assistenza Domiciliare Disabili
- Assistenza Domiciliare Minori
- Servizio socio-psico-educativo per la famiglia (per interventi di assistenza domiciliare)

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 e/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/TASI- 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 Piano di Zona, sul sito del proprio 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 voucher sociale”

La domanda va indirizzata a:
Comune di Palagonia (CT)
Ufficio Piano di Zona
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 Piano di Zona 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 unico del Distretto Socio-Sanitario di Palagonia (D20).

Art. 7 – Organizzazione del sistema di erogazione

- a. La scelta del fornitore è effettuata dagli stessi utenti o da persona di riferimento designata dall'utente, che possono scegliere liberamente tra le cooperative

accreditate, dandone comunicazione all'operatore di segretariato sociale del Comune di riferimento;

- 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. Il fornitore deve coordinarsi preventivamente con l'operatore del Segretariato Sociale del Comune di riferimento 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 Piano di Zona. 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. Il fornitore 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 il Servizio Sociale Professionale del Comune di riferimento.

Art. 8 – Valore del voucher

- a. Il valore economico orario unitario di un voucher, omnicomprensivo dei costi per il servizio di assistenza domiciliare è suscettibile a variazione in riferimento alle diverse progettualità.
- b. Ogni voucher consiste in una prestazione della durata di un'ora, il cui contenuto è definito nella formulazione del Piano di Assistenza in relazione al bisogno assistenziale rilevato.

Art. 9 – Liquidazione dei voucher

Il Comune di Palagonia e/o i singoli Comuni del Distretto Socio-Sanitario D20 liquideranno al fornitore il controvalore dei voucher effettivamente utilizzati da ogni singolo beneficiario su presentazione di fatture mensili 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 da tenersi nei propri comuni;
- b. I voucher che l'utente consegna al soggetto accreditato in funzione delle ore svolte;
- c. 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 di validità del voucher, momenti di verifica sull'andamento del servizio anche attraverso colloqui con le persone interessate, i familiari e con visite domiciliari.

In caso di inadempienza i Comuni del Distretto si riservano il diritto di non liquidare la fattura.

Art. 10 – 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 domiciliare;
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. 11- Rinvio

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

**Il Coordinatore del Gruppo Piano
F.to Rosalia Cucuzza**

Allegato sub B

(schema domanda accreditamento)

AL COMUNE DI PALAGONIA
UFFICIO PIANO
DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20
PIAZZA MUNICIPIO
95046 PALAGONIA

OGGETTO: Domanda di accreditamento all'Albo unico del Distretto Socio-Sanitario D20 per i servizi di assistenza domiciliare attraverso l'utilizzo di voucher socio-assistenziali

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:

Assistenza Domiciliare per anziani ;

Assistenza Domiciliare Integrata ;

Assistenza Domiciliare Disabili;

Assistenza Domiciliare Minori;

Servizio socio-psico-educativo per la famiglia (per interventi di assistenza domiciliari).

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 DI ASSISTENZA DOMICILIARE A FAVORE DI CITTADINI-UTENTI RESIDENTI NEI COMUNI DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20"
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 soggetti residenti nel Distretto Socio-Sanitario
8. che la sede operativa nel territorio del Distretto Socio-Sanitario 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 DI ASSISTENZA DOMICILIARE A FAVORE DI CITTADINI-UTENTI RESIDENTI NEI COMUNI DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D20

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 Rosalia Cucuzza 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 _____ 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 rilasciati dai Comuni 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:

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.

3. Il valore del voucher di servizio sarà suscettibile a variazione in riferimento alle diverse progettualità.
4. L'erogazione del corrispettivo è subordinata 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 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 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'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 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 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 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 trentasei a decorrere dalla data di sottoscrizione, prorogabili comunque fino alla conclusione dei progetti in itinere 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, lì

*Il Coordinatore del Gruppo Piano
del Distretto socio-Sanitario D20*

*Il Legale rappresentante
dell'Ente Accreditato*