Mod. allegato”A”

**Al Comune di Ragusa – Ente capofila del Distretto 44**

**VIII Settore –Servizi Sociali**

**Oggetto: ISTANZA di ACCREDITAMENTO DI ENTI DEL TERZO SETTORE OPERANTI O CHE INTENDONO OPERARE nel territorio dei Comuni del Distretto 44 per la realizzazione di servizi vari di assistenza domiciliare a favore di persone non autosufficienti o dalla ridotta autosufficienza, di servizi di assistenza domiciliare anziani integrata (ADI/CDI) e di assistenza domiciliare anziani non integrata (ADA/SAD)**

Il sottoscritto ……..…………………………………………………. nato a ………………………. il …………………..……..…….. residente in …………………………….………………………. Via …………………………………………………………n.………. nella qualità di Legale Rappresentante dell’ ENTE DI TERZO SETTORE …………………………………….………….. con sede legale in Via …………………………………………………. città …………………………. Prov. ……..… C.F. ………………………………………..………… P.IVA ……………………………………… tel. ………………………………………..………………… PEC ………………………………………….. e-mail ……………………………………………….

 CHIEDE

di essere accreditato per la realizzazione dei servizi di assistenza domiciliare di cui all’oggetto.

Per:

[ ] l’intero Distretto Socio Sanitario D 44

[ ] il /i seguente/i Comune/i del Distretto Socio Sanitario D 44

………………………………………………………………….………………………………………………………………….………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………..………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

*(in caso di RTI o di Consorzio, le dichiarazioni dovranno essere prodotte da tutti i partecipanti riuniti o che intendono riunirsi in RTI o in Consorzio)*

**Sezione 1 della istanza: dichiarazioni**

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, ad ogni effetto di legge ed in particolare ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445, di possedere i seguenti requisiti:

1. Iscrizione alla Camera di Commercio Industria e Artigianato competente per territorio, se richiesta;
2. Iscrizione all'albo regionale ex art. 26 della l.r. n. 22/86 sez. Anziani e/o Inabili - tipologia Assistenza Domiciliare:
3. Assenza di cause di esclusione di cui all’ art. 80, tutto incluso e niente escluso, del D. Lgs 50/2016
4. Applicazione integrale, nei confronti dei propri dipendenti addetti ai servizi oggetto di accreditamento, dei CCNL di settore e degli accordi integrativi;
5. Regolare posizione materia di contributi previdenziali e assistenziali;
6. Regolare posizione rispetto agli obblighi ed adempimenti in materia di diritto del lavoro dei disabili di cui alla legge n. 68/1999;
7. Esperienza nella gestione nell'ultimo triennio 2019/2020/2021 di almeno un servizio Assistenza Domiciliare Anziani o Inabili con un fatturato relativo alle specifiche prestazioni di importo non inferiore ad € 100.000,00 (indicare singolarmente il/i servizio/i espetato/i, il/i periodo/i di attuazione e l’ ammontare esatto del fatturato per ciascuno di essi)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Denominazione e oggetto del servizio | Ente committente |  Periodo di attuazione |  Fatturato |
|   |   |  |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Capacità economico finanziaria da dimostrare tramite n.01 referenza bancaria con l'istituto bancario con il quale la ditta intrattiene rapporti, che attesti che la stessa ha sempre fatto fronte con regolarità e puntualità ai propri impegni nei confronti dell’istituto (allegare referenza bancaria);
2. Adozione della carta dei servizi ( allegare “Carta dei servizi”).

Inoltre, sotto la propria responsabilità, ad ogni effetto di legge, ed in particolare ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445, l’organismo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* L’ ETS istante dichiara INOLTRE la insussistenza dei motivi di esclusione in relazione **analiticamente ed espressamente** dei punti 1 ( 1a, 1b,1b-bis, 1c,1d, 1e, 1f, 1g), 2,3,4,5(5a,5b,5c,5c-bis, 5c-ter, 5c-quater, 5d,5e,5f, 5f-bis,5f-ter, 5g, 5h, 5i, 5l, 5m),6,7,8,9,10, 10bis, 11, 12, 13, 14) **dell’ art. 80 del D.Lgs 50/2016 e ss.mm.ii.** (LA PRESENTE DICHIARAZIONE VA RIPETUTA PER OGNI SOGGETTO MUNITO DI RAPPRESENTANZA LEGALE)

**L’ E.T.S.** concorrente, per consentire gli accertamenti d’ufficio fornisce gli elementi minimi all’uopo necessari:

- le competenti sedi degli Enti contributivi e assicurativi (INPS ………………………INAIL ……….………);

i numeri di matricola ………………………………………………………………………

 il codice ditta ………………………………………………………………………………

il codice impresa ……………………………………………………………………....

N. dipendenti ……………………………………………………………………………….

il C.C.N.L. applicato ………………………………………………………………………..

- AGENZIA DELLE ENTRATE sede di …………………………...……..…………. prov. ……… Via ……………………………………………………………… n. ………. tel. …………………………. fax ………………………………. PEC ………………………………………………………………… e-mail ……………………………………………………………………………

- la Procura della Repubblica competente presso la quale verificare i carichi pendenti del sottoscritto è la seguente:

PROCURA DELLA REPUBBLICA di …………………………………………………………. con sede in ………….……………….. Via ……………………………………………………………… tel ……………………. Fax ………………….… PEC ……………………………………………. E-mail …………………………………

**Sezione 2 dell’ istanza: altre dichiarazioni**

- l’ ETS istante DICHIARA di essere iscritto nel registro unico nazionale del Terzo settore;

ovvero :

⃝ nelle more del perfezionamento dell’iscrizione degli Enti al RUNTS, alla luce anche del Decreto n. 561 del 26/10/2021, si dichiarano i seguenti presupposti\*:

* Nel caso di Organizzazioni di volontariato e Associazioni di promozione sociale: Iscrizione nei rispettivi registri delle regioni o delle province autonome e/o nel registro nazionale delle APS, e pertanto essere interessate al procedimento automatico di migrazione al RUNTS;
* Nel caso di ONLUS in genere: iscrizione (ovvero con procedimento di iscrizione pendente), all’Anagrafe delle Onlus dell’AGENZIA delle Entrate e pertanto essere oggetto di comunicazione al RUNTS;
* Nel caso di imprese sociali di cui al D. Lgs 112/2017 e ss. mm. ii ivi comprese le Cooperative Sociali di cui alla legge 381/1991: iscrizione all’Albo della Camera di Commercio nell’ambito territoriale nel quale hanno la propria sede legale o operativa, specificando la sezione di appartenenza;
* Nel caso di Enti non iscritti nei registri di settore sopra indicati: questi devono dimostrare di aver presentato istanza di iscrizione ad una delle sezioni del RUNTS;
* Nel caso di Cooperative Sociali ex legge n. 381/1991 e ss.mm.ii, o loro Consorzi: essere anche regolarmente iscritte al Registro di cui al D.M. del 23/06/2004 del Ministero delle Attività Produttive.

- In caso di composizione plurisoggettiva, i requisiti citati dovranno essere posseduti e pertanto dichiarati da ciascun partecipante all’aggregazione. Nel caso di consorzi di cui all’art. 45, comma 2, lettere b) e c) del Codice Appalti (D.Lgs n. 50/16 e ss.mm.ii), dal consorzio e dalle consorziate indicate quali esecutrici.

**Sezione 3 dell’ istanza: ulteriori dichiarazioni**

 ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445

 l’ente di terzo settore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è iscritto al n ……………. del Registro delle Imprese presso la CCIAA di ……………… dal…………………., con durata prevista fino al …………………….…………, ha il seguente oggetto sociale ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. è attivato per le seguenti attività ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ed esercita l’attività di ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

l' ente di terzo settore è iscritto al n ………………… dell’Albo Regionale ex art. 26 della legge regionale n° 22/86 sezione ………………………..…, tipologia ………………………, dal ………………………... ;

in base allo statuto o atto costitutivo i poteri di amministrazione sono attribuiti alle seguenti persone: indicare per ognuno: nome, cognome, data e luogo di nascita e codice fiscale)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nato a | il | C.F. |
|  | Nato a | il | C.F. |
|  | Nato a | il | C.F. |

- L’ Ente di terzo settore possiede la capacità tecnica adeguata allo svolgimento del servizio per aver eseguito con buon esito, nell’ultimo triennio 2019/2020/2021 almeno un servizio di Assistenza Domiciliare Anziani o disabili da dimostrare con un fatturato per un importo non inferiore ad € 100.000,00 per come risultanti dal seguente elenco:

(*indicare per ciascun servizio i destinatari pubblici o privati, l'oggetto, l'importo, il periodo di esecuzione):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Denominazione e oggetto del servizio | Ente committente |  Periodo di attuazione | FATTURATO |
|   |   |  |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

- (per tutti, **ad esclusione delle imprese individuali**) che in base allo statuto o atto costitutivo la rappresentanza legale è attribuita alleseguenti persone: (indicare per ognuno: nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, carica sociale, data di nomina e relativa scadenza)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nato a | Il | C.F. |
| Carica sociale | Data nomina | Data di scadenza |
|  | Nato a | Il | C.F. |
| Carica sociale | Data nomina | Data di scadenza |
|  | Nato a | Il | C.F. |
| Carica sociale | Data nomina | Data di scadenza |

- (**solo per le società con socio unico persona fisica**) che il socio unico è: (indicare: nome, cognome, data e luogo di nascita e codice fiscale)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nato a | Il | C.F. |
|  | Con sede in  | C.F. |

- (**solo per le società con meno di 4 soci**) che il socio di maggioranza è: (per le persone fisiche indicare: nome, cognome, data e luogo di nascita e codice fiscale)(per le persone giuridiche indicare: ragione sociale, sede e codice fiscale) .

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nato a | Il | C.F. |
|  | Nato a | Il | C.F. |
|  | Nato a | Il | C.F. |
|  | Nato a | Il | C.F. |

- (**solo per le società in nome collettivo**) che i soci sono i Sigg.ri: (indicare, per ognuno, nome, cognome, data e luogo di nascita e codice fiscale):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nato a | Il | C.F. |
|  | Nato a | Il | C.F. |
|  | Nato a | Il | C.F. |
|  | Nato a | Il | C.F. |

- (**solo per le società in accomandita semplice**) che i soci accomandatari sono i Sigg.ri: (indicare, per ognuno, nome, cognome, data e luogo di nascita e codice fiscale)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nato a | Il | C.F. |
|  | Nato a | Il | C.F. |
|  | Nato a | Il | C.F. |
|  | Nato a | Il | C.F. |

- (**solo in caso di firma congiunta**) che il/i seguente/i legale/i rappresentante/i:

………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..

ha/hanno firma congiunta con il/i seguente/i altro/i legale/i rappresentante/i:

………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..

e che per la presentazione dell’offerta per la presente procedura *(contrassegnare l’ipotesi che ricorre)* [ ] è necessaria [ ] non è necessaria

la firma congiunta fra n……………legali rappresentanti

- (**per tutti, ma solo in caso di procura**) che, ai fini della presente offerta, il Sig. ………………………………………….…………. nato a ………………….., il …………………. (C.F. …………………….……………………….………………) nella sua qualità di ………………………………………….., può impegnare l’Impresa/Società giusta procura generale/speciale in data rogito del Notaio ………………............................................................., rep. N. ……………..…………. ;

- (**per tutti**) di autorizzare l’invio di tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura di gara a mezzo posta elettronica certificata ………………@.........................................................................

 - (**per tutti**) di aver preso integrale e accurata visione degli atti inerenti la procedura di selezione, pubblicati sul sito internet del Comune di Ragusa (www.comune.ragusa.gov.it) dei Comuni facenti parte del Distretto Socio sanitario D44 e di accettare incondizionatamente tutte le clausole descrizioni e prescrizioni in essi contenuti e di aver giudicato i prezzi nel loro complesso remunerativi;

**- (solo per i consorzi)** che i consorziati per i quali il consorzio concorre sono i seguenti, relativamente ai quali ultimi consorziati opera il divieto di partecipare alla gara in qualsiasi altra forma (indicare denominazione sociale, fórma giuridica, codice fiscale, sede legale): …………………………………………………………………………………………………………*NB:Nel caso in cui i consorziati per i quali il consorzio concorre siano anch 'essi consorzi, vanno indicati anche i consorziati per i quali questi ultimi concorrono* »

**-**  **(per tutti)** che la propria offerta sociale è improntata a serietà, integrità, indipendenza e segretezza e che si impegna a conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza e che non si è accordato e non si accorderà con altri partecipanti alla procedura per limitare o eludere in alcun modo la concorrenza o distorsione nella fase di svolgimento della procedura e/o durante l’esecuzione del contratto, da parte di ogni interessato o addetto o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla gara in oggetto.

**- (per tutti)** di obbligarsi a segnalare alla stazione appaltante, in caso di accreditamento, qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità, di obbligarsi espressamente a collaborare con le forze di polizia denunciando ogni tentativo di estorsione, intimidazione o condizionamento di natura criminale (richieste di tangenti, pressioni per indirizzare l’assunzione di personale o l’affidamento di subappalti a determinate imprese, danneggiamenti, furti di beni personali, etc);

**- (per tutti)** di non aver nulla a pretendere, nei confronti dell’Amministrazione nella eventualità in cui, per qualsiasi motivo, a suo insindacabile giudizio, decida di interrompere o annullare, in qualsiasi momento, la procedura di selezione, decida di non procedere all’accreditamento o alla sottoscrizione del patto;

**-**  **(per tutti)** di aver tenuto conto, nel formulare l’offerta sociale, degli obblighi connessi alle disposizioni normative in materia di salute, sicurezza e protezione dei lavoratori, nonché delle disposizioni in materia di condizioni del lavoro ai sensi del D.lgs n.81/2008 e di impegnarsi al rispetto di tutte le norme in materia di sicurezza dei lavoratori durante l'espletamento del servizio;

**- (per tutti)** di non aver, nel triennio successivo alla cessazione del loro rapporto di lavoro, concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuito incarichi ad ex-dipendenti del Comune di Ragusa(o di altri Comuni del Distretto d44) che, in costanza di rapporto, hanno esercitato nei propri confronti poteri autoritativi o negoziali;

**- (per tutti)** di non essere in rapporto di coniugio, o di parentela o di affinità fino al quarto grado con Dirigenti e/o dipendenti comunali,

***ovvero***

di essere in rapporto di coniugio, o di parentela o di affinità fino al quarto grado con Dirigenti e/o dipendenti comunali per come qui appresso specificato:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e Cognome del Dirigente/ dipendente comunale | Grado di parentela o affinità |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

NOTA BENE: all’autocertificazione deve essere allegata copia fotostatica leggibile, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità. Nel caso in cui la firma sociale sia stabilita in maniera congiunta, la sottoscrizione del presente modello deve essere effettuata da tutti i legali rappresentanti, firmatari congiunti dell'Impresa Società, nel quale caso le copie dei documenti di identità dovranno essere presentate per tutti i firmatari.

A) (**eventuale**) Procura speciale in copia autenticata qualora l’offerta ed ogni altra documentazione non siano firmati dal legale rappresentante dell’impresa concorrente;

B) **(eventuale nel caso di associazione o consorzio non ancora costituita)** Dichiarazione di impegno sottoscritta da tutti i titolari o i legati rappresentanti con cui, in caso di aggiudicazione, sarà conferito mandato Facciale con rappresentanza ad uno di essi da indicare e qualificare quale capogruppo che stipulerà il contratto in nome e per conto del raggruppamento con l'indicazione delle relative parti o quote di esecuzione della prestazione;

C) (**eventuale nel caso di associazione o consorzio ordinano già costituito**) Mandato collettivo irrevocabile con rappresentanza conferito alla mandataria per atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero l'atto in copia autentica del consorzio.

Allega, a pena di esclusione :

1. PATTO PER ACCREDITAMENTO degli enti di terzo settore che operano O CHE INTENDONO OPERARE NEL TERRITORIO DEI COMUNI DEL DISTRETTO D44 per la realizzazione di servizi vari di assistenza domiciliare a favore di persone non autosufficienti o dalla ridotta autosufficienza, di servizi di assistenza domiciliare anziani integrata (ADI/CDI) e di assistenza domiciliare anziani non integrata (ADA/SAD), debitamente sottoscritto e timbrato dal legale rappresentante dell’ organismo richiedente in ogni foglio apponendo la dicitura “ PER ACCETTAZIONE INTEGRALE TUTTO INCLUSO E NIENTE ESCLUSO”;
2. Referenza bancaria;
3. Carta dei servizi;
4. Format Buono di servizio apponendo la dicitura “ PER ACCETTAZIONE INTEGRALE TUTTO INCLUSO E NIENTE ESCLUSO” e debitamente timbrato e sottoscritto dal legale rappresentante;
5. Documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante dell’ Ente di TERZO SETTORE richiedente.

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegato ISTANZA**

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO n. 44**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| *Comuni di* | *Ragusa* | *Chiaramonte**Gulfi* | *Giarratana* | *Monterosso**Almo* | *Santa Croce**Camerina* | *ASP Ragusa* |

**PATTO PER ACCREDITAMENTO Di ENTI DEL TERZO SETTORE OPERANTI O CHE INTENDONO OPERARE NEL TERRITORIO DEI COMUNI DEL DISTRETTO D 44 per la realizzazione di servizi vari di assistenza domiciliare a favore di persone non autosufficienti o dalla ridotta autosufficienza, di servizi di assistenza domiciliare anziani integrata (ADI/CDI) e di assistenza domiciliare anziani non integrata (ADA/SAD), periodo 2023-2025.**

Il Comune di Ragusa, Ente capofila del Distretto D44, costituito dai Comuni di Ragusa, Chiaramonte Gulfi, Giarratana, Monterosso Almo, Santa Croce Camerina, per la realizzazione di servizi vari di assistenza domiciliare a favore di persone non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, di servizi di assistenza domiciliare anziani integrata (ADI/CDI) e di assistenza domiciliare anziani non integrata (ADA/SAD)

Vista la legge 502/1992 art. 8 quater;

Vista la legge 328/2000 art. 6 comma 2c e art. 11 comma 3;

Viste le Linee guida ANAC n.17 recanti ”Indicazioni in materia di affidamenti di servizi sociali”, approvate dal Consiglio dell’ Autorità con Delibera n. 382 del 27 luglio 2022, punto 3.1.1. commi b e c;

**RICONOSCE ED ACCREDITA**

**per la realizzazione di servizi vari di assistenza domiciliare a favore di persone non autosufficienti o dalla ridotta autosufficienza, di servizi di assistenza domiciliare anziani integrata (ADI/CDI) e di assistenza domiciliare anziani non integrata (ADA/SAD).**

 l’ Ente del TERZO SETTORE ………………………………..………………………………………., con sede legale in ……………………………, Via ………………………………………………………, P.IVA ……………………………, CF. ………………………………………….. Legalmente rappresentata da ……………………………….. nato a …………………., il ………………., CF ……………………………………………, sede/i operativa/i presso il distretto sociosanitario 44, in……………………………….……., via ………………………………… n. …....... ;

accetta di sottostare ai patti e condizioni di cui all’articolato che segue:

Art.1

Al fine di assegnare al cittadino ed alla propria famiglia un ruolo di “centralità”, la persona ammessa al servizio (o uno dei suoi familiari/Amministratore di sostegno/tutore se incapace o amministrato) eserciterà il “diritto di scelta” dell’ Ente del Terzo Settore accreditato da cui farsi assistere. E’ quindi riconosciuta all’ assistito, ovvero ad uno dei suoi familiari/Amministratore di sostegno/tutore se incapace o amministrato, la facoltà di scegliere il fornitore accreditato.

In relazione al grado di soddisfacimento delle prestazioni ricevute, l’ assistito (o uno dei suoi familiari/Amministratore di sostegno/tutore se incapace o amministrato), per qualsiasi motivo o causa, sempre nel rispetto della dignità umana e professionale degli operatori del fornitore accreditato, ha la facoltà di revocare il fornitore accreditato scelto.

A tale fine, l’ assistito o uno dei suoi familiari/Amministratore di sostegno/tutore, comunicherà per iscritto, utilizzando apposito modello, all’ ufficio di servizio sociale dei Comuni del Distretto, la propria volontà di scelta di altro ente del terzo settore accreditato.

Il trasferimento sarà operativo il 10^ giorno dalla data di protocollazione dell’ istanza. Nei precedenti dieci giorni spetta all’ Ente di Terzo Settore uscente garantire le prestazioni di cui al piano di assistenza individuale.

Art.2

I servizi vari di assistenza domiciliare a favore di persone non autosufficienti, i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI/CDI), di assistenza domiciliare non integrata (ADA/SAD) verranno espletati attraverso l’erogazione delle seguenti prestazioni, a meno di specifiche previsioni differenti interne a singoli servizi/progetti:

* Aiuto per l’igiene e cura della persona per favorire l’autosufficienza nelle attività giornaliere (alzarsi dal letto, coricarsi, aiuto nella vestizione, igiene e pulizia personale, tutto incluso e niente escluso, mobilizzazione del soggetto allettato, accedere ad eventuale sedia a rotelle, aiuto per una corretta deambulazione, aiuto nell'uso di accorgimenti per migliorare l'autosufficienza, aiuto per il bagno, aiuto nell'assunzione dei pasti, etc.);
* Acquisto alimenti: acquisto per conto dell’ assistito di generi alimentari secondo le necessità dello stesso;
* aiuto per il governo e l'igiene dell'alloggio giornaliero e periodico secondo turni concordati con l’assistito ed eventualmente con i suoi familiari. La prestazione consiste nella pulizia e igiene degli ambienti ordinari di vita dell’ utente e dei servizi

( pavimenti, vetri, riordino letto, etc);

* preparazione pasti e/o aiuto per la preparazione pasti presso il domicilio dell’ utente, curando di stimolare il soggetto nella preparazione;
* cambio, lavaggio e stiratura della biancheria;
* disbrigo pratiche: realizzazione per conto dell’ assistito di pratiche varie e di quanto attiene l’ ausilio nello svolgimento di commissioni varie ivi comprese quelle per l’ acquisto di oggetti casalinghi;
* sostegno morale e psicologico che si espleti attraverso una empatica attenzione ai bisogni/desideri/aspettative, espressi e inespressi del beneficiario che potrà anche concretizzarsi in accompagnamenti per visite mediche, prestazioni sanitarie o altre necessità, presso centri diurni, parenti, amici, cimiteri, luoghi di culto, partecipazione a manifestazioni e spettacoli.

Le prestazioni suddette dovranno essere erogate secondo le modalità stabilite nei singoli piani di intervento individualizzato predisposti dal Servizio Sociale Professionale dei Comuni facenti parte del Distretto insieme al beneficiario del servizio ed ai familiari, secondo le esigenze del beneficiario del servizio, attraverso tecniche varie di valutazione e negoziazione, ed in collaborazione con l’ U.V.M. nel caso di assistenza domiciliare integrata, in orario antimeridiano e/o pomeridiano ed anche, se richiesto e valutato necessario dal Servizio Sociale professionale, nei giorni domenicali e festivi.

I servizi di cui in narrativa saranno espletati nel rispetto dei seguenti standard qualitativi:

1. Rapporto OSS/OSA – numero di assistiti: 1 a 8/12 (a meno di specifiche previsioni differenti di singoli progetti);
2. Rapporto interno OSS/OSA: OSS ≥ 80% del totale (a meno di specifiche previsioni differenti interne a singoli progetti);
3. Rapporto Assistenti Sociali-numero OSA/OSS: 1 ogni 15/20 OSA/OSS (a meno di specifiche previsioni differenti interne a singoli progetti) ;

L’ Ente di Terzo Settore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha libera facoltà, inoltre, di realizzare, a favore del beneficiario, gratuitamente, prestazioni aggiuntive a quelle sopra previste ed analiticamente enunciate.

Art.3

Destinatari dei servizi di cui all’ art. 2, sono soggetti anziani *e più in generale persone non autosufficienti (anche minori) o dalla ridotta autosufficienza*  residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario D44 costituito, ex DPRS 4 novembre 2002 dai Comuni di Ragusa, Santa Croce Camerina, Chiaramonte Gulfi, Giarratana e Monterosso Almo, inseriti nelle graduatorie redatte dagli Uffici di Servizio Sociale dei Comuni del Distretto 44.

Il servizio si concretizza nell’assegnazione di buoni servizio nominativi e non trasferibili, in numero corrispondente al fabbisogno rilevato dal Servizio Sociale Professionale dei singoli Comuni associati, del valore orario nominale onnicomprensivo di **€ 24,00 IVA COMPRESA**, TUTTO INCLUSO E NIENTE ESCLUSO (a meno di specifiche previsioni differenti interne a singoli servizi/ progetti come ad esempio progetto home care premium 2022/25), utilizzabili per acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare presso i Soggetti accreditati.

In particolare, esclusivamente in relazione alle scheda di intervento di tipologia 1 ADI/CDI e scheda di intervento tipologia 2 (ADA/SAD) , **di cui ai fondi PAC, 2° riparto, AZIONE A SPORTELLO,**  si prevede l’erogazione di buoni di servizio del valore orario nominale onnicomprensivo di **€ 24,00,**  **IVA COMPRESA.**

In relazione ai **fondi PAC**, gli standards qualitativi di cui al comma b dell’ art.2 devono essere intesi riferiti ad ogni singola scheda di intervento.

Il **Comune di Ragusa** riconosce agli Enti di Terzo Settore accreditati che assistono utenti residenti in contrade fuori dal centro abitato i seguenti minuti aggiuntivi (a meno di specifiche previsioni differenti interne a singoli servizi/ progetti) :

- per residenti nelle frazioni di Marina di Ragusa, Punta Braccetto e San Giacomo Bellocozzo, 45 minuti per ogni intervento domiciliare effettuato;

- per i residenti nelle c.de limitrofe alla città (es. bruscè, principe, annunziata, cimillà, cisternazzi): 30 minuiti per ogni intervento domiciliare effettuato.

- **per tutti i Comuni del Distretto**: l’ OSA/OSS (a meno di specifiche previsioni differenti interne a singoli servizi/ progetti) presterà servizio a domicilio dell’ assistito per 55 minuiti su ogni ora assegnata dal servizio sociale professionale e riportata nel piano individuale di assistenza, utilizzando i rimanenti minuti per coprire i tempi di trasferta dal domicilio di un assistito all’ altro. In ogni caso la prestazione domiciliare **non potrà essere inferiore a 55** **minuti** su ogni ora assegnata, indipendentemente dai tempi di trasferimento utilizzati dall’ operatore.

Art.4

Il Soggetto accreditato garantisce che i servizi di cui al presente Accreditamento saranno espletati con la massima cura e diligenza nel rispetto puntuale delle indicazioni di cui all’Avviso Pubblico (parte integrante del presente atto) e dovranno essere effettuati nel rispetto puntuale delle esigenze preventivamente rappresentate dagli interessati e/o dai loro familiari, opportunamente concordate con i Servizi.

Garantisce altresì:

* che i servizi saranno forniti ai cittadini aventi titolo residenti nei Comuni del Distretto D44 così come elencati al precedente art.2, previa consegna del buono servizio nominativo accompagnato da esibizione del documento di riconoscimento;
* di rispettare il piano individualizzato di cui al precedente art.1 predisposto dal Servizio Sociale Professionale insieme al beneficiario del servizio ed ai familiari;
* di comunicare la sede operativa nel territorio del Distretto 44, come sede di riferimento con indicazione di recapiti telefonici e telematici;

- di rispettare il C.C.N.L. di categoria;

* di garantire mezzi idonei e personale qualificato;
* di consegnare al momento della consegna di ogni singolo servizio elenco definitivo e nominativi del personale che sarà impegnato;
* *di fornire gli* operatori di tesserino con foto riportante i loghi che saranno indicati dal Distretto, indicazione del soggetto accreditato, firma del Legale Rappresentante;
* di comunicare con immediatezza eventuali sostituzioni del personale rispetto all'elenco presentato e garantire la sostituzione del personale nell’evenienza in cui lo stesso non osservi un comportamento adeguato alle esigenze dei servizio e dell’utenza o , temporaneamente, in caso di malattia/ferie;
* di dare immediata comunicazione al Servizio Sociale competente, per situazioni straordinarie riguardanti l’andamento del servizio o per difficoltà nei rapporti interpersonali operatori/utenti;
* di provvedere a copertura assicurativa infortuni degli operatori nonché la copertura assicurativa RC *per danni a* terzi durante l’esercizio *delle* prestazioni oggetto del servizio;
* di comunicare per iscritto all’Ufficio Servizi Sociali il nominativo del Responsabile del trattamento dei dati personali;
* di produrre la carta dei servizi prevista dall’art. 13 della legge n. 328/2000;
* di adempiere a tutti gli obblighi previsti dalla normativa sulla sicurezza del lavoro, tutto incluso e niente escluso (redazione piano rischi, corso di informazione-formazione, sorveglianza sanitaria, consegna a ciascun lavoratore dei dispostivi di protezione individuale, etc) ;

Gli operatori dell’Accreditata dovranno effettuare le prestazioni con diligenza e riservatezza, seguendo il principio della collaborazione con ogni altro operatore, ufficio o struttura con cui vengono a contatto per ragioni di servizio; essi devono inoltre, tenere una condotta personale irreprensibile nei confronti dei soggetti assistiti. Il personale dipendente dovrà mantenere il segreto sui fatti e circostanze riguardanti il servizio e delle quali abbia avuto notizia durante l’espletamento o in funzione dello stesso.

 Art.5

Ogni Comune del Distretto 44 (fatti salvi i servizi a dimensione distrettuale il cui pagamento compete esclusivamente al Comune Capofila, ente erogante per il Distretto Socio Sanitario D44), si impegna a liquidare all’Accreditata, entro 30gg dal ricevimento della fatturazione elettronica, ai sensi del Decreto Legislativo 9 novembre 2012 n. 192 art.1 comma 4, quanto dovuto sulla base delle rendicontazioni mensili presentate, redatte su una modulistica predisposta preventivamente dall’ Ufficio Piano del Distretto, accompagnate da documentazione fiscale secondo le normative di settore.

Art. 6

Alla liquidazione si provvederà entro trenta giorni (D.Lgs 192/2012) dalla presentazione dei documenti di cui all’ articolo 5, fatte salve le disposizioni vigenti in merito alla verifica della permanenza dei requisiti di legge (DURC, Equitalia etc);

Art. 7

Ai fini del rispetto della normativa sulla tracciabilità dei flussi finanziari il Soggetto accreditato, ai sensi dell'art.2, comma 1, della L.R. n.15 del 20/11/2008 e dell'art.3 della L. n.136/2010, ha indicato il seguente conto corrente dedicato: ………………………………………………………………….. specificando che la persona delegata ad operare su di esso è ……………………..…………………………………… nat....a ……………………… il ………….……… residente a ……………………………… Via …………………………………………………………………………….……… n……... C.F. ………………………………………………………………

Su detto conto ogni Comune del Distretto 44 (fatti salvi i servizi a dimensione distrettuale il cui pagamento compete esclusivamente al Comune Capofila, ente erogante per il Distretto Socio Sanitario D44), farà confluire tulle le somme liquidate con riferimento al presente Accreditamento

Art. 8

Sui servizi svolti dal Soggetto accreditato sono riconosciute al Distretto Socio Sanitario D44 ampie facoltà di controllo sulle modalità di realizzazione del progetto e sulla corretta utilizzazione del servizio per tramite degli Assistenti Sociali dei Comuni del Distretto stesso.

All’uopo gli assistenti sociali dei Comuni del Distretto, responsabili dei servizi di cui al presente patto di accreditamento, almeno a cadenza quadrimestrale e comunque ogni qualvolta lo riterranno opportuno in base a particolari esigenze/problematiche inerenti ai servizi de quo, indiranno conferenze di servizio con tutti gli assistenti sociali ed eventualmente con altri operatori delle cooperative accreditate, al fine di valutare la efficienza e l’ efficacia delle prestazioni effettuate interne ai vari servizi.

Inoltre gli Assistenti sociali dei Comuni del Distretto semestralmente attueranno progetti di monitoraggio sul campo dei vari servizi oggetto del presente patto di accreditamento, utilizzando tecniche varie di valutazione e negoziazione, e rispetto ai quali l’ accreditata dovrà assicurare la massima collaborazione nei termini e nei modi richiesti. L’ Accreditata è tenuta ad uniformarsi alle prescrizioni degli Assistenti sociali dei Comuni del Distretto che potranno scaturire dalle risultanze del monitoraggio.

La rendicontazione delle prestazioni svolte per ogni servizio da parte dell’ Accreditata dovrà avvenire unicamente su moduli predisposti dagli assistenti sociali dei Comuni del Distretto, responsabili dei servizi di cui al presente patto di accreditamento, che l’Accreditata si impegna ad accettare, tutto incluso e niente escluso.

Sono riconosciute altresì al Distretto 44 facoltà di controllo sul rispetto di tutte le norme contrattuali e contributive, fatta salva la totale ed esclusiva responsabilità dell’ Ente accreditato circa il non rispetto di tali norme.

Relativamente ai requisiti di sicurezza previsti dalla normativa vigente in materia, tutto incluso e niente escluso, è esclusiva responsabilità dell’ Ente accreditato il rispetto degli stessi, fatta salva la facoltà del Distretto 44 di richiedere opportune documentazione/dichiarazioni.

Qualora in occasione dei controlli e delle attività di cui sopra si rilevi una qualsiasi inadempienza, il Coordinatore del Distretto procederà alla immediata contestazione dei fatti rilevati, invitando il soggetto accreditato a rimuovere l’inadempienza contestata e presentare entro 15 giorni le controdeduzioni; in caso di inottemperanza dell’Accreditata delle prescrizioni, il Coordinatore del Distretto, oltre a farne eventuale segnalazione agli enti competenti, ha facoltà di ridurre il pagamento a titolo di penale, fino al 20% dell'importo dovuto.

Una eventuale seconda contestazione che rimanga non adempiuta determina la revoca dell’accreditamento ed ogni altra conseguenza di legge salvo risarcimento dei danni.

Determinano altresì, la revoca dell’accreditamento la sospensione ingiustificata delle prestazioni per un periodo superiore a tre giorni lavorativi e l’utilizzazione di operatori privi dei requisiti di idoneità.

Art.9

L’accreditamento decorre dall’ 1 gennaio 2023 e avrà validità per anni tre ( 31 dicembre 2025)*.* Resta impregiudicata la facoltà del Distretto 44 di richiedere al Soggetto accreditato la produzione di autocertificazioni in ordine al permanere in possesso dei requisiti richiesti per l’accreditamento stesso.

Art. 10

Ai sensi della normativa europea e nazionale vigente sulla tutela della privacy, i dati acquisiti con il presente procedimento, anche sensibili, potranno essere utilizzati, dai Comuni del Distretto D*44****,*** anche con strumenti informatici, esclusivamente ai fini dello svolgimento dei procedimenti socio assistenziali e per fini statistici.

Titolari del trattamento dei dati sono i Comuni del Distretto D 44 secondo le rispettive competenze territoriali.

Art.11

E' fatto divieto al Soggetto accreditato di porre in essere qualsiasi forma di cessione, anche parziale, delle prestazioni oggetto del buono servizio.

Il presente accreditamento è soggetto a revoca, previo preavviso, nel caso delle violazioni di cui all’art.7 e secondo le modalità ivi indicate.

Nel caso in cui il Soggetto accreditato intenda rinunziare dovrà darne preventiva comunicazione scritta al Comune del Distretto capofila Settore Servizi Sociale Servizio VII, Via M. Spadola, 56 con un anticipo di almeno 30 (trenta) giorni.

Art. 12

Il presente accreditamento potrà essere registrato a cura e spese della parte che ne avrà interesse in caso d'uso ai sensi degli artt. 5 e 6 del vigente T.U. delle norme sull’imposta di registro (DPR n.131/1986) stante che l'appalto è soggetto al pagamento IVA.

Art. 13

Per le controversie che potrebbero insorgere e non definibili, in via breve, fra le parti, il foro competente sarà quello di Ragusa

Art. 14

Si dà atto che la società coop. è/non è esente dal pagamento di bollo ai sensi degli artt. 17 e 22 del d.lgs 460/97 in quanto ……………………………………………….....………………..

*Il soggetto accreditato designa quale proprio referente responsabile del servizio il …………………………………………………………. tel. …………………....………, cell. ………..…………………, e-mail ………………………………………………. pec ……………………..………………………. ed è consapevole che ciascuna comunicazione sarà inviata esclusivamente all’indirizzo pec comunicato in sede di sottoscrizione o modificato – con comunicazione scritta- in corso di attività.*

Il Dirigente del Settore VII

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Legale rappresentante dell’ Ente di Terzo Settore

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ALLEGATO ISTANZA**

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO n. 44**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| *Comuni di* | *Ragusa* | *Chiaramonte**Gulfi* | *Giarratana* | *Monterosso**Almo* | *Santa Croce**Camerina* | *ASP Ragusa* |

 **VOUCHER DI SERVIZIO**

**PEr L’ACCREDITAMENTO DI ENTI DEL TERZO SETTORE OPERANTI O CHE INTENDONO OPERARE nel territorio dei Comuni del Distretto 44 per la realizzazione di servizi vari di assistenza domiciliare a favore di persone non autosufficienti o dalla ridotta autosufficienza, di servizi di assistenza domiciliare anziani integrata (ADI/CDI) e di assistenza domiciliare anziani non integrata (ADA/SAD)**

**Buono di servizio onnicomprensivo**

**del valore di € 24,00 IVA COMPRESA**

**tutto incluso e niente escluso**

**A FAVORE DEL/LA SIGNOR/A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cognome e nome)**

**relativo al seguente servizio di assistenza domiciliare:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Da spendere presso l’ ENTE DI TERZO SETTORE:**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***SCADENZA: 31/12/\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Il Responsabile del servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 ***Data di rilascio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***