



**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4  
CASTELTERMINI (AG)**

Ambito territoriale . Casteltermini – San Giovanni Gemini - Cammarata

-----  
C.da Canalari – Tel.-Fax 0922-912704  
e-mail [areadue@comune.casteltermini.ag.it](mailto:areadue@comune.casteltermini.ag.it)

**AVVISO PUBBLICO**

**INTEGRAZIONE ALBO DISTRETTUALE DEI SOGGETTI CHE INTENDONO OPERARE NEL DISTRETTO D4 PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE A CARATTERE DOMICILIARE MEDIANTE BUONO DI SERVIZIO (Voucher)**

**IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D4**

In esecuzione della Delibera del Comitato dei Sindaci n.2 del 02.09.2013, sull'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie a carattere domiciliare, con il sistema dei voucher (buoni di servizio) spendibili direttamente dall'utente e nel rispetto della legge regionale nr. 22/86 e della legge di riordino dei servizi sociali L. 328/00

**RENDE NOTO**

L'integrazione dell'Albo distrettuale degli Enti del Privato Sociale per l'accreditamento finalizzato all'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie a carattere domiciliare in favore degli anziani e disabili residenti nel territorio del Distretto D4, mediante buoni servizio (voucher) spendibili direttamente dall'utente.

**Istanza di accreditamento e documentazione da produrre:**

Gli **Enti del Privato Sociale**, regolarmente autorizzati con iscrizione all'albo regionale di cui all'art. 26 della legge reg.le nr. 22/86 – per le sezioni “Anziani e/o Disabili” e per la tipologia “Assistenza domiciliare”, che non si trovino in una delle fattispecie previste come causa di esclusione ai sensi dell'art. 38 del D. Lgs. 163/06 e successive modifiche ed integrazioni, ed in una qualsiasi altra forma di esclusione da pubblici appalti e divieti a contrattare con la pubblica amministrazione, ai sensi della normativa vigente, dovranno far pervenire al Comune di CASTELTERMINI – Capofila del Distretto socio-sanitario D4 – Ufficio Servizi Sociali, c.da Canalari, istanza di accreditamento, entro e non oltre le **ore 12,00 del giorno 04/09/2015** a mezzo servizio postale ovvero mediante consegna a mano direttamente all'Ufficio protocollo del Comune di Casteltermini Capofila, utilizzando l'apposito modello predisposto dall'Ufficio, **allegato “A”**, allegando la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva **“allegato B”** sul possesso dei seguenti requisiti:
  1. l'esperienza almeno biennale maturata nel servizio di riferimento ovvero nell'area di intervento, come da D.P. 7 luglio 2005;
  2. la formazione e l'esperienza degli operatori impiegati nell'erogazione delle prestazioni;
  3. le modalità di contenimento del turn over degli operatori e la qualità organizzativa del servizio;
  4. la completezza e/o l'innovatività delle prestazioni assicurate;
  5. il rispetto del trattamento economico fissato dal contratto collettivo nazionale di lavoro o tariffe professionali per incarichi professionali;
  6. l'adozione di apposita Carta di Servizi riportante:
    - a) condizioni e modalità per l'accesso ai servizi;

- b) il numero degli operatori coinvolti ed i relativi profili professionali come da standard stabilito dalle leggi di settore vigenti;
- c) le prestazioni assicurate, le modalità di coinvolgimento degli utenti e dei familiari ai programmi individuali di assistenza e alla verifica dei risultati;
- d) la procedura di tutela dei diritti degli utenti;
- e) le tariffe per l'accesso alle singole prestazioni;

7. l'esistenza di protocolli di verifica periodica dei livelli di qualità delle prestazioni rese e percepiti dalla persona assistita e/o dai suoi familiari;
8. l'esistenza della procedura di analisi e monitoraggio della "customer satisfaction", contenente le modalità di distribuzione, compilazione e raccolta del questionario di gradimento da parte dell'assistito e/o dei suoi familiari;
9. iscrizione alla Camera di Commercio e relativa certificazione con indicazione di stato di liquidità, fallimento, concordato preventivo o cessazione di attività e antimafia.
10. di essere/non essere soggetto alle norme sul diritto al lavoro dei disabili, di cui all'art. 17 della L. 68/99 perché il numero dei propri dipendenti è inferiore/superiore a 15 unità;

- Elenco del materiale e degli strumenti per la realizzazione del servizio;
- Copia dello Statuto;
- Dichiarazione sulla regolarità contabile e contributiva;
- Codice Fiscale e partita IVA, se dovuta;
- Fotocopia del documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità.

L'istanza, dovrà essere sottoscritta dal legale rappresentante, allegando una fotocopia del documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore ed unitamente a tutta la documentazione, come elencata nei predetti punti, dovrà essere contenuta in un plico indirizzato al Comune di Casteltermini – Capofila del Distretto socio-sanitario D4 – e riportante la seguente dicitura: ***“istanza di accreditamento con iscrizione all’Albo distrettuale per l’erogazione delle prestazioni sociosanitarie a carattere domiciliare, in favore degli \_\_\_\_\_(anziani/disabili) residenti nel Distretto Sociosanitario D4, mediante rilascio buono di servizio (voucher) agli utenti.”***

**La mancanza di sottoscrizione dell'istanza, della fotocopia del documento di identità ed anche di uno solo dei documenti richiesti, comporterà la non ammissione della istanza di accreditamento.**

***Eventuale richiesta di accreditamento in entrambe le Sezioni (Anziani/Disabili), prevede la presentazione di due distinte istanze e relativi allegati.***

#### **Accreditamento con iscrizione all'Albo distrettuale**

Si procederà all'accredito con iscrizione all'Albo distrettuale degli Enti del Privato Sociale in possesso dei predeterminati requisiti e con presentazione di tutta la documentazione richiesta allegata all'istanza presentata entro il predetto termine. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445, qualora da controlli emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, il medesimo Ente accreditato decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, salvo la comunicazione agli organi competenti.

I moduli predisposti per la domanda sono scaricabili dai siti istituzionali dei Comuni del Distretto socio-sanitario D4.

#### **Avvertenze:**

Per i plichi recapitati per posta, si specifica che non farà fede il timbro postale accettante e che, ai fini del rispetto del termine sopra indicato, non si terrà conto, pertanto, della data di spedizione, ma dell'effettiva ricezione del plico.

**Le domande pervenute ed acquisite al Protocollo del Comune Capofila Casteltermini, oltre il prescritto termine saranno escluse dalla procedura di accreditamento.**

L'Amministrazione non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da errore dell'aspirante nell'indicazione del proprio recapito, da mancata oppure tardiva comunicazione degli eventuali mutamenti sopravvenuti rispetto all'indirizzo indicato nella domanda, né da eventuali disguidi postali, telegrafici o comunque imputabili al fatto di terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

Le modalità del rapporto di accreditamento e dell'erogazione delle prestazioni sociosanitarie a carattere domiciliare, sono specificate nel patto di accreditamento, nello schema di istanza e di dichiarazione sostitutiva, costituenti parti integranti del presente avviso.

Per eventuali informazioni rivolgersi all'Ufficio di Piano distrettuale del Distretto Sociosanitario D4.

Costituiscono parti integranti del presente Avviso i seguenti allegati:

*All. "A" Istanza di accreditamento*

*All. "B" Dichiarazione sostitutiva*

***Il Coordinatore del Distretto Socio-Sanitario n.4  
Dott.ssa M. Caterina Provenzano***

**Oggetto: ISTANZA DI ACCREDITAMENTO ALL'ALBO DISTRETTUALE DEI SOGGETTI AUTORIZZATI ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE A CARATTERE DOMICILIARE MEDIANTE BUONO DI SERVIZIO (Voucher)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ nella sua qualità di \_\_\_\_\_ munito dei poteri di rappresentare e impegnare legalmente la \_\_\_\_\_ iscritta al nr \_\_\_\_\_ dell'albo regionale di cui all'art. 26 della legge reg.le nr. 22/86 della sezione "\_\_\_\_\_" (Anziani/Disabili) per la tipologia "Assistenza domiciliare" con decreto di iscrizione nr \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale e/o P.Iva \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'accreditamento con iscrizione nell'apposito Albo distrettuale per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie a carattere domiciliare in favore degli \_\_\_\_\_ (anziani/disabili) residenti nel territorio del Distretto Socio Sanitario D4, mediante rilascio buono di servizio (Voucher)

direttamente all'utente.

A tal fine, allega la seguente documentazione:

1. Dichiarazione sostitutiva sul possesso dei requisiti, **allegato "B"**;
2. Carta dei servizi/Piano descrittivo delle dimensioni organizzative, gestionali e qualitative del servizio, riportante tutto quanto espressamente richiesto nei punti da a) a m) dall'avviso pubblico;
3. Copia dello Statuto.
4. Dichiarazione sulla regolarità contabile e contributiva;
5. Codice Fiscale e partita IVA, se dovuta;
6. Fotocopia del documento d'identità del sottoscritto in corso di validità.

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

All. "B" Dichiarazione sostitutiva

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REDATTA AI SENSI degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, e dell'art. 15 della legge 12/11/2011, nr. 183, allegata all'istanza di accreditamento con iscrizione all'Albo distrettuale per l'erogazione delle prestazioni socioassistenziali a carattere domiciliare mediante Buono di Servizio (Voucher)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ in qualità di: \_\_\_\_\_  
dell'Istituzione assistenziale \_\_\_\_\_, iscritta al nr \_\_\_\_\_ dell'albo regionale di cui all'art. 26 della legge reg.le nr. 22/86 della sezione " \_\_\_\_\_ "(Anziani/Disabili) tipologia "assistenza domiciliare" con decreto di iscrizione nr \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ CF/ \_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e/o P.IVA \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_ con sede operativa in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ e/o P.IVA \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

In applicazione degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e dell'art. 15 della legge 183/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, in base a quanto indicato nell'avviso pubblico:

**DICHIARA**

**1/a.** – Che le proprie generalità, nella qualità di Legale Rappresentante dell'Istituzione Assistenziale sopra denominata sono le seguenti:

Cognome Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Carica sociale ricoperta: \_\_\_\_\_  
con scadenza il \_\_\_\_\_

**1/b.** – Che le altre persone con potere di Rappresentanza, attualmente in carica sono: (specificare la carica ricoperta)

Cognome Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Carica sociale ricoperta: \_\_\_\_\_

con scadenza il: \_\_\_\_\_

Cognome Nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Carica sociale ricoperta: \_\_\_\_\_

con scadenza il: \_\_\_\_\_

**1/c).** di non avere soci e/o dipendenti che fanno parte di altro organismo con le medesime finalità, che hanno presentato istanza di accreditamento e che non si trovino in altra situazione di collegamento di tipo sostanziale ad un unico centro decisionale

**2..** Che l'Istituzione Assistenziale \_\_\_\_\_, dal sottoscritto rappresentata nella qualità, :

**2/a).** è iscritta al Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

n° Iscrizione \_\_\_\_\_ n. REA \_\_\_\_\_

per l'attività di (indicare l'attività svolta inerente l'area di intervento e risultante nella C.C.I.A.A.)

\_\_\_\_\_

**2/b)** è iscritta e di avere tuttora l'iscrizione, all'Albo Regionale di cui all'art. 26 della legge regionale nr. 22 del 9 maggio 1986, al numero \_\_\_\_\_, con decreto nr. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ nella sezione \_\_\_\_\_ (Anziani/Disabili) per la tipologia "Assistenza domiciliare"; che nessuna variazione è intervenuta, e che alcun procedimento monitorio da parte del competente Assessorato Regionale della Famiglia e delle politiche sociali, è in corso;

**2/c)** non ha in corso modifiche statutarie;

**2/d)** rispetta gli standards strutturali ed organizzativi per la tipologia di riferimento e di cui al decreto nr. 158 del 4 giugno 1996;

**2/e)** osserva tutte le disposizioni di legge in materia per lo svolgimento del servizio di assistenza domiciliare, essendo in possesso di tutte le prescritte autorizzazioni richieste dalla vigente normativa statale e regionale;

**2/f)** possiede, sempre quale requisito di qualità ed elemento minimale ed indefettibile per l'accreditamento con l'iscrizione all'Albo distrettuale, un'esperienza biennale maturata nel servizio e nell'area di intervento di cui si tratta, e precisamente presso:

- .....periodo da.....a.....
- .....periodo da.....a.....
- .....periodo da.....a.....
- .....periodo da.....a.....
- .....periodo da.....a.....
- .....periodo da.....a.....
- .....periodo da.....a.....
- .....periodo da.....a.....

**2/g)** è consapevole che il Distretto Socio Sanitario D4 con l'accreditamento e l'iscrizione nell'apposito Albo distrettuale non si impegna alla successiva consegna del servizio, non garantendo alcun minimo di fruitori del servizio, essendo rimessa al cittadino la libera scelta dell'ente gestore da cui farsi assistere, tra quelli iscritti nell'Albo distrettuale.

**2/h)** è consapevole, altresì, che l'iscrizione nel predetto Albo non comporta alcun impegno fra la P.A. ed i singoli operatori impiegati dall'Ente accreditato per l'espletamento del servizio.

**2/i)** non ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni conseguenti a gare affidate dai Comuni facenti parte del Distretto sociosanitario.

**2/l)** è in grado di svolgere il servizio ed è disponibile ad iniziarlo immediatamente a seguito di scelta dell'utente anziano/disabile e secondo il piano individualizzato consegnato dal Distretto Sociosanitario D4.

**2/m)** si impegna a consegnare al momento dell'eventuale sottoscrizione del patto di accreditamento, tutta la documentazione che sarà richiesta.

**2/n)** si impegna a comunicare con immediatezza qualsiasi variazione riguardante l'autorizzazione regionale, variazione di sede, variazione di standard, ecc.

**DICHIARA INOLTRE :**

l'insussistenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 38 ) DLgs 163/2006 e s.m.i e di qualsiasi altra forma di esclusione da pubblici appalti e divieti a contrattare con la pubblica amministrazione, ai sensi della normativa vigente , nei confronti dell'Istituzione assistenziale e di tutte le persone fisiche sopra indicate, **ovvero**, in caso di sussistenza di uno dei motivi di esclusione di cui al predetto art. 38, o di altra forma di esclusione come sopra riportato, specificare dettagliatamente, allegando una ulteriore dichiarazione di responsabilità;

di applicare i contratti collettivi di lavoro previsti per le categorie di personale impiegato nonché di rispettare le norme assicurative e previdenziali vigenti e tutte le disposizioni in materia di prevenzione e protezione dai rischi nei confronti dei lavoratori o degli operatori incaricati per lo svolgimento del servizio in questione;

di liberare sin d'ora il Distretto sociosanitario D4 da qualsiasi responsabilità derivante da eventuali infortuni sul lavoro e/o ogni altro danno che potrebbe derivare dall'espletamento del servizio;

che il Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori applicato è:

.....

che gli addetti per lo svolgimento del servizio, secondo lo standard stabilito dalla Regione sono :

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

in possesso di esperienza biennale ed opportuna formazione riferita alla tipologia dei soggetti da assistere;

il rispetto delle norme sulla sicurezza dei luoghi di lavoro ( D.Lgs 626/94), nonché il rispetto di tutti gli adempimenti di legge ed degli obblighi in materia di sicurezza e di condizioni di lavoro, di previdenza e di assistenza nei confronti dei lavoratori dipendenti o soci in caso di cooperative;

di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili;

di essere in possesso di tutti i requisiti previsti nell'**avviso pubblico**.

Inoltre,

**AI SENSI DELLA LEGGE 13 AGOSTO 2010, N. 136 SULL'OBBLIGO DI TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI,**

1) Dichiaro di assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari. A tal fine si impegna:

- a) ad utilizzare uno o più conti correnti bancari o postali, accessi presso banche o presso la società Poste Italiane S.p.A., dedicati alle commesse pubbliche per i movimenti finanziari relativi alla gestione del servizio;
- b) a comunicare al Distretto Sociosanitario D4 gli estremi identificativi dei conti correnti di cui al punto precedente, nonché le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi, entro sette giorni dalla loro accensione;
- c) di rispettare nel proprio rapporto con il personale impiegato nell'esecuzione del servizio, le disposizioni di legge che impongono il pagamento delle retribuzioni al personale esclusivamente a mezzo bonifico bancario (art. 2 legge regionale nr. 15 del 2008 contenenti misure di contrasto alla criminalità organizzata) nonché la normativa sulla tracciabilità dei flussi finanziari.

2) dichiara di essere a conoscenza che il Distretto Socio-sanitario D4 provvederà alla cancellazione dell'accreditamento e dell'iscrizione nell'Albo distrettuale e risolverà eventuali rapporti intrattenuti, in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi di banche o delle società Poste Italiane S.p.A.

3) dichiara di essere consapevole che, ai fini di verificare l'applicazione delle norme contrattuali, il Distretto Socio-Sanitario potrà richiedere all'Ente accreditato copia dei contratti di lavoro stipulati; impegnandosi fin d'ora a provvedere ad adempiere alla richiesta entro i termini che verranno dati.

4) di prendere atto che in caso di inesatte dichiarazioni, il Distretto si riserva la facoltà di escludere l'Istituzione assistenziale dall'accreditamento e che potranno essere eseguiti controlli da parte degli uffici comunali diretti ad accertare la veridicità di quanto dichiarato ed in caso di false o mendaci dichiarazioni di decadere dall'accreditamento e dall'iscrizione all'Albo distrettuale, con informativa alle autorità competenti.

5) di autorizzare il trattamento dei propri dati personali, anche con strumenti informatici ai fini dello svolgimento del procedimento e per fini statistici ai sensi del D.Lgs. del 30/06/2002 n. 196 e s.m.i e della vigente normativa e che potranno essere comunicati alle Amministrazioni che esercitano funzioni in materia di appalti pubblici ai sensi del D.Lgs n 163/2006 nonché alle Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.

Luogo e data .....

Firma

.....

***ALLEGARE A PENA DI NON AMMISSIBILITÀ LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE.***