

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19
GRAVINA DI CATANIA
095/7447121 - distrettosociosanitario19@gmail.com-
PEC:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it

AVVISO PUBBLICO

DISCIPLINARE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UNA LONG LIST DI ASSOCIAZIONI/ENTI DI PROMOZIONE SOCIALE/ORGANIZZAZIONI A VARIO TITOLO DISPONIBILI AD ATTIVARE FORME SPERIMENTALI DI ASSISTENZA SOCIALE ATTRAVERSO VOUCHER DI SERVIZIO

Art. 1 – DESTINATARI DELL'AVVISO

Il Distretto Socio Sanitario 19, Comune capofila Gravina di Catania, accanto alle procedure di accreditamento di operatori economici previste attraverso l'Albo distrettuale degli organismi sociali accreditati, giusta determina 39 del 6 Febbraio 2020, promuove la costituzione di una long list destinata ad Enti Pubblici o Privati del Terzo Settore, senza finalità di lucro, con personalità giuridica riconosciuta, iscritti ai pubblici registri nazionali o regionali del terzo settore.

A titolo esemplificativo:

- * Registro nazionale delle ONLUS (indicare numero e data)
- * Registro regionale Enti di promozione sociale (indicare numero e data)
- * Registro regionale Associazioni di solidarietà familiare(indicare numero e data)
- * Registro regionale Organizzazioni del volontariato (indicare numero e data)
- * Registro Assistenti familiari (indicare numero e data)

Art.2 - OGGETTO DELL'AVVISO

Obiettivo della long list è quello di coniugare, nella complessa realtà delle politiche sociali, le forme di intervento previste dalla normativa regionale e statale vigente in materia con la necessità di introdurre nuove forme e modalità operative nel settore dell'assistenza sociale.

I soggetti che aderiranno alla manifestazione di interesse dovranno essere integrati nella rete sociale territoriale ed essere, pertanto, in grado di effettuare la presa in carico di soggetti che faranno richiesta di assistenza sociale per bisogni, primari o complessi, di tipo multiforme e diversificato, non riconducibili a servizi attualmente erogati attraverso il sistema dell'accREDITAMENTO distrettuale.

Il presente avviso è pertanto finalizzato a:

- sperimentare forme flessibili di risposta ai bisogni residenziali e semiresidenziali, al fine di adeguare le prestazioni offerte alle mutevoli necessità di soggetti in condizione di fragilità sociale;

- prevedere attività o strumenti adeguati per l'attivazione di percorsi di cambiamento e di sostegno in risposta a problematiche di tipo abitativo e/o connesse a situazioni di svantaggio socio-economico;

- prevedere le forme di inclusione sociale per i portatori di handicap;

- "far emergere" e dare visibilità ad esperienze, già presenti nel territorio distrettuale, con specifico riferimento alla valorizzazione delle iniziative individuali, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto, di reciprocità e di solidarietà organizzata;

Quanto precedentemente detto in relazione alle seguenti tipologie:

**TIPOLOGIA A) SOGGETTI DISABILI (L.104/92 art.3 commi 1,2 e3) -
Servizi di accompagnamento del *Dopo di Noi* - Percorsi a sostegno delle persone con grave disabilità beneficiarie dei sostegni previsti dalla Legge 112/2016**

Trattasi di percorsi programmati di accompagnamento di soggetti con grave disabilità, per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero per la deistituzionalizzazione quali, a titolo esemplificativo:

- Esperienze brevi - Cicli di weekend fuori casa; - Percorsi finalizzati alla nascita del gruppo appartamento; - Percorsi di deistituzionalizzazione; - Laboratori di vario tipo per favorire l'indipendenza e l'inclusione lavorativa; - Attività di housing sociale per creare condizioni di transizione naturale dal "durante" al "dopo di noi"; - Attività di training sostenuta da un educatore professionale per favorire lo sviluppo dell'autonomia, dell'autodeterminazione e delle competenze personali;- Laboratori di cucina, di animazione socioculturale, teatrali, di arteterapia, di espressione corporea, di musicoterapia, laboratori scolastici, attività ludico ricreative quali ad esempio, campus, grest; - Interventi sociali ed integrativi per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana; - Centri diurni

**TIPOLOGIA B) MINORI/ADULTI/ANZIANI
Servizi e percorsi a sostegno di soggetti/famiglie vulnerabili con rischio accentuato di marginalità sociale**

Trattasi di percorsi programmati rivolti al sostegno di soggetti che, in possesso di minime risorse di carattere socio-economico, attraversano forme di crisi causate da situazioni contingenti di bisogno quali perdita imprevista del posto di lavoro; separazioni coniugali; famiglie monogenitoriali; neo maggiorenni usciti dai percorsi di accoglienza per i minori; emergenza abitativa - forme di disagio esistenziale – soggetti vittime di tracollo finanziario – soggetti vittime di violenza - etc. Gli interventi richiesti dovranno tradursi in azioni di sostegno alla persona basati su percorsi di accompagnamento allo sviluppo della capacità individuale così da permettere il superamento delle condizioni di fragilità attraverso:

* sostegno delle persone che non riescono a provvedere autonomamente alla soddisfazione dei bisogni primari (banco alimentare, distribuzione di abbigliamento, etc)

* accoglienza per emergenza abitativa, housing sociale per famiglie con minori/anziani (servizi di accoglienza, housing led o housing first.)

* attività di contrasto alla condizione di povertà caratterizzata da privazione ed emarginazione (laboratori espressivi, di animazione socio culturale, teatrali, espressione corporea, musicoterapia, arte terapia, laboratori scolastici, attività ludico ricreative, attività ludico ricreative quali ad esempio, campus, grest, laboratorio di cucina, orto sociale, etc.)

* forme di sostegno psicologico e interventi strutturati per il recupero delle situazioni connesse a forme di disagio esistenziale o da eventi traumatici

TIPOLOGIA C) ADULTI / ANZIANI

Servizi di supporto al disagio sociale

Altri interventi/servizi riconducibili a quelli previsti dal D. Lgs. 147/2017 compatibili anche con il Patto di inclusione previsto dal Reddito di cittadinanza, (fatti salvi il servizio sociale professionale e il segretariato sociale) come di seguito indicato:

- 1) sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare;
- 2) servizi di prossimità;
- 3) misure di sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
- 4) servizio di mediazione culturale;
- 5) servizio di pronto intervento sociale
- 6) servizi di conciliazione tra tempo di lavoro e tempo di cura
- 7) servizi formativi ed informativi di sostegno alla genitorialità
- 8) servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora
- 9) A.P.L. (agenzia per il lavoro)

Art. 3 – REQUISITI DI PARTECIPAZIONE-

I soggetti che intendono aderire devono possedere quanto dichiarato nella domanda di iscrizione e relative dichiarazioni di cui all'Allegato 1) in particolare :

- Possesso dei **requisiti di idoneità generale**, che attestati tramite la sottoscrizione dei modelli di autocertificazione, l'Ufficio di Piano provvederà a verificare, e precisamente:
 - Assenza di cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. 50/2016;
 - Rispetto degli obblighi connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori contenute nel D.Lgs. 81/2008 e ss.mm. e ii.
- Possesso di **requisiti specifici di idoneità professionale** (iscrizione nei pubblici registri nazionali/regionali):

- PER LE COOPERATIVE SOCIALI (non iscritti Albo accreditamento distrettuale) iscrizione all'Albo Regionale delle cooperative sociali con oggetto sociale affine a quello oggetto del presente avviso
- PER LE ONLUS: iscrizione al registro nazionale delle ONLUS per la categoria affine all'oggetto del presente avviso
- PER LE ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE atto costitutivo o statuto con fini istituzionali affini a quelli oggetto del presente avviso ed iscrizione al registro regionale delle APS;
- PER LE ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO atto costitutivo o statuto con fini istituzionali affini a quelli oggetto del presente avviso ed iscrizione al registro generale o regionale delle organizzazioni volontariato (specificando la/le sezioni di appartenenza A/B/C/D/E)
- PER TUTTI GLI ALTRI ORGANISMI DEL TERZO SETTORE : atto costitutivo o statuto con fini istituzionali affini a quelli oggetto del presente avviso ed iscrizione al relativo registro regionale (Registro reg.le Associazioni di solidarietà familiare/Registro degli assistenti familiari,Albo Enti di formazione professionale,altro.....) ove previsto
- PER I SOGGETTI PRIVATI: iscrizione ad albi, ordini, camera di commercio, ecc., ove previsti....

4 - Possesso dei Seguenti **Requisiti Organizzativi**

4.A - possedere comprovata esperienza da almeno 1 anno nel campo dell'erogazione di servizi o attività per interventi di:

Tipologia A) in favore di persone con disabilità, disabilità grave;

Tipologia B) Servizi di contrasto alla marginalità sociale (minori, adulti, anziani) Percorsi a sostegno di soggetti/famiglie vulnerabili con rischio accentuato di marginalità sociale;

Tipologia C) Servizi di supporto al disagio sociale (adulti - anziani),

come meglio sopra descritti

4.B - dimostrare l'adeguato livello di qualità nella gestione di Servizi o nella realizzazione di prestazioni nelle materie oggetto del presente avviso, attraverso la presentazione di un **PROGETTO TECNICO** relativo al Servizio che si intende gestire e/o alle prestazioni che intendono erogare.

Ciascun **PROGETTO TECNICO** dovrà contenere:

AREA DI SERVIZIO: (individuare l'area A, B, C)

ESPERIENZA DEL SOGGETTO PARTECIPANTE(descrivere le esperienze pregresse oltre quelle indicate nei requisiti di accesso attraverso la produzione di **breve relazione sull'attività svolta nell'ultimo anno di attività**)

QUALITÀ E COERENZA PROGETTUALE (analisi del contesto e descrizione dell'intervento da realizzare - la/le tipologia/e di attività, la metodologia e gli strumenti da utilizzare, in rispondenza dei bisogni del territorio, il Piano di monitoraggio degli interventi e valutazione degli esiti)

QUALITÀ E PROFESSIONALITÀ DELLE RISORSE UMANE esperienze e competenze delle risorse umane coinvolte negli interventi (titoli, qualifiche e anni di esperienza in progetti con attività simili a quelle previste dall'Avviso)

INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ Descrivere gli aspetti innovativi e la sostenibilità della proposta progettuale, rispetto agli strumenti, la metodologia e le strategie di intervento

PIANO DEI COSTI (individuare i costi del progetto sia in termini complessivi che particolareggiati in riferimento anche alle figure professionali utilizzate, indicando il contratto di lavoro di riferimento)

Art. 5 – MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Gli interessati dovranno utilizzare apposito modulo, da compilare in ogni sua parte pena l'esclusione, disponibile on line sul sito www.comune.gravina.di.catania.ct.it e sul sito dei Comuni ricadenti nel Distretto socio sanitario.

La domanda di iscrizione (Allegato SUB C) da inviare esclusivamente via PEC all'indirizzo ufficiopiano1328.comunegravinact@legalmail.it, deve essere firmata digitalmente dal legale rappresentante o da altro soggetto autorizzato, corredata dalla fotocopia di documento d'identità in corso di validità e completa della documentazione richiesta,

con indicazione dell'oggetto: *“Iscrizione alla long list.....”*.

In fase di preliminare dichiarazione di interesse alla long list, le istanze dovranno pervenire **entro il 15 Aprile 2020** ; successivamente la lista sarà oggetto di aggiornamenti.

A seguito della verifica positiva del possesso dei requisiti, verrà proposta la firma di apposito patto di accreditamento, che verrà approvato con successivo provvedimento del responsabile dell'ufficio piano, con cui si disciplinano i rapporti intercorrenti con codesto Distretto socio sanitario 19, a seguito del quale verrà disposta l'iscrizione alla long list.

f.to Il Responsabile dell'UAS

dott.ssa G. Scalia

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 19

GRAVINA DI CATANIA

095/7447121 - distrettosociosanitario19@gmail.com -

PEC:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UNA LONG LIST DI ASSOCIAZIONI/ENTI DI PROMOZIONE SOCIALE/ORGANIZZAZIONI A VARIO TITOLO DISPONIBILI AD ATTIVARE FORME SPERIMENTALI DI ASSISTENZA SOCIALE ATTRAVERSO VOUCHER DI SERVIZIO

AI DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19

di GRAVINA DI CT

Viale Marconi n. 6

GRAVINA DI CT

PEC:ufficiopianol328.comunegravinact@legalmail.it

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / ____

C.F. _____

residente in _____ (cap ____)

Via/Piazza _____ n. _____

in qualità di legale rappresentante del _____

avente sede legale in _____ (cap ____)

Via/Piazza _____ n. _____

e sede operativa in _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.F./P.IVA _____

Tel. _____ e-mail _____ PEC _____

MANIFESTA INTERESSE

AD ISCRIVERSI ALLA LONG LIST DI ASSOCIAZIONI/ENTI DI PROMOZIONE SOCIALE/ORGANIZZAZIONI A VARIO TITOLO DISPONIBILI AD ATTIVARE FORME SPERIMENTALI DI ASSISTENZA SOCIALE

attraverso (ente/Associazione etc.) _____
iscritta al

- ☐ **Registro nazionale delle ONLUS (indicare numero e data)** _____
- ☐ **Registro regionale Enti di promozione sociale - Art.64 L.R.n.9/2015 (indicare numero e data)** _____
- ☐ **Registro regionale Associazioni di solidarietà familiare- Art. 16 L.R .n.20/2003 (indicare numero e data)** _____
- ☐ **Registro generale regionale Organizzazioni del volontariato - Artt.6 e 7 L.R.n.22/94 (indicare numero e data)** _____
- ☐ **Registro regionale Assistenti familiari - Art.2 D.A. n. 807 del 22.04.2010 (indicare numero e data)**

- ☐ **Altro (albo, iscrizione Camera di commercio, Ordine prof, ecc) -----**

ALLEGA

- 1) autodichiarazione del legale rappresentante dell' assenza delle cause di esclusione previste dall'art. 80 del decreto legislativo 50/2016 e ss.mm.ii.
- 2) autodichiarazione del rispetto degli obblighi connessi alle disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei lavoratori contenute nel D.Lgs. 81/2008 e ss.mm. e ii.
- 3) autodichiarazione di iscrizione Albo, ordine professionale, Camera di commercio, con indicazione del numero del decreto al fine di poter effettuare le verifiche;
- 4) Atto costitutivo e Statuto adeguati secondo i contenuti del D.leg.vo n.117/2017
- 5) **PROGETTO TECNICO** relativo al Servizio che si intende gestire e/o alle prestazioni che intendono erogare, secondo le modalità indicate nell'Avviso pubblico al punto 4B.
- 6) dichiarazione del possesso dei **Requisiti Organizzativi di cui al punto 4 dell'Avviso**
- 7) Fotocopia documento di identità in corso di validità
- 8) Dichiarazione di consenso del trattamento dei dati
- 9) Ogni altra documentazione ritenuta utile (allegare)

Luogo e data

Timbro e firma del Legale Rappresentante

DENOMINAZIONE ENTE

Progetto tecnico

AREA DI SERVIZIO: (individuare l'area A, B, C)_____

1. Esperienza del Soggetto partecipante

(descrivere le esperienze pregresse oltre quelle indicate nei requisiti di accesso attraverso la produzione di **breve relazione sull'attività svolta nell'ultimo anno di attività**)

2. PROGETTO TECNICO DESCRITTIVO DEL SERVIZIO/SERVIZI CHE SI INTENDE ATTIVARE

2.1 Qualità e coerenza progettuale

(analisi del contesto e descrizione dell'intervento)

Descrivere la/le tipologia/e di attività, la metodologia e gli strumenti da utilizzare, in rispondenza dei bisogni del territorio

Piano di monitoraggio degli interventi e valutazione

2.2. Qualità e professionalità delle risorse umane

Esperienze e competenze delle risorse umane coinvolte negli interventi (titoli, qualifiche e anni

di esperienza in progetti con attività simili a quelle previste)

2.3. Innovazione e sostenibilità

Descrivere gli aspetti innovativi e la sostenibilità della proposta di servizio , rispetto agli strumenti, alla metodologia e alle strategie di intervento

2.4. Piano dei Costi (distinto per ciascun servizio proposto)

Piano dei costi

(N.B.: il progetto tecnico dovrà rispettare la dimensione massima di tre pagine)

ALLEGATI

- * Atto costitutivo e statuto adeguati secondo i contenuti del D.leg.vo n.117/2017**
- * Fotocopia documento di identità**
- * Ogni altra documentazione ritenuta utile (allegare)**

firma e data

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19
COMUNE DI GRAVINA DI CATANIA
UFFICIO AUTONOMO INTERCOMUNALE

ISCRIZIONE N. DEL

SCHEMA DI PATTO DI ACCREDITAMENTO.

CON ENTI DEL TERZO SETTORE PER L'ATTIVAZIONE DI FORME SPERIMENTALI E NON DI ASSISTENZA
SOCIALE ATTRAVERSO VOUCHER DI SERVIZIO NEI SERVIZI NON TIPIZZATI DALLA L.R. 22/86

PREMESSO che la legge nazionale N. 328 "Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" - recepita con le "Linee Guida per l'attuazione del Piano Socio sanitario della Regione Siciliana" DPRS del 4 Novembre 2002 e dall'Indice Ragionato per la Stesura del Piano di zona ha dato ampia rilevanza all'Istituto dell'accreditamento per l'erogazione dei servizi alla persona, al fine di definire e standardizzare l'offerta del territorio;

DATO ATTO che è necessario ampliare ,nel territorio distrettuale, l'offerta dei servizi e degli enti non profit in risposta anche alle nuove Emergenze Sociali e che una delle priorità dell' Ufficio autonomo intercomunale è quella di implementare i servizi , nell'ottica di governance inclusiva, perseguendo l'obiettivo di rispondere alle nuove marginalità sociali, coniugando le forme di intervento previste dalla normativa regionale e statale vigenti in materia, con la necessità di diversificare le modalità operative.

REPUTATO OPPORTUNO,al fine di sostenere i servizi utili ad affrontare le Emergenze Sociali, attraverso l'erogazione di servizi ed interventi volti a soddisfare esigenze fronteggiando forme e condizioni di marginalità e/o fragilità sociale, sia di tipo primario che di tipo complesso, in soggetti che necessitano assistenza, anche non riconducibili a servizi attualmente erogati attraverso il sistema dell'accreditamento distrettuale ex L.R. 22/86, attivare forme di accreditamento che rispondano alle nuove esigenze prima riportate;

CONSIDERATO CHE la costituzione della long list ha come obiettivo quello di prevedere forme sperimentali e non di assistenza sociale in favore di disabili, anziani, minori, famiglie ed adulti attraverso l'assegnazione di voucher di servizio

DATO ATTO CHE la formula ricercata attraverso la long list e' quella di un ampio coinvolgimento del TERZO SETTORE privato al fine dei realizzare forme di "cogestione" delle NUOVE FORME E CONDIZIONI DI MARGINALITA' SOCIALE nella consapevolezza che non è solo il risparmio di spesa l'obiettivo da raggiungere ma anche il miglioramento della qualità dei servizi pubblici e l'innovazione dell'organizzazione Amministrativa in una logica di ricerca permanente di sinergie tra il soggetto pubblico ed i possibili soggetti privati da coinvolgere.

TRA

La Responsabile dell'Ufficio Autonomo Speciale Piano di Zona, d.ssa SCALIA GIUSEPPA, nata SAN GREGORIO DI CATANIA il 27/02/1966, cod. fisc. SCL GPP 66B67 H400P, domiciliata per la carica presso il Comune di Gravina di Catania Capofila del Distretto socio-sanitario 19 cod. fisc. 80006830873 come sopra generalizzato, la quale interviene nel presente atto in nome per conto del distretto stesso e dei 13 Comuni che lo compongono e che aderiscono ai contenuti in esito alla deliberazione Comitato dei Sindaci approvata in data 18/04/2018 e segnatamente Comuni di:

Gravina di Catania, Pedara, Nicolosi , San Giovanni La Punta, Valverde , San Gregorio di Catania , Tremestieri Etneo, Mascalucia , San Pietro Clarenza, Camporotondo Etneo, Trecastagni , Viagrande, Sant'Agata Li Battiati

E

il Sig nato a il res.te a – VIA n..... cod.fisc. n.q.di Legale rappresentante p.t. Società cooperativa socialecon sede legale in -CT- Via n. Partita Iva iscritta al n. del

- ☐ Registro nazionale delle ONLUS (indicare numero e data) _____
- ☐ Registro regionale Enti di promozione sociale - Art.64 L.R.n.9/2015 (indicare numero e data)
- ☐ Registro regionale Associazioni di solidarietà familiare- Art. 16 L.R.n.20/2003 (numero e data)
- ☐ Registro generale regionale Organizzazioni del volontariato - Artt.6 e 7 L.R.n.22/94(numero e data)
- ☐ Registro regionale Assistenti familiari - Art.2 D.A. n. 807 del 22.04.2010 (indicare numero e data)
- ☐ Altro (albo, iscrizione Camera di commercio, Ordine prof, ecc) -----

(di seguito definito soggetto accreditato)

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 OGGETTO

Il presente Patto di Accreditamento disciplina i rapporti tra il Distretto socio-sanitario D19 ed il soggetto accreditato rispetto all'erogazione di uno o più servizi/interventi personalizzati come indicati in premessa.

Il presente Patto, per la particolarità del modulo organizzativo, come sopra indicato, è da intendersi "aperto" in relazione alla quantità di voucher di servizio prestazionali ed ai costi correlati alla esecuzione di ciascun servizio indicato nelle sotto elencate tipologie di utenti :

- 1) MINORI
- 2) ANZIANI
- 3) INABILI (MINORI ED ADULTI)
- 4) MULTIUTENZA

ART. 2 OBBLIGHI DEL SOGGETTO ACCREDITATO

Il Soggetto accreditato dichiara:

a) di conoscere ed accettare incondizionatamente oneri e vincoli esplicitati nell'avviso di manifestazione di interesse alla costituzione di una long list con i relativi allegati che s'intendono recepiti in ogni loro parte e contenuto;

b) di mantenere i requisiti di accreditamento e gli standard di qualità previsti per il servizio, così come definiti nella manifestazione di interesse alla costituzione della long list dei soggetti accreditati

Il soggetto accreditato si impegna, per tutte le tipologie di utenti indicati all'art.1 (limitatamente alla categoria per cui si è chiesta l'iscrizione), a:

1. svolgere gli interventi su Progetti Assistenziali Individualizzati come declinati nel disciplinare di manifestazione di interesse ed all'art.1 del presente Patto per cui si è accreditato, per l'intero arco temporale del servizio, su mandato dell'interessato o dell'esercente la potestà genitoriale in caso di minori previa erogazione dei voucher, tramite la sottoscrizione di un progetto personalizzato, con i servizi sociali del Comune di residenza dell'assistito
2. garantire l'immediata comunicazione al servizio sociale di riferimento, di qualsiasi evento di carattere straordinario riguardante l'andamento del servizio nonché delle eventuali difficoltà dei rapporti tra il soggetto accreditato e il fruitore dell'intervento;
3. fornire al Servizio Sociale di riferimento elementi di conoscenza rispetto all'andamento quali-quantitativo del servizio;
4. informare il Distretto di ogni nuova iniziativa a carattere pubblico che sia in qualsivoglia modo utile e/o connessa all'esecuzione del servizio, illustrandone finalità, contenuti e modalità, al fine di poterne valutare l'inserimento fra le attività realizzabili in seno al sistema progettuale del Distretto Socio Sanitario 19.

ART.3 MODALITA' DI ESECUZIONE DEL SERVIZIO

Per la realizzazione delle tipologie di servizi relativi alle categorie di utenti di cui all'art. 1 concorrono in azione sinergica i seguenti attori:

SOGGETTO ACCREDITATO che si impegna a:

PROGRAMMARE, REALIZZARE E GESTIRE gli interventi individuali con il Servizio Sociale di riferimento, con gli esercenti la potestà genitoriale o con i fruitori, restando in capo ai servizi sociali la titolarità dei singoli progetti;

SOTTOSCRIVERE con il Comune di residenza dell'utenza, il "progetto personalizzato", inteso come protocollo operativo che preveda di:

- * EFFETTUARE la presa in carico della persona in collaborazione con il servizio sociale di base;
- * DEFINIRE il progetto e la verifica periodica dello stesso, redazione di relazione ogni sei mesi sull'andamento generale, trasmissione al Comune dei dati necessari all'assolvimento di ogni debito informativo
- * FORNIRE ai servizi sociali che hanno attivato i voucher:
 - una relazione socio-educativa descrittiva dei singoli interventi e di valutazione sull'andamento del singolo progetto ogni sei mesi o più frequentemente su richiesta motivata del Servizio Sociale;
 - una relazione a consuntivo finale sulle attività e l'organizzazione;

Il progetto personalizzato sarà sottoscritto unitamente agli operatori del Servizio Sociale Professionale del Comune interessato, agli utenti o loro familiari. Esso costituisce un'assunzione di

responsabilità e una condivisione nei confronti degli obiettivi e delle attività individuate, **in forma di corresponsabilità nella progettazione, attuazione e controllo del progetto sociale.**

DISTRETTO

Ha compiti di coordinamento dei progetti gestiti in maniera centralizzata, collabora con i Servizi Sociali dei Comuni del Distretto socio sanitario 19, ed in particolare ha il compito di

- * SOTTOSCRIVERE con l'ente accreditato, il "Patto di Accreditamento", come descritto all'art 1 che precede

- * EROGARE i voucher e atti consequenziali, ivi inclusa la liquidazione degli stessi

Per garantire il raccordo e l'integrazione fra i diversi soggetti coinvolti nella realizzazione del servizio/intervento, per le tipologie di fruitori, qualora il Servizio Sociale richieda l'intervento mediatore o di coordinamento del Distretto Socio Sanitario promuove:

1. incontri di verifica dei progetti tra Assistente Sociale di riferimento, operatori del soggetto accreditato e destinatari dell'intervento;
2. incontri di verifica di gestione del/dei casi singoli tra l'assistente sociale di riferimento e il referente del soggetto accreditato, in caso di problemi, difficoltà, emergenze, ma anche a campione;
3. incontri di verifica complessiva del Servizio nel distretto tra il responsabile dell'ufficio di piano o suo delegato e i responsabili dei Soggetti accreditati, almeno uno all'anno.

SERVIZIO SOCIALE DI RIFERIMENTO che si impegna a :

- * REDIGERE il progetto personalizzato in collaborazione con il soggetto accreditato ed il beneficiario dell'intervento o suo referente familiare (esercente la potestà, tutore, curatore etc.) .

- * AUTORIZZARE l'avvio dei servizi

- * RELAZIONARE al Distretto in esito all'andamento del progetto secondo le medesime scadenze previste per il soggetto accreditato e, in ogni caso, rendere a fine servizio idonea attestazione.

- * PROGRAMMARE gli interventi nel proprio Comune all'interno della rete comunale dei servizi

- * PROMUOVERE LA INTEGRAZIONE TRA I VARI ENTI

- * FORNIRE al Distretto Socio sanitario dati aggregati funzionali alla programmazione, gestione e monitoraggio delle attività distrettuali

ART. 4 REMUNERAZIONE DEL SERVIZIO

La remunerazione del servizio avverrà tenuto conto delle figure professionali impiegate, secondo la tipologia contrattuale applicata alle stesse, e del piano economico dei costi presentato dal soggetto accreditato in sede di definizione del progetto personalizzato.

In ogni caso non sarà possibile superare il budget assegnato dalla programmazione distrettuale.

ART. 5 OBBLIGHI VERSO L'UTENZA – LIBERTA' DI SCELTA DELL'ASSISTITO

a) L'utente, o persona autorizzata alla sua rappresentanza a norma di legge (esercitante la potestà, tutore, curatore etc.), sceglie liberamente dalla LONG LIST degli enti iscritti il soggetto accreditato a cui rivolgersi per l'erogazione delle prestazioni.

Qualora subentrino reali motivi di insoddisfazione durante l'erogazione delle prestazioni medesime, ha la facoltà di scegliere un altro ente accreditato.

In ogni caso, l'assistito o uno dei suoi familiari comunicherà, per iscritto, all'ufficio preposto la volontà di scelta o di modifica del fornitore della prestazione di servizio

L'ente accreditato non avrà a pretendere dalla amministrazione comunale per non essere stato scelto da alcun utente

b) Lo svolgimento delle prestazioni offerte verrà garantito ed adeguato prontamente alle mutevoli necessità di soggetti in condizione di fragilità sociale attraverso personale qualificato e ritenuto idoneo a svolgere le relative funzioni, previo raccordo con il Servizio Sociale Professionale di riferimento con cui occorrerà procedere alla modifica del progetto personalizzato;

c) Il personale adibito ai servizi/interventi verrà monitorato al fine di assicurare che lo stesso osservi comportamento improntato alla massima correttezza e ad agire in ogni occasione con la diligenza professionale del caso; è fatto espresso divieto al personale di richiedere/accettare compensi di qualsiasi natura dai soggetti "fruitori";

d) Il soggetto accreditato dovrà predisporre adeguata polizza assicurativa, a favore dell'utente, per i danni che dovessero occorrere agli stessi o a terzi nel corso dello svolgimento di specifiche forme di servizio, che potrebbero comportare rischi specifici.

ART. 6 OBBLIGHI VERSO IL PROPRIO PERSONALE

Tenuto conto della peculiarità del settore in cui opera tale patto, il soggetto accreditato si impegna a :

* comunicare al Servizio sociale professionale del Comune di residenza dell'assistito, i nominativi e relativi titoli professionali degli operatori prescelti in funzione delle prestazioni da erogare agli utenti, secondo i dettami stabiliti dal progetto personalizzato e dal presente patto;

* assicurare che il proprio personale sia sottoposto ad un idoneo regime contrattuale retribuendolo in misura non inferiore a quella stabilita dal CCNL prescelto ed assicurando l'assolvimento di tutti gli conseguenti previdenziali, contributivi, assicurativi e fiscali;

* garantire la immediata sostituzione del personale per qualsiasi motivo assente, nonché di quello che non dovesse risultare idoneo, per qualsivoglia motivo, allo svolgimento del servizio stesso; le eventuali sostituzioni dovranno essere comunicate al Responsabile Servizi sociali del Comune;

* assicurare il personale addetto contro gli infortuni, obbligandosi, altresì, a far osservare scrupolosamente le norme antinfortunistiche e a dotarlo di tutto quanto necessario promuovendo la partecipazione a idonei corsi di formazione per la sicurezza sul lavoro, anche organizzati in via diretta.

ART. 7 OBBLIGHI VERSO IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Il soggetto accreditato è responsabile nei confronti dell'Ufficio di Piano dell'esatto adempimento delle prestazioni oggetto del Patto. E' altresì, responsabile nei confronti dell'ufficio di piano e dei terzi dei danni di qualsiasi natura, materiali o immateriali, diretti ed indiretti, causati a cose o persone e connessi alla mancata esecuzione o rispetto del Patto, anche se derivanti dall'operato dei suoi dipendenti e collaboratori.

È fatto obbligo al soggetto accreditato di mantenere l'Ufficio di Piano e i servizi sociali dei Comuni sollevati ed indenni da richieste di risarcimento dei danni e da eventuali azioni legali promosse da terzi.

Il soggetto accreditato dichiara di aver stipulato apposita polizza assicurativa, per i rischi in oggetto, come indicato in dettaglio agli artt. 5 e 6 del presente patto

ART.8 VALIDITA' DEL PATTO

Il presente Patto ha validità dalla data di sottoscrizione del presente atto fino alla successiva revisione dello stesso.

L'Efficacia del presente patto di accreditamento resta comunque subordinata all'effettivo permanere in capo al soggetto accreditato dei requisiti di accesso indicati dall'avviso manifestazione di interesse.

La ditta può dichiarare formale rinuncia all'accredimento con preavviso di almeno 30 giorni. In tal caso resta onerata della conclusione dei progetti /servizi eventualmente ancora in corso. Tale norma non trova applicazione in caso di perdita dei requisiti rispetto al quale la cancellazione dalla long list ha effetto immediato.

ART. 9 CAUSE SOPRAVVENUTE SOSPENSIONE

Per motivi di pubblico interesse o per fatti sopravvenuti non imputabili ai servizi sociali dei Comuni o all'ufficio di piano, quest'ultimo sospenderà l'esecuzione delle prestazioni per tutta la durata della causa ostativa. Decorso il tempo di 90 giorni è facoltà del soggetto accreditato recedere dal Patto senza diritto ad indennizzo alcuno, fatto salvo il pagamento delle prestazioni rese.

ART. 10 MODIFICA DEGLI ASSETTI SOCIETARI

Il soggetto accreditato è tenuto a comunicare tempestivamente al Distretto ogni modificazione intervenuta negli assetti societari, nella struttura organizzativa e negli organismi tecnici e amministrativi.

ART. 11 VIGILANZA E CONTROLLI

L'Ufficio di Piano provvederà ad effettuare i controlli, in qualsiasi momento, rispetto al mantenimento dei requisiti minimi inderogabili e dei requisiti di qualità soggettivi per l'accredimento richiesti e previsti nell'Avviso ed alle caratteristiche presenti nell'offerta progettuale dell'accreditato. A tal fine potrà utilizzare le modalità di verifica e controllo ritenute più adeguate rispetto alla specificità del servizio, anche avvalendosi di soggetti esterni indipendenti e qualificati. I controlli saranno effettuati tramite richiesta di produzione di documentazione o tramite la convocazione dei referenti interessati e/o tramite sopralluogo presso la struttura da accreditare. L'Ufficio si riserva, comunque, la facoltà di effettuare sopralluoghi di verifica in sede. Le attività di verifica potranno essere effettuate da personale appositamente autorizzato, in ciascun momento e senza obbligo di preavviso.

Ai sopralluoghi dovrà partecipare il Rappresentante Legale o suo delegato, il coordinatore del servizio e una rappresentanza del personale.

ART.12 SISTEMI DI MONITORAGGIO DELLA QUALITA'

L'Ufficio di Piano si riserva la facoltà di monitorare e incentivare lo sviluppo e la diffusione di prestazioni di qualità tra i soggetti accreditati.

L'Ufficio di Piano stesso si riserva, inoltre, di richiedere ogni utile informazione necessaria ai fini di individuare anche con il supporto di metodi statistici il maggior valore degli interventi percepito dai soggetti interessati.

ART. 13 CAUSE DI RISOLUZIONE

Il presente Patto può essere risolto, con effetto immediato, nei seguenti casi:

- a) Gravi violazioni degli obblighi previsti nel patto e nei criteri di accreditamento;
- b) Impiego di personale professionale non idoneo, non qualificato e non in possesso di regolare contratto di lavoro;
- c) esiti negativi delle verifiche periodiche in attuazione delle funzioni di vigilanza e controllo da parte dell'Ufficio di Piano
- d) Mancata attivazione di interventi richiesti per n. 3 volte consecutive in un anno solare.
- e) perdita anche solo di uno dei requisiti richiesti dal Bando per l'accreditamento.
- f) gravi inosservanze delle norme legislative, regolamentari e deontologiche;
- g) per tutte le cause previste dagli artt.1453 e segg. Cod.Civ. (risolubilità del contratto per inadempimento)

Qualora ricorra una delle ipotesi di risoluzione si procederà a formale notifica di avvio del procedimento di cancellazione dalla Long List; il soggetto accreditato avrà tempo 10 giorni per fornire spiegazioni che, se ritenute esaustive, definiranno il procedimento dando luogo solo alle penalità indicate nel presente Patto.

ART. 14 OSSERVANZA DI LEGGI E REGOLAMENTI

Per ogni altra prescrizione non esplicitamente citata nel presente Patto si fa rinvio alle leggi e regolamenti in vigore.

In caso di emanazione di norme legislative o regolamentari, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali generali, incidenti sul contenuto del Patto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato, previa adeguata informazione fra le Parti.

ART. 15 SPESE

Tutte le spese e diritti del presente atto, inerenti e conseguenti, ivi comprese le imposte e le tasse relative fino alla sua completa esecuzione, sono a carico dell'accreditato.

ART. 16 SOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

Eventuali controversie relative al presente Patto, o comunque allo stesso anche indirettamente connesse, saranno definite dall'Autorità Giudiziaria del foro di Catania

ART. 17 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, i dati personali formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

L'accreditato è designato quale Responsabile del trattamento dei dati personali che saranno raccolti in relazione all'espletamento del servizio e si obbliga a trattare i dati esclusivamente al fine dell'espletamento del servizio.

L'accreditato dichiara di conoscere gli obblighi previsti dalla predetta legge a carico del responsabile del trattamento e si obbliga a rispettarli, nonché a vigilare sull'operato degli incaricati del trattamento. Le parti prestano il proprio reciproco consenso al trattamento dei propri dati personali all'esclusivo fine della gestione amministrativa e contabile del presente Patto con facoltà, solo ove necessario per tali adempimenti, di fornirli anche a terzi.

ART. 18 REGISTRAZIONE

Il presente Patto di accreditamento sarà soggetto a registrazione in caso d'uso.

ALLEGATI AL PATTO ACCREDITAMENTO

All. A – **Adesione**

All. B - **Progetto assistenziale personalizzato**

All.C -**Dichiarazione sulla correttezza del servizio reso**

GRAVINA DI CATANIA , il _____

p. Distretto SS 19

Il Responsabile _____

p. il Soggetto Accreditato

Il legale rappresentante p.t. _____

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19

COMUNI DI GRAVINA DI CT- TREMESTIERI E. -MASCALUCIA - SAN GIOVANNI LA PUNTA - CAMPOROTONDO - SAN GREGORIO DI CT -
SAN PIETRO CLARENZA - VALVERDE- VIAGRANDE - NICOLOSI -SANT'AGATA LI BATTIATI - PEDARA -TRECASTAGNI

Allegato "A" AL PATTO DI ACCREDITAMENTO

Spett.le Ufficio di Servizi sociali

del Comune di _____

Oggetto:ATTIVAZIONE DI FORME SPERIMENTALI E NON DI ASSISTENZA SOCIALE ATTRAVERSO VOUCHER DI SERVIZIO NEI SERVIZI NON TIPIZZATI DALLA L.R. 22/86 **Intervento attraverso progetto assistenziale personalizzato - Adesione**

Il/la sottoscritto/sottoscritta _____ nato /a _____ il
_____ residente a _____ via _____

**IN ESITO ALLA REALIZZAZIONE DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUATA NEL PROPRIO PIANO PERSONALIZZATO E
CONSISTENTE IN _____**

Prende atto della long list degli enti del terzo settore attuatori di servizi on standardizzati e **con la presente**

SCEGLIE

L'ENTE DEL TERZO SETTORE _____

Iscritto al n _____ della summenzionata Long List

per l'intervento denominato _____

ed ADERISCE

- al progetto assistenziale personalizzato proposto da _____

(indicare associazione /ente di promozione sociale/organizzazione a vario titolo)

- conformemente alla carta dei servizi ai seguenti ulteriori servizi migliorativi/aggiuntivi proposti (in
forma gratuita) _____

Comune di _____ lì _____

Per accettazione

firma/famiglia _____

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19

COMUNI DI GRAVINA DI CT- TREMESTIERI E. -MASCALUCIA - SAN GIOVANNI LA PUNTA - CAMPOROTONDO - SAN GREGORIO DI CT -
SAN PIETRO CLARENZA - VALVERDE- VIAGRANDE - NICOLOSI -SANT'AGATA LI BATTIATI - PEDARA -TRECASTAGNI

Allegato "b" al patto di accreditamento _____

**ATTIVAZIONE DI FORME SPERIMENTALI E NON DI ASSISTENZA SOCIALE
ATTRAVERSO VOUCHER DI SERVIZIO PER ATTIVITA' NON TIPIZZATE DALLA L.R. 22/86**

**PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO FINALIZZATO ALLA
EROGAZIONE DI VOUCHER DI SERVIZIO**

Cognome _____ Nome _____
luogo di nascita _____ data di nascita _____
Comune di residenza _____
Indirizzo _____
tel. _____ Mail _____
Stato civile: ☐ coniugato ☐ separato/divorziato ☐ vedovo ☐ celibe/nubile
Sesso: ☐ F ☐ M
Istruzione: _____
ultima professione _____
invalidità civile: ☐ sì ☐ no ☐ certificazione di cui alla legge 104/1992 art. 3 comma 3
indennità accompagnamento: sì ☐ no ☐ in attesa di istruttoria ☐

NUCLEO FAMILIARE DI CONVIVENZA

Parentela	Cognome	Nome	Età	Attività lavorativa	Scolarità

RETE FAMILIARE E SOCIALE DI SUPPORTO PRESENTE

Cognome e Nome	Età	Relazione	Recapito telefonico	Note

A- Obiettivi e risultati che si intendono raggiungere

B- Prestazioni richieste (BREVE DESCRIZIONE)

C- Figure professionali impegnate

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Altro _____

D- Servizi socio assistenziali usufruiti

Durata del programma-----

Valutazione-----

Strumenti: -----

Referente Servizio Sociale del Comune

Referente UVM/UVD (EVENTUALE)

(Firma)

(Firma)

Beneficiario/Referente Familiare

(Firma per approvazione e sottoscrizione)

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19

COMUNI DI GRAVINA DI CT- TREMESTIERI E. -MASCALUCIA - SAN GIOVANNI LA PUNTA - CAMPOROTONDO - SAN GREGORIO DI CT - SAN PIETRO CLARENZA - VALVERDE- VIAGRANDE - NICOLOSI -SANT'AGATA LI BATTIATI - PEDARA -TRECASTAGNI

Allegato "C" AL PATTO DI ACCREDITAMENTO

Spett.le Comune di _____

Oggetto: ATTIVAZIONE DI FORME SPERIMENTALI E NON DI ASSISTENZA SOCIALE ATTRAVERSO VOUCHER DI SERVIZIO NEI SERVIZI NON TIPIZZATI DALLA L.R. 22/86 **Intervento denominato** _____

DICHIARAZIONE SULLA CORRETTEZZA DEL SERVIZIO RESO

Il/la sottoscritto/sottoscritta _____ nato /a _____ il _____
residente a _____ via _____

in qualità di Utente beneficiario del servizio denominato _____

oppure Familiare dell'utente

(nome e Cognome) _____

nato a _____ il _____

residente a _____

in Via/piazza _____

DICHIARA

che la _____ (indicare associazione /ente di promozione sociale/cooperativa sociale /organizzazione a vario titolo) **ha prestato il servizio in oggetto nel periodo di** _____ **consistente nelle prestazioni di** _____ **e per n.** _____ **ore complessive pari a** _____ **in favore del proprio familiare con correttezza e puntualità.**

_____ li _____

Il Dichiarante
