



CITTA' DI AMANTEA
(Prov. di Cosenza)

DETERMINAZIONE DEL RESPONSABILE
SERVIZI SOCIALI

N° Registro del Servizio <u>50</u>	DATA ESECUTIVITA' _____
N° Registro Generale <u>364</u>	
N° ALBO <u>133</u> del <u>27 FEB. 2015</u>	Al _____

TRASMISSIONE A:	SINDACO	SEGRETARIO	ALTRI _____
-----------------	---------	------------	-------------

Oggetto: Ambito Territoriale Sociale N.3 (A.T.S.) - Accreditamento sperimentale/costituzione elenco soggetti attuatori di prestazioni integrative di cui al Progetto "HOME CARE PREMIUM 2014 - ASSISTENZA DOMICILIARE" per non autosufficienti - INPS Gestione Ex Inpdap.

Il giorno 27 del mese di FEBBRAIO dell'anno **duemilaquindici** e nel proprio ufficio,

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE DEL SERVIZIO

PREMESSO che il Comune di Amantea in qualità di Comune Capofila dell'Ambito territoriale N.3, ha sottoscritto con l'Inps - Gestione Ex INPDAP l'accordo di programma Prot.n.20330 in data 22/12/2014 per la gestione coordinata ed integrata di progetti innovativi e sperimentali di Assistenza domiciliare, a valere sull'avviso Home Care Premium 2014;

CONSIDERATO che il Progetto "HOME CARE PREMIUM 2014" oltre all'attribuzione di prestazioni prevalenti, prevede, ad integrazione di queste ultime, il riconoscimento di prestazioni integrative, sempre interamente a carico dell'Istituto, ma erogate dal soggetto proponente;

Considerato che è necessario procedere ad attivare un sistema di accreditamento di soggetti attuatori locali per l'erogazione delle prestazioni integrative, di cui al Progetto Home Care Premium 2014;

RAVVISATA, pertanto, la necessità di attivare le procedure per la pubblicazione di un Avviso Pubblico per l'accreditamento sperimentale/costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2014";

VISTO il D.Lgs 18.08.2000, n.267;

STANTE la propria competenza in merito;

DETERMINA

- 1) **DI PRENDERE ATTO** della premessa quale parte integrante e sostanziale del presente atto;

2) **DI APPROVARE** la seguente documentazione allegata al presente provvedimento:

- schema di avviso pubblico;
- modello di domanda

3) **DI PROCEDERE** alla pubblicazione dell'Avviso Pubblico all'Albo Pretorio on line del Comune di Amantea in qualità di Comune capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n.3;

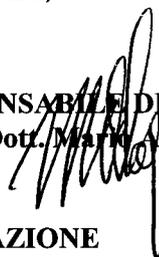
4) **DARE ATTO:**

- a) che la presente determina diventa esecutiva ad intervenuta acquisizione del visto favorevole in ordine alla regolarità contabile, con attestazione della copertura finanziaria, da parte del responsabile di ragioneria ai sensi dell'art.153, comma 5, D.Lgs 18.08.2000 n°267 (T.U.E.L.) e art.7 Regolamento di contabilità;
- b) che ai fini della pubblicità degli atti e della trasparenza amministrativa, la presente sarà pubblicata all'albo pretorio comunale per quindici giorni consecutivi.

5) **RIMETTERE** copia della presente:

- a) All'ufficio di Ragioneria per i provvedimenti di competenza;
- b) All'ufficio Segreteria per la pubblicazione all'albo.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
(Dott. Maria ALOE)



VISTI ED ATTESTAZIONI SU DETERMINAZIONE

UFFICIO DI RAGIONERIA

VISTO PER LA REGOLARITA' CONTABILE ED ATTESTAZIONE DI COPERTURA FINANZIARIA ai sensi dell'art. 153, comma 5, D. Lgs. 18.08.2000, n°267(Testo Unico Enti Locali) ed art. 7 Regolamento di Contabilità.	-somma stanziata
Intervento _____ cap ____/PEG	-variaz. In aumento
Bilancio Corrente Esercizio	-variaz. In diminuzione.....
Competenza	-somme già impegnate.....
Si da atto che la copertura finanziaria è assicurata dallo stanziamento sopra individuato che presenta la situazione contabile come da prospetto a fianco	-somma disponibile.....
Il responsabile di Ragioneria (Dott.ssa Maria Luisa MERCURI)	Data.....
 Il Responsabile
	... (Dott.ssa Maria Luisa MERCURI)

PUBBLICAZIONE

Copia della presente è stata pubblicata all'Albo dell'Ente per 15 gg. consecutivi

dal _____ al _____

IL RESPONSABILE DELL'ALBO



CITTA' DI AMANTEA

(Prov. di Cosenza)

Prot. n. _____ del _____

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N. 3
COMUNE CAPOFILA: AMANTEA (CS)

AVVISO PUBBLICO

Per l'Accreditamento sperimentale/constituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2014 - Assistenza domiciliare" per NON AUTOSUFFICIENTI - INPS - Ex Gestione INPDAP.

In esecuzione:

della Legge 8 Novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"

dell'Accordo di Programma per la gestione coordinata ed integrata di progetti innovativi e sperimentali di Assistenza Domiciliare, a valere sull'Avviso Home Care Premium 2014

della propria Determinazione Dirigenziale n° 130 del 11.02.2015

SI RENDE NOTO

Il Comune di Amantea Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3, in qualità di Soggetto Proponente ha aderito al Progetto "Home Care Premium" 2014, approvato con atto formale dall'INPS ai sensi e per gli effetti del DM 463/98, nel quale si sottolinea che l'INPS ha tra i propri scopi istituzionali, l'erogazione di prestazioni sociali in favore dei dipendenti e dei pensionati pubblici e dei loro familiari. Tra le finalità dell'Istituto si annoverano varie politiche d'intervento in favore dei propri utenti, azioni a favore di soggetti non autosufficienti e, in particolare, a sostegno delle persone anziane, finalizzate alla prevenzione del decadimento cognitivo. Tra le differenti modalità di intervento a supporto della disabilità e non autosufficienza si è scelto di valorizzare l'assistenza domiciliare, da cui la denominazione del Progetto: Home Care Premium, ovvero un contributo "premio" finalizzato alla cura, a domicilio, delle persone non autosufficienti.

Il Comune di Amantea, in qualità di Capofila dell'A.T.S. n. 3, in data 22/12/2014, Prot. n. 20330, ha sottoscritto l'Accordo di Programma per la gestione coordinata ed integrata di interventi di Assistenza Domiciliare, a valere sull'Avviso Home Care Premium 2014.

Con tale sottoscrizione il Soggetto Proponente si è impegnato a dare attuazione al programma di assistenza domiciliare in favore degli utenti Inps - gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali e gestione magistratale e dei pensionati della gestione dipendenti pubblici - secondo le modalità definite nell'Accordo di Programma sottoscritto per la gestione coordinata ed integrata del Progetto Home Care Premium 2014.

Il progetto di Assistenza Domiciliare "HOME CARE PREMIUM 2014" oltre all'attribuzione di prestazioni prevalenti, prevede, ad integrazione di quest'ultime, il riconoscimento di **PRESTAZIONI INTEGRATIVE**, sempre interamente a carico dell'istituto, ma erogate dal soggetto proponente (ATS N.3- Amantea Comune Capofila).

Al fine dell'erogazione di tali prestazioni integrative in favore dei cittadini si dispone la prosecuzione della sperimentazione del sistema di accreditamento di soggetti attuatori locali per l'erogazione delle prestazioni integrative, di cui al progetto H.C.P. 2014, nella forma della voucherizzazione.

Il voucher si configura nell'erogazione di un contributo progettuale personalizzato e finanziario a favore dei beneficiari che all'interno del progetto "Home Care Premium 2014" usufruiscono di Prestazioni

Integrative che saranno fornite dai soggetti inseriti in tale elenco. Il Voucher è di fatto riconducibile ad un ticket spendibile per l'acquisto di determinati servizi/prestazioni, che viene perso se non è speso per acquistare il servizio/prestazione corrispondente.

DESTINATARI DELL'AVVISO E PRESTAZIONI DA EROGARE

L'avviso si rivolge a tutti i soggetti giuridici in possesso dei requisiti necessari per svolgere attività e/o prestazioni socioassistenziali, regolarmente iscritti nei rispettivi albi e registri regionali di settore, con lo scopo di selezionare soggetti attuatori di "prestazioni integrative" individuate, da parte dell'INPS, nel citato Avviso Pubblico.

Le prestazioni definite "integrative" dal Progetto "Home Care Premium 2014" saranno erogate, dai soggetti che verranno accreditati, sulla base dei Piani Assistenziali elaborati dall'Assistente Sociale dell'Ente, e consistono in:

A. Servizi professionali domiciliari: interventi integrativi e complementari svolti esclusivamente da operatori socio-sanitari ed educatori professionali. E' esclusa qualsiasi altra figura professionale, nonché qualsiasi intervento di natura professionale sanitaria.

B. Servizi e strutture a carattere extra domiciliare: interventi integrativi e complementari di natura non sanitaria, per il potenziamento delle abilità e di prevenzione e rallentamento della degenerazione del livello di non autosufficienza, da svolgersi esclusivamente presso centri socio educativi riabilitativi diurni per disabili, centri diurni per anziani, centri di aggregazione giovanile.

C. Sollievo: interventi di sollievo domiciliare, diurna extra domiciliare e residenziale, per sostituzioni temporanee degli ordinari caregivers, svolti da assistenti familiari.

D. Trasferimento assistito: servizi di accompagnamento, trasporto o trasferimento assistito per specifici e particolari necessità (visite mediche, accesso al centro diurno etc.), articolati in trasporto collettivo/individuale senza assistenza, con assistenza, con assistenza carrozzato e trasporto barellato.

E. Pasto: servizio di consegna a domicilio, esclusa fornitura;

Per l'attivazione delle Prestazioni Integrative ogni beneficiario "dispone" di un valore massimo di "budget" di intervento nel periodo di attuazione del progetto assistenziale e comunque fino al 30 Novembre 2015, variabile rispetto all'ISEE.

Fermo restando il limite di budget di cui all'art. 14 dell'Avviso Pubblico "Contributo per prestazioni integrative", il contributo erogato dall'Istituto non potrà essere superiore, per tutta la durata del progetto, agli importi massimi e al numero massimo di prestazioni/ore riportati nella seguente tabella (onnicomprensivi di ogni onere e imposta):

	Attività Accessoria	N/H*	p**	Euro	Unità
A	Prestazioni di cui alla lett. A)	H	90	20	Per ora di intervento
B	Prestazioni di cui alla lett B)	N	27	35	Per giornata di ospitalità
C	Prestazioni di cui alla lett C)	H	72	12	Per ora di intervento
D	Prestazioni di cui alla lett D)	N	18	35	Per servizio
E	Prestazioni di cui alla lett E)	N	180	2	Per consegna

*numero o ore

** prestazioni nel periodo

Le prestazioni integrative sopra elencate, dovranno essere erogate nel rispetto del Programma Socio assistenziale familiare che a sua volta dovrà rispettare i limiti di budget stabiliti dall'accordo di Programma e dall'Avviso Pubblico Home Care Premium 2014, al fine di consentire la corretta erogazione delle risorse finanziarie da parte dell'Istituto. Inoltre, tali prestazioni dovranno essere garantite per tutti i cittadini residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3: Amantea, Belmonte Calabro, Longobardi, Fiumefreddo Bruzio, Cleto, Aiello Calabro, Serra d'Aiello, San Pietro in Amantea e Lago.

L'Ufficio di Coordinamento dell'A.T.S. n. 3 provvederà a mettere a disposizione dei soggetti beneficiari delle prestazioni "H.C.P. 2014", l'elenco dei soggetti giuridici individuati dal presente avviso, e sarà cura del beneficiario, scegliere il fornitore che dovrà erogare le prestazioni previste nel PAI.
Il soggetto beneficiario dell'intervento "prestazioni integrative", di cui al Progetto HCP 2014, instaurerà un rapporto diretto con il soggetto iscritto all'elenco per le prestazioni previste nel PAI.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Gli interessati dovranno utilizzare l'apposito modulo allegato al presente avviso, disponibile on line e presso l'Ufficio dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3 - Sportello Sociale Home Care Premium, in Corso Umberto I,7 - 87032 AMANTEA, tel. 0982/429206, da compilare in ogni sua parte.

Le domande devono essere presentate entro il 20 Marzo 2015.

Le domande possono essere presentate direttamente al Comune di Amantea - Ente Capofila A.T.S. n. 13 - Ufficio Protocollo - Corso Umberto I,7 - 87032 - AMANTEA (CS).

Le domande possono altresì essere spedite con raccomandata, specificando sulla busta "DOMANDA PER L'ACCREDITAMENTO SPERIMENTALE/COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI SOGGETTI ATTUATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE-NELL'AMBITO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2014 - ASSISTENZA DOMICILIARE" PER NON AUTOSUFFICIENTI", indirizzandole Al Comune di Amantea Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3 Corso Umberto I,7-87032 - AMANTEA (CS).

La domanda può essere inviata anche con modalità telematica e precisamente inviando un messaggio di posta elettronica certificata con oggetto "DOMANDA PER L'ACCREDITAMENTO SPERIMENTALE/COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI SOGGETTI ATTUATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2014 - ASSISTENZA DOMICILIARE" PER NON AUTOSUFFICIENTI", con allegato il modulo di domanda all'indirizzo di posta elettronica certificata del Comune di Amantea (protocollo@pec.comune.amantea.cs.it), esclusivamente da un indirizzo di posta elettronica certificata.

Per ogni utile informazione è possibile rivolgersi all'Ufficio dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3 - Sportello Sociale Home Care Premium 2014, in Corso Umberto I, 7 - 87032 AMANTEA (CS), tel. 0982/429206.

ISTRUTTORIA E FORMULAZIONE ELENCO SOGGETTI ATTUATORI

Il Comune di Amantea Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3 provvederà all'istruttoria delle domande presentate, verificando il possesso dei requisiti dichiarati. I soggetti giuridici ammessi porteranno alla formulazione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2014".

L'elenco e il registro verranno pubblicati all'Albo pretorio on line del Comune di Amantea Capofila nonché sui siti istituzionali dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3.

LA PUBBLICAZIONE ALL'ALBO PRETORIO ON LINE DEL COMUNE EQUIVALE A NOTIFICA.

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D.Lgs n. 196/03, art. 13).

I dati personali raccolti con le domande inoltrate a motivo del presente Avviso, saranno trattati con gli strumenti informatici ed utilizzati nell'ambito del procedimento amministrativo con modalità conformi a quanto previsto dalla normativa, ai sensi del D.Lgs n. 196/03 " Codice in materia di protezione dei dati personali".

Tale trattamento sarà ispirato ai principi di correttezza, legalità e trasparenza .

Amantea, 26.02.2015

IL DIRIGENTE
Dott. Mario ALOE



CITTA' DI AMANTEA

(Prov. di Cosenza)

Al Comune di Amantea
Ente Capofila
dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3
Corso Umberto I,7
87032 - AMANTEA (CS)

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

per l'accreditamento sperimentale/costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2014 - Assistenza domiciliare" per NON AUTOSUFFICIENTI.

Il sottoscritto _____ Nato il _____
_____ a _____ []

In qualità di _____ dell'impresa/società

con sede in _____

Via _____

con codice fiscale n. _____ con partita IVA n. _____

codice attività n. _____

tel. _____ fax _____

PEC _____

e-mail _____

CHIEDE

L'iscrizione all'elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2014 - Assistenza domiciliare" per NON AUTOSUFFICIENTI per l'offerta delle Prestazioni Socio Assistenziali previste dal Progetto Home Care Premium 2014.

A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA:

di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 38, comma 1, del D. Lgs. 163/2006;

- previsione, nell'oggetto sociale riportato nell'atto costitutivo e/o nello statuto, dello svolgimento di servizi socio assistenziali e/o di sollievo, e/o mutuoaiuto, solidarietà sociale;
- di possedere un'esperienza di almeno 3 anni (36 mesi) maturata nell'ambito delle prestazioni per le quali si richiede l'accreditamento, comprovata da certificazioni o attestati di servizio;
- di possedere le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per l'espletamento del servizio;
- di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti e di essere iscritto:

INPS sede di _____ cap. _____ via _____

e matricola n. _____

INAIL sede di _____ cap. _____ via _____ e posizione assicurativa

e codice ditta n. _____ ;

- di rispettare i contratti collettivi nazionali di lavoro, gli accordi sindacali integrativi, gli accordi provinciali, le norme sulla sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, gli adempimenti di legge nei confronti di lavoratori dipendenti e/o soci nel rispetto delle norme vigenti;
- di impiegare personale in possesso delle qualifiche professionali previste dal Bando INPS HCP 2014 nonché dalla normativa vigente;
- che l'impresa è regolarmente iscritta nel registro delle imprese istituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di come segue:

Codice Fiscale e n. d'iscrizione _____

data di iscrizione _____

iscritta nella sezione _____ il _____

OGGETTO SOCIALE:

_____ ;

- che svolge le seguenti attività, servizi e particolari iniziative specifiche nel campo della non autosufficienza

che, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 13 del D.Lgs. 30/6/2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" sono stato informato di quanto segue: I dati personali raccolti dal Comune di Amantea – Capofila dell'A.T.S. n. 3 saranno trattati, con e senza l'ausilio di strumenti elettronici, per l'espletamento delle attività istituzionali relative

- al presente procedimento e agli eventuali procedimenti amministrativi e giurisdizionali conseguenti (compresi quelli previsti dalla L.241/90 sul diritto di accesso alla documentazione amministrativa) in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque nel rispetto della normativa vigente.

I dati giudiziari, eventualmente raccolti ai sensi del DPR 445/2000 e DPR 412/2000, saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003. In relazione ai suddetti dati l'interessato può esercitare i diritti previsti dall'art.7 del citato D.Lgs.

Titolare del trattamento è il Comune di Amantea – Capofila dell'A.T.S. n. 3 nella persona del Dirigente, Dott. Mario ALOE.

Luogo e data

Timbro e Firma

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di documento valido di identità del sottoscrittore e da eventuali allegati facoltativi.

