

UNIONE MONTANA DEI SIBILLINI

- 63087 COMUNANZA -

AMANDOLA, COMUNANZA, FORCE, MONTEDINOVE, MONTEFALCONE APPENNINO, MONTEFORTINO,
MONTEPARO, MONTEMONACO, ROTELLA, SANTA VITTORIA IN MATENANO, SMERILLO

COPIA DI DETERMINAZIONE DEL SEGRETARIO

Numero 22 del 28-06-2017

**OGGETTO: PROGETTO HOME CARE PREMIUM (HCP) 2017 - ASSISTENZA
DOMICILIARE - COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI SOGGETTI ATTUATORI DI
PRESTAZIONI INTEGRATIVE - PROVVEDIMENTI.**

L'anno duemiladiciassette il giorno ventotto del mese di giugno, in Comunanza nella sede dell'Unione.

IL SEGRETARIO

PREMESSO che ai sensi e per gli effetti del DM 463/98, 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, a supporto della disabilità e non autosufficienza; in particolare con il Progetto Home Care Premium 2017 ha voluto valorizzare l'assistenza domiciliare, attraverso un contributo "premio", finalizzato appunto alla cura a domicilio delle persone non autosufficienti;

che il progetto si concretizza nell'erogazione da parte dell'Istituto di contributi economici mensili, c.d. prestazioni prevalenti, in favore di soggetti, maggiori d'età e minori, che siano disabili e che si trovino in condizione di non autosufficienza, per il rimborso di spese sostenute per l'assunzione di un assistente familiare; inoltre l'Inps vuole assicurare, altresì, dei servizi di assistenza alla persona, c.d. prestazioni integrative;

che al fine di realizzare il progetto HCP 2017, l'Inps ha individuato quale soggetto partner l'Ambito Territoriale Sociale (ATS) di cui alla L. n. 328/2000, o come differentemente identificato dalla normativa regionale in materia, ovvero, in caso di mancata convenzione degli ATS, l'Ente pubblico istituzionalmente competente alla gestione dei servizi socio assistenziali, anche in rappresentanza di più Enti pubblici coinvolti;

ATTESO che l'ATS 24 ha manifestato il proprio interesse alla compartecipazione nella realizzazione del progetto HCP 2017, a seguito di decisione assunta in tal senso dal Comitato dei Sindaci in data 07/04/2017 e come da richiesta di manifestazione di interesse al progetto in questione, inviata nella medesima data, a firma del Presidente dell'Unione Montana dei Sibillini, Ente Capofila dell'ATS 24;

che conseguentemente è stato sottoscritto apposito Accordo, ai sensi dell'art. 15 della legge n. 241/1990, tra l'INPS e l'Unione Montana dei Sibillini, per la gestione del modello assistenziale, relativamente alle prestazioni integrative, previste dal progetto in favore dei beneficiari posizionati utilmente in graduatoria, risultati vincitori del beneficio HCP 2017 e residenti nel territorio di competenza dell'ATS 24;

che, al fine di attuare le prestazioni integrative a favore dei beneficiari del progetto HCP, è necessario approvare apposito Avviso Pubblico, per la costituzione di un elenco di soggetti attuatori, ai quali i beneficiari si rivolgeranno direttamente per l'erogazione delle prestazioni integrative;

RICORDATO che le prestazioni integrative, così come definite dal Bando HCP 2017 riguardanti la sfera socio - assistenziale di supporto alla non autosufficienza, la cui erogazione è stata proposta nella manifestazione d'interesse e formalizzata nell'Accordo sottoscritto con l'INPS, sono: 1) Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio sanitari ed educatori professionali; 2) Altri servizi professionali domiciliari; 3) Servizi e strutture a carattere extra domiciliare; 4) Sollievo; 5) Supporti; 6) Percorsi di integrazione scolastica;

PRECISATO che per le Prestazioni di integrazione scolastica è già stato individuato l'operatore economico, in quanto già affidatario di analogo servizio; mentre per quanto riguarda i supporti, saranno i beneficiari medesimi che provvederanno direttamente all'acquisto degli stessi;

RITENUTO pertanto di dover istituire un elenco di soggetti attuatori esclusivamente delle prestazioni integrative elencate dai numeri da 1) a 4) e predisposto a tal fine apposito Avviso

pubblico con il quale si intende acquisire manifestazioni di interesse, da parte di operatori economici qualificati, all'iscrizione nell'elenco anzidetto;

PRECISATO che per ciascuna delle anzidette prestazioni integrative, nell'Avviso pubblico in argomento sono analiticamente descritti il contenuto, i requisiti, gli standard di qualità e le figure professionali richieste, oltre ad una tariffa omnicomprensiva stabilita in accordo con l'Inps, sulla base di quelle già fissate dall'Inps nelle precedenti edizioni del progetto, nonché delle tariffe attualmente stabilite per servizi analoghi;

RILEVATO che le prestazioni integrative dovranno essere garantite a tutti i beneficiari del Progetto HCP 2017, residenti nei comuni dell'ATS 24 e dovranno essere erogate nel rispetto del Piano Assistenziale Individuale definito dall'operatore sociale (Case Manager) individuato dall'Ambito che, a sua volta, dovrà rispettare i limiti stabiliti nell'Accordo stipulato con l'Inps, al fine di consentire la corretta erogazione delle risorse finanziarie da parte dell'Istituto. L'Ambito metterà a disposizione dei soggetti beneficiari l'elenco dei soggetti accreditati per le prestazioni integrative e sarà cura del beneficiario dell'intervento o del responsabile di progetto scegliere il/i soggetto/i che dovranno erogare le prestazioni previste nel Piano Assistenziale Individuale, che certifica le risorse assistenziali destinate al beneficiario e descrive le modalità di intervento. Per l'attivazione delle Prestazioni Integrative ogni beneficiario dispone di un valore massimo di budget di intervento, in voucher figurativi, per l'intero progetto HCP 2017. A fronte di tali voucher consegnati dai beneficiari, ciascun prestatore emetterà fattura di spesa a carico dell'Unione Montana dei Sibillini, che utilizzerà allo scopo il finanziamento specifico assegnato dall'Inps;

PREDISPOSTO pertanto lo schema di Avviso Pubblico, corredato da un modello di istanza, per la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative, contenente le modalità gestionali delle prestazioni medesime, i requisiti di cui gli interessati a richiedere l'iscrizione nell'anzidetto elenco devono essere in possesso, nonché le modalità e tempi di presentazione delle domande relative alle manifestazioni di interesse; schema che allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

VISTO l'art. 183 del D.Lgs. n. 267/2000;

VISTO l'art. 2 del vigente Regolamento di Contabilità;

VISTO il vigente Regolamento degli Uffici e dei Servizi;

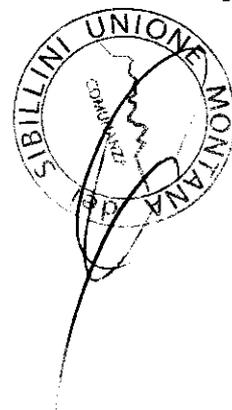
DETERMINA

-DI approvare, per le motivazioni espresse in premessa, lo schema di Avviso Pubblico per la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative di cui al progetto Home Care Premium 2017; schema che si sostanzia nel documento che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

-DI dare atto che l'Avviso Pubblico di che trattasi verrà pubblicato sul profilo di committente al link: www.unionemontanasibillini.it oltre che all'Albo Pretorio on-line del comune di Comunanza ove ha sede l'Unione Montana dei Sibillini, al link: www.comune.comunanza.ap.it, per dieci giorni consecutivi;

-DI dare atto che l'adozione del presente provvedimento non comporta impegno di spesa a carico dell'Ente.

IL SEGRETARIO GENERALE
F.to Dr.ssa GIUSEPPINA CONCETTI



UNIONE MONTANA DEI SIBILLINI
63087 COMUNANZA (AP)

AMANDOLA - COMUNANZA - FORCE - MONTE DINOVE - MONTEFALCONE APPENNINO - MONTEFORTINO
MONTEPARO - MONTEMONACO - ROTELLA - SANTA VITTORIA IN MATENANO - SMERILLO

AVVISO PUBBLICO

Progetto Home Care Premium 2017

COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI SOGGETTI ATTUATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE

nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2017 – Assistenza Domiciliare" –
a favore di soggetti non autosufficienti iscritti alla Gestione Unitaria delle Prestazioni Creditizie e Sociali
e/o loro familiari

II SEGRETARIO GENERALE

Richiamata la propria determinazione n. 22 del 28/06/2017

RENDE NOTO

che l'Unione Montana dei Sibillini, quale Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n.24 (di seguito ATS 24), con sede a Comunanza, P.zza IV Novembre n. 2, in attuazione di quanto definito nell'Accordo di Programma relativo al Progetto Home Care Premium 2017 (di seguito HCP 2017) promosso e finanziato dall'Inps per l'attivazione di Progetti di Assistenza Domiciliare a favore di soggetti non autosufficienti, intende istituire un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative.

Con il presente avviso, pertanto, si intende acquisire manifestazioni di interesse, da parte di operatori economici qualificati, all'iscrizione nell'elenco anzidetto.

Per prestazioni integrative si intendono i servizi e gli interventi socio-assistenziali di supporto alla non autosufficienza.

Beneficiari delle prestazioni HCP 2017 sono i dipendenti e pensionati pubblici, i loro coniugi, parenti e affini di primo grado non autosufficienti, residenti nei Comuni dell'ATS 24.

PRESTAZIONI INTEGRATIVE DA EROGARE

Le prestazioni definite integrative dal Bando HCP 2017 riguardano la sfera socio-assistenziale di supporto alla non autosufficienza e quelle per le quali è richiesta la manifestazione di interesse per l'iscrizione nell'elenco dei soggetti attuatori, sono le seguenti:

- A) **Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari:** interventi integrativi e complementari svolti da operatori socio-sanitari. E' escluso l'intervento di natura professionale sanitaria.
- B) **Altri servizi professionali domiciliari:** servizi professionali resi da psicologi, come supporto alla famiglia, da fisioterapisti e da logopedisti.
- C) **Servizi e strutture a carattere extra domiciliare:** interventi integrativi e complementari di natura non sanitaria, per la crescita delle capacità relazionali o cognitive, il potenziamento delle abilità e la prevenzione e il rallentamento della degenerazione che incide sul livello di non autosufficienza, da svolgersi esclusivamente presso centri socio-educativi riabilitativi diurni per disabili, centri diurni per anziani, centri di aggregazione giovanile, centri per l'infanzia.
- D) **Sollievo:** a favore del nucleo familiare, per il recupero delle energie psicofisiche necessarie all'assistenza del beneficiario, interventi di sollievo domiciliare, diurno extra domiciliare e residenziale, qualora l'incapacità funzionale non è integralmente soddisfatta dai "servizi pubblici", ma è integrata da uno o più familiari conviventi o non conviventi attraverso le cosiddette "cure familiari".

Il contenuto, i requisiti, gli standard di qualità e le figure professionali per ciascuna Prestazione Integrativa sono analiticamente descritti nell'Allegato 1.

Le prestazioni integrative sopra elencate, dovranno essere garantite a tutti i beneficiari del Progetto HCP 2017, residenti nei Comuni dell'ATS 24 e dovranno essere erogate nel rispetto del Piano Assistenziale Individuale definito dall'operatore sociale (Case Manager) individuato dall'Ambito che, a sua volta, dovrà rispettare i limiti stabiliti nell'Accordo stipulato con l'Inps, al fine di consentire la corretta erogazione delle risorse finanziarie da parte dell'Istituto.

L'Ambito metterà a disposizione dei soggetti beneficiari l'elenco dei soggetti accreditati per le prestazioni integrative e sarà cura del beneficiario dell'intervento o del responsabile di progetto scegliere il/i soggetto/i che dovranno erogare le prestazioni previste nel Piano assistenziale individuale, che certifica le risorse assistenziali destinate al beneficiario e descrive le modalità di intervento.

Per l'attivazione delle Prestazioni Integrative ogni beneficiario dispone di un valore massimo di budget di intervento, in voucher figurativi, per l'intero progetto HCP 2017. A fronte di tali voucher consegnati dai beneficiari, ciascun prestatore emetterà fattura di spesa a carico dell'Unione Montana dei Sibillini, Ente capofila dell'ATS 24, che utilizzerà allo scopo il finanziamento specifico assegnato dall'INPS.

TARIFFARIO

L'ATS 24 ha stabilito in accordo con l'INPS, per ciascuna Prestazione Integrativa una tariffa omnicomprensiva, come di seguito specificato:

	PRESTAZIONE INTEGRATIVA	TARIFFA	UNITA' DI MISURA
A	Servizi Professionali Domiciliari resi da operatori socio-sanitari	€ 16,63	Per ora di intervento
B	Altri Servizi Professionali Domiciliari resi da psicologi, fisioterapisti, logopedisti	€ 25,00	Per ora di intervento
C	Servizi e Strutture a carattere extra domiciliare	€ 35,00	Per giornata di ospitalità
D	Sollievo	€ 14,49	Per ora di intervento

DESTINATARI DELL'AVVISO

Possono manifestare il proprio interesse a richiedere l'iscrizione nell'Elenco di fornitori di prestazioni integrative, nell'ambito del progetto HCP 2017, per una o più di esse, tutti i soggetti di cui all'articolo 45 del D.lgs. n. 50/2016 (Codice dei contratti) e ss.mm.ii..

Per le sole prestazioni previste nella lettera B "Altri Servizi Professionali Domiciliari", resi da psicologi, fisioterapisti e logopedisti, possono presentare domanda gli esercenti professioni, iscritti presso i competenti Ordini Professionali, in possesso di partita IVA per l'esercizio della professione.

Tutti coloro che intendono partecipare alla manifestazione di interesse debbono essere in possesso, pena l'esclusione, dei seguenti requisiti:

a) Requisiti di ordine generale:

Non ricorrenza delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del Codice dei contratti;

b) Requisiti di idoneità professionale, ai sensi dell'art. 83, commi 1, lett. a) e 3, del Codice dei contratti:

Iscrizione al registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura della Provincia in cui l'impresa ha sede, ovvero in analogo registro dello Stato di appartenenza (all. XVI del Codice), per il tipo di attività inerenti le Prestazioni Integrative oggetto del presente avviso. In caso di cooperative o consorzi di cooperative, anche l'iscrizione ai sensi del D.M. 23 giugno 2004 all'Albo delle Società Cooperative istituite presso il Ministero delle Attività Produttive (ora dello Sviluppo Economico); in caso di cooperative sociali, anche l'iscrizione all'Albo regionale;

c) Requisiti di capacità economica-finanziaria, ai sensi dell'art. 83, comma 1, lett. b) e All. XVII, Parte I, del Codice dei contratti:

Almeno una referenza bancaria rilasciata da istituti di credito operanti negli stati membri della UE o intermediari autorizzati ai sensi della L. 1 settembre 1993, n. 385, dalla quale risulti che il concorrente ha sempre fatto fronte ai propri impegni con regolarità e puntualità;

d) Requisiti di capacità tecnico-professionale, ai sensi dell'art. 83, comma 1, lett. c) e All. XVII, Parte II, del Codice dei contratti:

Esecuzione nell'ultimo triennio (2014,2015,2016), di servizi identici o analoghi a quelli oggetto della presente procedura, prestati a favore di amministrazioni pubbliche.

MODALITA' E TEMPI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Gli operatori economici interessati all'iscrizione nell'Elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative, dovranno manifestare il proprio interesse inviando la relativa domanda, sottoscritta dal titolare/legale rappresentante/procuratore dell'operatore medesimo e redatta utilizzando l'apposito schema Allegato 2, al presente avviso.

Le domande, a pena di esclusione, devono pervenire mediante posta elettronica certificata (P.E.C.) inviata all'indirizzo unione.sibillini@emarche.it esclusivamente da un indirizzo P.E.C. dell'operatore, ***entro e non oltre il termine del 10/07/2017.***

Il testo di trasmissione della PEC deve recare la seguente dicitura: "DOMANDA D'ISCRIZIONE ALL'ELENCO DI SOGGETTI ATTUATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2017" - INPS - GESTIONE EX INPDAP.

Il recapito della PEC rimane ad esclusivo rischio del mittente, ove, per qualsiasi motivo, la PEC stessa non giunga a destinazione in tempo utile.

La mancata presentazione della manifestazione secondo i termini e le modalità precedentemente indicate comporta l'esclusione dell'operatore dalla presente procedura;

ISTRUTTORIA E FORMULAZIONE ELENCO SOGGETTI ATTUATORI

L'Unione Montana dei Sibillini provvederà all'istruttoria delle domande pervenute, verificando il possesso dei requisiti dichiarati.

I soggetti giuridici ammessi saranno inseriti nell'elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative previste dal Progetto HCP 2017.

L'Elenco verrà approvato con successiva Determinazione del Dirigente e pubblicato:

- all'Albo Pretorio Online del Comune di Comunanza, sede dell'Unione Montana dei Sibillini (***tale pubblicazione equivale a notifica***);
- sul sito Internet dell'Unione Montana dei Sibillini.

Anche dopo la pubblicazione dell'Elenco di soggetti attuatori delle prestazioni integrative di cui al presente avviso sarà possibile presentare nuove domande da parte di ulteriori soggetti interessati, che saranno valutate secondo gli stessi criteri e modalità.

L'elenco verrà aggiornato nelle seguenti date: ***30/10/2017 e 30/04/2018.***

Tale elenco ha validità dalla data di pubblicazione sino al 31/12/2018, termine di durata del progetto HCP 2017. La sua validità potrà essere prorogata in caso di prosecuzione del progetto in argomento, salvo diverse disposizioni dell'INPS - Gestione ex INPDAP.

DECADENZA DALL'ELENCO DEI SOGGETTI ATTUATORI

La perdita di uno o più requisiti, come specificati nel presente Avviso, determina la decadenza dall'inserimento nell'elenco in questione. La decadenza dall'inserimento nell'elenco è altresì determinata dalle seguenti circostanze:

1. gravi violazioni degli obblighi previsti dal Piano Assistenziale Individuale (PAI), segnalate dal beneficiario dell'intervento al servizio sociale professionale dell'Ambito;
2. impegno di personale professionalmente non adeguato o in situazioni di incompatibilità;
3. gravi inosservanze delle norme legislative, regolamentari e deontologiche.

OBBLIGHI PER GLI ISCRITTI NELL'ELENCO

Gli iscritti nell'Elenco sono tenuti a comunicare all'Unione Montana dei Sibillini ogni variazione dei dati trasmessi all'atto dell'iscrizione.

RINVIO

Per quanto non espressamente previsto dal presente Avviso si fa riferimento alle norme e regolamenti vigenti in materia.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., si informa che i dati raccolti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione della procedura in oggetto, anche con l'ausilio di mezzi informatici. L'invio della manifestazione di interesse presuppone l'esplicita autorizzazione al trattamento dei dati e la piena accettazione delle disposizioni del presente avviso.

PUBBLICITA'

Il presente avviso viene pubblicato sul profilo di committente al link: www.unionemontanasibillini.it oltre che nell'Albo Pretorio on-line del comune di Comunanza ove ha sede l'Unione Montana dei Sibillini, al link: www.comune.comunanza.ap.it, per dieci giorni consecutivi.

Comunanza, li

IL SEGRETARIO GENERALE
Dott.ssa Giuseppina Concetti

Allegato 1

Progetto "Home Care Premium 2017"

DESCRIZIONE PRESTAZIONI E FIGURE PROFESSIONALI

Le Prestazioni Integrative previste nell'Avviso sono le seguenti:

COD	sub COD	Categoria Prestazione Integrativa	Servizio
A		Servizi Professionali Domiciliari resi da operatori socio sanitari	
	A.1		OSS
B		Altri Servizi professionali Domiciliari	
	B.1		Psicologi
	B.2		Fisioterapisti
	B.3		Logopedisti
C		Servizi e Strutture a carattere extra-domiciliare	
	C.1		Centri socio educativi riabilitativi diurni per disabili
	C.2		Centri diurni per anziani
	C.3		Centri di aggregazione giovanile
	C.4		Centri per l'infanzia
D		Sollievo	
	D.1		domiciliare
	D.2		diurno extra domiciliare e residenziale

A - Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio sanitari:

- supporto alla persona, in particolare non autosufficiente o allettata, nelle attività quotidiane e di igiene personale;
- servizi semplici di supporto diagnostico e terapeutico;
- servizi finalizzati al mantenimento delle capacità psico-fisiche residue, alla rieducazione, riattivazione, recupero funzionale;
- servizi di supporto al personale sanitario e sociale nell'assistenza al beneficiario;
- supporto alla gestione dell'utente nel suo ambito di vita.

Figura Professionale: O.S.S.

Possesso Qualifica Operatore Socio Sanitario, secondo quanto disposto DGR delle Marche n. 666 del 28 maggio 2008.

Livello minimo inquadramento: livello previsto dal CCNL di riferimento

B - Altri servizi professionali domiciliari:

B1 - Psicologi

Interventi per la predisposizione di progetti riabilitativi e di sostegno, per far acquisire capacità di autovalutazione del proprio percorso evolutivo in modo da incrementare l'autostima e ritrovare ed utilizzare le proprie risorse e potenzialità.

Attua, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- interventi di prevenzione, diagnosi, riabilitazione e sostegno;
- interventi volti alla comprensione e risoluzione delle situazioni in cui le condizioni personali e la relazione con gli altri possono costituire fonte di disagio e di difficoltà;
- interventi volti alla crescita personale: migliorare la comunicazione, l'autostima, la propria qualità di vita;
- interventi volti al benessere psicofisico, controllo e gestione dello stress e delle emozioni.

Figura Professionale: Psicologo Iscritto all'Ordine Professionale

B2 – Fisioterapisti

Secondo il D.M. 741/1994, il fisioterapista si occupa della prevenzione, diagnosi funzionale, cura e riabilitazione dei disturbi conseguenti a eventi patologici di varia natura, congeniti od acquisiti; il fisioterapista, nell'ambito delle proprie competenze, e sulla base delle indicazioni fornite dalle figure mediche di riferimento degli utenti, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- valuta e individua il bisogno di salute del paziente, se necessario lavorando anche in équipe multidisciplinare;
- pratica autonomamente, con responsabilità e titolarità, attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive, utilizzando terapie fisiche, manuali e occupazionali;
- propone l'adozione di ausili, addestra il paziente al loro uso e ne verifica l'efficacia;
- verifica le risposdenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

Figura Professionale: Fisioterapista abilitato in possesso di Laurea triennale in Fisioterapia (abilitante alla professione sanitaria di Fisioterapista), Classe L/SNT2 - Classe delle lauree in Professioni sanitarie della riabilitazione.

B3 – Logopedisti

Sulla base delle indicazioni fornite dalle figure mediche di riferimento degli utenti, il logopedista attua i seguenti interventi, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- nel caso di un disturbo comunicativo e/o cognitivo linguistico e/o delle funzioni orali e loro eventuali esiti, l'obiettivo sarà il superamento del disagio ad esso conseguente, mediante il recupero delle abilità e delle competenze finalizzate alla comunicazione attraverso l'acquisizione ed il consolidamento di metodiche alternative utili alla comunicazione ed all'inserimento sociale;
- nel caso di un disturbo della deglutizione ed eventuali esiti, l'obiettivo sarà, quando possibile in relazione alle condizioni cliniche e alla condivisione degli obiettivi nel Team multidisciplinare, il ripristino di una deglutizione funzionale, che garantisca un adeguato apporto alimentare (anche mediante supporto ed integrazione con modalità artificiale).

Figura professionale: Logopedista abilitato in possesso di Laurea triennale in Logopedia (abilitante alla professione sanitaria di Logopedia), Classe L/SNT2 - Classe delle lauree in Professioni sanitarie della riabilitazione.

C – Servizi e strutture a carattere extra domiciliare:

Interventi integrativi e complementari di natura non sanitaria, per la crescita delle capacità relazionali o cognitive, il potenziamento delle abilità e la prevenzione e il rallentamento della degenerazione che incide sul livello di non autosufficienza, da svolgersi esclusivamente presso Centri regolarmente autorizzati ai sensi della normativa vigente, quali:

- C1. centri socio-educativi riabilitativi diurni per disabili;
- C2. centri diurni per anziani;
- C3. centri di aggregazione giovanile;
- C4. centri per l'infanzia.

L'intervento è a carattere diurno e non residenziale

D – Sollievo:

Il servizio di Sollievo rappresenta la sostituzione temporanea del care-giver ordinario per un periodo limitato al fine di garantire il riposo e la riduzione del rischio da burn out.

Il Servizio di sollievo sostituisce le attività ordinarie di care giving giornaliero e non interviene in attività straordinarie socio assistenziali domiciliari.

Attua, a titolo esemplificativo e non esaustivo, interventi concernenti l'assistenza domestica per:

- assistenza alla mobilità extra domiciliare quotidiana anche per attività di socializzazione e per l'acquisto di generi di primaria necessità;
- attività di assistenza e cura della persona a domicilio per la sostituzione del care giver.

Figura professionale: Operatore socio assistenziale di base non formato.

Livello minimo inquadramento: livello previsto dal CCNL di riferimento

FASI DI EROGAZIONE E PARAMETRI DI QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI

FASE 1. PRIMA DELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'utente e i suoi familiari hanno necessità di:

- conoscere la tipologia dell'intervento e della prestazione;

- conoscere le attività oggetto della prestazione (cosa è compreso nella prestazione e cosa non è compreso);
- conoscere i vantaggi, gli obiettivi e rischi socio assistenziali dell'intervento;
- conoscere l'elenco dei soggetti accreditati per ciascuna prestazione, e scegliere il soggetto, sottoscrivendo un apposito modello che gli verrà sottoposto dal Case Manager dell'Ambito;
- identificare i tempi di intervento;
- conoscere eventuali azioni o dotazioni a suo carico o a carico del nucleo familiare;
- avere conferma dell'intervento.

Il Soggetto Accreditato si impegna ad individuare un referente del servizio che dovrà gestire:

- un colloquio informativo a domicilio;
- l'organizzazione dell'incontro con l'operatore che svolgerà l'intervento;
- l'informativa sulla riservatezza e privacy della prestazione;
- realizzazione del progetto d'intervento, sulla base dei bisogni individuati dall'Assistente Sociale all'interno del Piano socio assistenziale, con attenzione agli obiettivi di intervento e i risultati attesi in termini di mantenimento e o miglioramento del grado di autonomia. Il Piano degli interventi individualizzato sarà inserito all'interno della Cartella Personale relativa a ciascun utente.

Il Soggetto Accreditato, si impegna, inoltre, a predisporre e a fornire all'utente:

- materiale informativo (brochure aziendale, carta dei servizi, etc.) anche attraverso siti web;
- CV aziendale;
- logo aziendale presente su tutta la modulistica tecnica e informativa;

L'utente beneficiario e i suoi familiari:

- partecipano alla definizione della pianificazione dell'intervento, nelle modalità e nei tempi previsti dal Piano socio assistenziale;
- prestano il proprio consenso e la propria disponibilità e collaborazione;
- approvano l'intervento;
- si impegnano a rendere erogabili le prestazioni contenute nel Piano socio assistenziale concordato nei modi, tempi e quantità previsti nello stesso.

FASE 2. AVVIO DELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Aspettative dell'utente e dei suoi familiari:

- puntualità riguardo l'avvio della prestazione;
- riconoscibilità dell'operatore;
- certezza della tipologia di intervento.

Il Soggetto Accreditato si impegna a:

- disporre personale qualificato, rispetto a ciascuna tipologia di servizio, contenendo al massimo la rotazione del personale e limitandola ai soli casi di assenza dello stesso per ferie o malattia, con specifiche competenze relazionali, con perfetta conoscenza del bisogno socio assistenziale e del nucleo familiare di riferimento, assunto con regolare contratto di dipendenza;
- garantire la puntualità e completezza dell'intervento;
- garantire l'identificabilità del proprio personale con abito da lavoro e badge con foto;
- nel caso delle prestazioni "B – Altri servizi professionali domiciliari" si impegna inoltre al raccordo con le figure mediche di riferimento degli utenti.

Il Soggetto Accreditato, inoltre, si impegna a predisporre:

- organizzazione delle attività nel rispetto dei normali ritmi di vita dei beneficiari;
- dotazioni "professionali" per l'erogazione della prestazione (a titolo esemplificativo e non esaustivo: guanti monouso, mascherine etc.).

L'utente beneficiario e i suoi familiari garantiscono:

- disponibilità all'accesso domiciliare da parte degli operatori;
- disponibilità di eventuali dotazioni a carico del nucleo o del beneficiario necessari per l'erogazione della prestazione e non ricompresi in quelli di cui dovrà essere dotato il personale ;

- predisposizione di un contesto ambientale adeguato alle esigenze dell'utente e dell'operatore per l'erogazione della prestazione;
- disponibilità a partecipare al processo di monitoraggio fisico degli interventi sulla base dei sistemi informativi/informatici che verranno messi a disposizione dall'Ambito.

FASE 3. DURANTE L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Aspettative dell'utente e dei familiari:

- complessiva fruizione della prestazione pattuita.
- eventualmente adeguare l'intervento, per contenuti, modalità e tempi.

Il Soggetto Accreditato si impegna a:

- garantire il corretto svolgimento della prestazione pattuita, durante la quale proceda con la descrizione al beneficiario e/o ai familiari di ciascuna fase di intervento;
- garantire l'eventuale flessibilità di intervento in accordo con il beneficiario e con l'Assistente Sociale di riferimento presso l'Ambito, al fine di rispettare le indicazioni del patto socio assistenziale concordato;
- agevolare il coinvolgimento attivo dell'utente, dei familiari e di tutti i soggetti coinvolti nel percorso socio assistenziale;
- rimodulare le azioni sulla base di elementi rilevati durante l'intervento;
- modificare il "fornitore" o l'operatore nel periodo di riferimento individuato dal Piano socio assistenziale.

FASE 4 . AL TERMINE DELL'EROGAZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE

Aspettative dell'utente e dei familiari:

- certezza di aver fruito di ogni prestazione concordata nei termini e nelle modalità definite nel Piano socio assistenziale.

Il Soggetto Accreditato si impegna a:

- riferire sui risultati conseguiti e suggerire eventuali migliorie per interventi futuri.

L'utente beneficiario e i suoi familiari si impegnano a segnalare eventuali difformità riscontrate nell'erogazione delle prestazioni rispetto a quanto definito all'interno del Piano socio assistenziale individuale, in relazione alle aspettative definite di concerto con l'Assistente sociale di riferimento del progetto HCP 2017 presso l'Ambito.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

per l'iscrizione nell'elenco di soggetti attuatori di Prestazioni Integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2017"– INPS – Gestione Dipendenti Pubblici

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____ Prov()

In qualità di _____

dell'impresa/società _____

con sede in _____

Via _____

con codice fiscale n. _____

con partita IVA n. _____

tel. _____ fax _____

PEC _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco di soggetti attuatori di Prestazioni Integrative di cui al progetto Home Care Premium 2017 – INPS – Gestione Dipendenti Pubblici, così come descritte nell'Avviso di che trattasi;

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

DICHIARA

di non trovarsi nelle condizioni di esclusione previste dall'art. 80 del D.Lgs. n° 50/2016;

che l'impresa è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura della Provincia di _____ per le seguenti attività:

(in caso di cooperative o consorzi di cooperative)

che l'impresa è iscritta ai sensi del D.M. 23 giugno 2004 all'Albo delle Società Cooperative istituite presso il Ministero delle attività Produttive (ora dello Sviluppo Economico);

(in caso di cooperative sociali)

che la Cooperativa è iscritta all'Albo regionale _____

che i controlli sulla regolarità fiscale dell'impresa possono essere effettuati presso la seguente sede dell'Agenzia delle entrate: _____

che i controlli sulla regolarità dell'impresa in merito alla disciplina di lavoro dei disabili possono essere effettuati presso la seguente sede del Centro per l'impiego:

di essere in possesso:

- del requisito di capacità economico-finanziaria relativo ad almeno una referenza bancaria rilasciata da istituti di credito operanti negli stati membri della UE o intermediari autorizzati ai sensi della L. 1 settembre 1993, n. 385, dalla quale risulti che il sottoscritto ha sempre fatto fronte ai propri impegni con regolarità e puntualità;
- del requisito di capacità tecnico-professionale, avendo eseguito nell'ultimo triennio (2014,2015,2016), servizi identici o analoghi a quelli oggetto del presente avviso, prestati a favore di amministrazioni pubbliche indicando di seguito la data di svolgimento, l'importo e il committente:

(in caso di Attività Professionale Individuale)

di essere in possesso di numero di partita IVA per l'attività specificata oggetto di richiesta di accreditamento e inoltre di essere iscritto presso l'Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l'accREDITamento (se previsto dalla normativa vigente) al numero _____;

di essere disponibile a partecipare ad incontri di coordinamento gestionali a cura dell'ATS 24;

di essere autorizzato per l'espletamento dei Servizi a carattere extra domiciliare (*indicare la denominazione dei Servizi e gli estremi dell'autorizzazione*)

_____;

- di rispettare i contratti collettivi nazionali di lavoro, gli accordi sindacali integrativi, 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 impegnarsi ad erogare le prestazioni integrative ai beneficiari del progetto HCP 2017, che a causa del terremoto sono temporaneamente domiciliati nei Comuni ospitanti, fuori dal territorio dell'ATS 24.

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione, di ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente:
- le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso pubblico emanato dall'Unione Montana dei Sibillini, Ente capofila dell' Ambito Territoriale Sociale 24;
 - le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2017 ;
- di aver preso visione del contenuto, dei requisiti, degli standard di qualità e delle figure professionali per ciascun servizio, analiticamente descritti nell'Avviso Pubblico "Allegato 1" e di accettarli integralmente e incondizionatamente;
- che, sulla base dei Piani Assistenziali elaborati, potrà fornire le sotto indicate Prestazioni Integrative:

	COD	sub COD	Categoria prestazione Integrativa	Servizio	Tariffa
	A		Servizi Professionali Domiciliari resi da operatori socio sanitari		€ 16,63
<input type="checkbox"/>		A.1		OSS	
	B		Altri Servizi professionali Domiciliari		€ 25,00
<input type="checkbox"/>		B.1		Psicologi	
<input type="checkbox"/>		B.2		Fisioterapisti	
<input type="checkbox"/>		B.3		Logopedisti	
	C		Servizi e Strutture a carattere extra-domiciliare		€ 35,00
<input type="checkbox"/>		C.1		Centri socio educativi riabilitativi diurni per disabili	
<input type="checkbox"/>		C.2		Centri diurni per anziani	
<input type="checkbox"/>		C.3		Centri di aggregazione giovanile	
<input type="checkbox"/>		C.4		Centri per l'infanzia	
	D		Sollievo		€ 14,49
<input type="checkbox"/>		D.1		Domiciliare	
<input type="checkbox"/>		D.2		Diurno Extra Domiciliare-Residenziale	

di essere consapevole che:

- nessun obbligo giuridico deriva dall'iscrizione nell'Elenco da attribuirsi all'Amministrazione;
- tutti i rapporti giuridici ed economici con il personale che svolge le prestazioni fanno carico esclusivamente ed integralmente ai soggetti in Elenco, per cui l'Unione Montana dei Sibillini rimane del tutto estranea a tali rapporti, sicché nei suoi confronti non può essere esercitata alcuna azione di risarcimento, indennizzo e/o rivalsa;

di accettare che tutte le comunicazioni dell'Amministrazione avvengano ai seguenti indirizzi:

- PEC _____
- E-mail _____
- Fax _____

di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Timbro e firma

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

Preso nota dell'impegno di spesa, se ne attesta la relativa copertura finanziaria, ai sensi dell'art. 151 comma 4, D.lgs. 18/08/2000, n. 267.

Comunanza, li 28-06-2017

IL RESPONSABILE DEL S.E.F
F.to Dr.ssa GIUSEPPINA CONCETTI

La presente determinazione viene pubblicata in data odierna all'albo pretorio e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Comunanza, li 03-07-2017

IL SEGRETARIO GENERALE
F.to Dr.ssa GIUSEPPINA CONCETTI

La presente è copia conforme all'originale da servire per uso amministrativo.

Comunanza, li 03-07-2017

IL SEGRETARIO GENERALE
Dr.ssa GIUSEPPINA CONCETTI

