



EBOLI CAPOFILA

Altavilla Silentina – Campagna – Contursi Terme – Eboli – Oliveto Citra – Postiglione – Serre – Sicignano degli Alburni – Provincia di Salerno – A.S.L. Salerno

Allegato “B”

Alla Determina n° _____ del _____

Schema

PATTO DI ACCREDITAMENTO / CONVENZIONE Erogazione Prestazioni Integrative - Progetto “Home Care Premium”

Premesso che:

- la legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 “*Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328*”, così come modificata dalla legge regionale 6 luglio 2012, n. 15 “*Misure per la semplificazione, il potenziamento e la modernizzazione del sistema integrato del welfare regionale e dei servizi per la non autosufficienza*”, ha inteso disciplinare un sistema organico di interventi e servizi sociali e socio-sanitari da attuare in integrazione con altri servizi ed interventi;
- con Delibera di Giunta regionale n. 27 del 7 febbraio 2014 è stato approvato il Regolamento 7 aprile 2014 n. 4, di attuazione della Legge Regionale n. 11/2007 che, ai sensi dell’art. 8, comma 1 lettera “d” della Legge Regionale, disciplina le procedure, le condizioni, i requisiti soggettivi e strutturali, i criteri di qualità, per l’autorizzazione, l’accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei soggetti che provvedono alla gestione e all’offerta degli interventi e dei servizi del sistema integrato;
- l’accreditamento per l’offerta di servizi residenziali, semi-residenziali, territoriali e domiciliari può essere richiesto dai prestatori, ad esclusione delle organizzazioni di volontariato, che possiedono i *requisiti comuni* previsti dagli artt. 5 e 7 del Regolamento n. 4/2014 ed i *requisiti specifici* di cui al Catalogo approvato con D.G.R. n. 107 del 23/04/2014 ad esso allegato, nonché quelli previsti dalla normativa comunitaria, statale e regionale per la partecipazione a procedure di affidamento di contratti pubblici.

Premesso, inoltre, che

- l’Istituto Nazionale di Previdenza Sociale in data 28.03.2019 ha emanato Avviso di adesione al Programma *Home Care Premium 2019*, rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali e/o Enti pubblici istituzionalmente competenti alla gestione convenzionata di Servizi socio assistenziali;
- a seguito di adesione, è stato stipulato l’Accordo di Programma, ai sensi dell’art. 15 della legge n. 241/1990, tra l’Inps, nella persona del Direttore Regionale ed il rappresentante legale dell’Ambito Territoriale S3 ex S5, acquisito al protocollo generale dell’Ente nr. 25528 del 28.05.2019;
- detto Accordo pone a carico dell’Ambito Territoriale convenzionato specifici obblighi connessi alle diverse fasi di attuazione del Progetto, precipuamente, l’erogazione delle *c.d.* Prestazioni Integrative in favore degli assistiti, definite in sede di Adesione e risultanti per ciascun beneficiario dallo specifico Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), i cui costi sono integralmente a carico del summenzionato Istituto.

Considerato che:

- con determinazione dirigenziale dell'Ufficio di Piano R.G. n. 1537 del 21.10.2013, è stato approvato il *Disciplinare Operativo* per l'erogazione delle Prestazioni Integrative connesse al Progetto *Home Care Premium 2012*, prevedendo il ricorso a ticket cartacei (*voucher*), spendibili a libera scelta del beneficiario presso soggetti di Terzo Settore accreditati;
- con determinazione dirigenziale dell'Ufficio di Piano R.G. n. 944 del 06.07.2016 è stato rettificato detto *Disciplinare Operativo* aggiornandolo al Programma *Home Care Premium 2014* ed è stato adottato lo Schema del *Patto di Accreditamento/Convenzione* per l'erogazione delle Prestazioni Integrative connesse a tale Progetto.

Vista la D.D. dell'Ufficio di Piano R.G. n. del con la quale è stato rettificato il *Disciplinare Operativo* per l'erogazione delle Prestazioni Integrative connesse al Progetto *Home Care Premium* adeguandolo al nuovo Programma 2019 ed è stato aggiornato lo Schema del *Patto di Accreditamento/Convenzione* per l'erogazione delle Prestazioni Integrative mediante buoni sociali (*voucher*).

Tenuto conto che l'erogazione dei servizi *Centri polifunzionali diurni*, dei servizi *domiciliari socio-assistenziali e socio-sanitari* e del servizio di *trasporto*, attraverso il meccanismo dei *voucher* da parte del soggetto accreditato ai sensi del Regolamento regionale n. 4/2014, è subordinata all'iscrizione nei Registri di Ambito nonché alla sottoscrizione di una *Patto di Accreditamento/Convenzione* fra l'Ufficio di Piano dell'Ambito S3 (ex S5), utenti beneficiari del servizio, Organismo erogatore prescelto;

Tutto quanto premesso e considerato, si conviene quanto segue:

La sottoscrizione del presente atto con i Soggetti accreditati ed inseriti nel "Registro dei prestatori accreditati dell'Ambito territoriale S3 (ex S5) erogatori dei servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale ed assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari", nel "Registro dei soggetti accreditati erogatori del servizio di Trasporto Sociale" e nel "Catalogo servizi e strutture a carattere extra-domiciliare, accreditati per l'erogazione delle prestazioni integrative Home Care Premium", rappresenta una *Convenzione* tra l'Ufficio di Piano dell'Ambito S3 (ex S5), l'Organismo erogatore del servizio ed il beneficiario degli interventi di cui al Progetto *Home Care Premium*.

Il/la sig.

--

beneficiario delle Prestazioni Integrative di:

- Servizi professionali domiciliari (OSS/Educatore/Psicologo/Logopedista/Fisioterapista)** per un numero di ore mensili pari a _____;
- Sollievo domiciliare** per un numero di ore mensili pari a _____;
- Centri diurni polifunzionali (Anziani/Minori/Persone con disabilità)** per un numero di accessi mensili pari a _____;
- Trasporto individuale con assistenza** per un numero di ore mensili pari a _____;

connesse al Progetto *Home Care Premium* o, per lui/lei, il familiare o tutore sig. _____ individuato quale Responsabile PAI, ha liberamente scelto la _____.

-Tra gli Organismi sociali, la COOP. SOCIALE è stata ritenuta in possesso dei requisiti di accreditamento necessari ai fini della sottoscrizione del presente atto e dell'erogazione del servizio di ----- in forma indiretta, che prevede la libera scelta dell'utente con l'utilizzo di *voucher* sociali.

Volendo determinare le norme e le condizioni che regolino il servizio di che trattasi, sottoscrivendo il presente accordo:

**l'Ente Ambito Territoriale Sociale
rappresentato da:**

Via Umberto Nobile palazzo Massaioli - 84025 Eboli - Tel. 0828/328354 - 328351
www.pianodizonaeboli.it - info@pianodizonaeboli.it - pianodizonas5@pec.comune.eboli.sa.it

1. Dott. _____ domiciliato presso l'Ufficio di Piano dell'Ambito Sociale S3 (ex S5), il quale dichiara di intervenire al presente atto e di stipularlo, non in proprio, ma nella sua qualità di Responsabile dell'Ufficio di Piano S3 (ex S5);

il Soggetto accreditato, rappresentato da:

2. Sig. _____ nato/a il _____ a _____ e residente a _____, Via _____ codice fiscale _____, il/la quale dichiara di intervenire al presente atto in qualità di legale rappresentate del _____, da ora in poi denominato Soggetto Accreditato;

il cittadino/beneficiario degli interventi connessi al Progetto *Home Care Premium*

3. Sig. _____ nato/a il _____ a _____ e residente a _____, Via _____ codice fiscale _____, beneficiario/a delle Prestazioni Integrative, da ora in poi denominato Beneficiario;
(oppure)
Sig. _____ nato/a il _____ a _____ e residente a _____, Via _____ codice fiscale _____, il/la quale dichiara di intervenire al presente atto in qualità di Responsabile del Progetto Assistenziale Individualizzato del/della sig. _____;

Concordano:

Art. 1 – Soggetti e ruoli.

1.1 – Il Soggetto Accreditato si impegna:

- A mantenere i requisiti di idoneità dichiarati in fase di accreditamento di cui al provvedimento di accreditamento n. _____ del _____, rilasciato da _____ per il servizio di _____
- A comunicare qualsiasi variazione sui requisiti dichiarati fermo restando che l'Ufficio di Piano si riserva, comunque, di compiere, in qualsiasi momento, i controlli che riterrà opportuni.
- A garantire i livelli attesi dei servizi prestati, accettando il sistema tariffario concordato con l'INPS per l'acquisto delle Prestazioni Integrative, come dettagliato nel *Disciplinare Operativo* approvato con determinazione dirigenziale dell'Ufficio di Piano n. R.G. del _____.
- A garantire le figure professionali richieste, per lo svolgimento del servizio di _____.
- A garantire, per quanto possibile, la continuità del rapporto operatore – utente.
- A garantire, in caso di necessità, la sostituzione tempestiva degli operatori con altri aventi la medesima qualifica.
- A mantenere i requisiti di idoneità per l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali da parte di personale qualificato assunto nel rispetto dei C.C.N.L. di categoria.
- A fornire elenco nominativo delle figure professionali, con allegati titoli del personale da adibire, all'Ufficio di Piano.
- Ad effettuare regolarmente i dovuti pagamenti agli operatori aventi diritto, anche con riferimento ai contributi previdenziali e assistenziali e a quant'altro comunque previsto dalle vigenti disposizioni in materia.
- Ad assumere la responsabilità della qualità delle prestazioni rese e delle attività poste in essere dai propri operatori utilizzando specifici strumenti e momenti di verifica.
- Ad applicare al trattamento dei dati le misure previste dal D.Lgs. 196/2003 e dal Regolamento U.E. 2016/679.

- A dotarsi di idoneo contratto assicurativo di Responsabilità Civile, esonerando il Comune di Eboli, Capofila dell'Ambito S3 (ex S5), da ogni responsabilità per eventuali danni a utenti o a terzi derivanti dall'espletamento del servizio.

1.2 – Il Soggetto Accreditato invia con cadenza trimestrale (comunque secondo la tempistica di rendicontazione richiesta dall'INPS all'Ambito Territoriale, che l'Ufficio comunicherà *in itinere* ai Soggetti erogatori interessati) una relazione sintetica delle attività svolte presso ogni utente in carico, unitamente a:

1. elenco nominale degli utenti ai quali è stato erogato il servizio con il dettaglio del numero di ore/accessi effettuate per ciascuno;
2. time-sheet del servizio, specificante:
 - a. nominativo e qualifica professionale dell'operatore;
 - b. utente di riferimento;
 - c. calendario mensile della prestazione (mese, giorno del mese, orario di inizio e termine del servizio);
3. complessivo cumulo dei cedolini dei buoni sociali ricevuti dall'utenza;
4. registro mensile per la rilevazione dell'avvenuta erogazione del servizio (con firma operatore/utente);
5. dichiarazione resa dal Legale Rappresentante di aver espletato tutti gli adempimenti connessi all'attuazione del servizio, ai sensi dell'art. 11, punti 1 e 2, del *Regolamento per la realizzazione dei servizi di assistenza domiciliare socio- assistenziale ed integrata con i servizi sanitari attraverso procedura di erogazione dei Buoni Sociali (Voucher)*, approvato dal Coordinamento Istituzionale in data 05/12/2016.

Infine, allo scopo di valutare la qualità del Servizio, il Soggetto erogatore accreditato dovrà trasmettere trimestralmente all'Ufficio di Piano dell'Ambito S3 (ex S5) una relazione dettagliata sulla procedura di gestione dei reclami eventualmente ricevuti.

1.3 – L'Ufficio di Piano:

L'Ufficio di Piano si impegna a liquidare la spesa previa presentazione di regolare fattura, con l'indicazione della tipologia delle prestazioni e della quantità delle ore/accessi erogati, per ogni singolo beneficiario, in riferimento all'attività di rendicontazione attivata dall'INPS e ai trasferimenti delle risorse riconosciute dall'Istituto. Nel caso di irregolarità nella fatturazione, queste verranno contestate ed il pagamento effettuato solo ad avvenuta regolarizzazione delle stesse. L'Ufficio di Piano si riserva, altresì, la facoltà di sospendere i pagamenti ogni qual volta siano in corso con l'Organizzazione contestazioni formali, previste dal presente Patto.

L'interruzione dell'erogazione delle prestazioni previste dal Piano di Intervento Individuale prima della scadenza del presente Patto non dà diritto ad alcun rimborso, anche parziale, per le prestazioni eventualmente rese.

1.4 – Il Beneficiario del servizio

Il Beneficiario della prestazione (o per lui il responsabile del programma) è tenuto a comunicare all'Ufficio di Piano/Sportello Informativo Home Care Premium:

1. la scelta dell'erogatore/fornitore del servizio, effettuata fra i Soggetti Accreditati iscritti nei Registri/Catalogo dell'Ambito S3 (ex S5);
2. eventuali sospensioni temporanee del servizio (l'utente potrà comunque ricevere le prestazioni non beneficiarie concertandone le modalità di recupero con il Soggetto erogatore);
3. rinuncia del servizio;
4. decesso del beneficiario.

La scelta del soggetto accreditato è effettuata liberamente dall'utente e/o dalla sua famiglia per l'intera durata progettuale e può essere modificata, previa comunicazione scritta dell'utente e/o familiare all'Ufficio di Piano, con eventuale colloquio presso lo Sportello HCP.

Art. 2 – Modalità di erogazione.

2.1 - Stipula del Patto di Accreditamento / Convenzione

Comunicata la scelta del fornitore accreditato, nel limite massimo di una settimana, il beneficiario (o per lui il responsabile del programma) sarà invitato a sottoscrivere il *Patto di Accreditamento / Convenzione* con il Soggetto erogatore prescelto e l'Ufficio di Piano. In tale sede saranno consegnati i buoni sociali / *voucher*.

2.2 – Modalità di utilizzo dei buoni sociali (voucher)

I buoni sociali che riportano le Prestazioni Integrative come da Piano socio-assistenziale di ciascun utente, possono essere utilizzati solo presso i soggetti accreditati ed iscritti negli opportuni Registri dell'Ambito Territoriale Sociale S3 ex S5 .

L'elenco dei soggetti accreditati è consultabile presso l'Ufficio di Piano, presso i Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito ed è pubblicato sul sito www.pianodizonaeboli.it.

Il buono sociale (*voucher*) è un ticket cartaceo con valenza mensile. Ogni buono indica il mese, la tipologia delle prestazioni e le ore/accessi mensili previste dal Piano socio-assistenziale.

Il ticket cartaceo è così composto:

- 1) la matrice, recante gli identificativi dell'utente e le prestazioni mensili, resta attaccata al blocchetto, conservato presso l'Ufficio di Piano;
- 2) la cedola mensile, rilasciata all'utente che la consegnerà al Soggetto erogatore, al compimento di ogni mese di prestazione, debitamente firmata.

L'operatore del Soggetto Accreditato che ha effettuato la prestazione, ritira la cedola del buono sociale dall'utente. In fase di rendicontazione i Soggetti accreditati trasmettono all'Ufficio di Piano tutte le cedole ricevute dagli utenti, insieme ad una breve relazione sul servizio erogato e alla documentazione fiscale di rito, ai fini dell'attivazione della procedura di controllo dei buoni sociali e di liquidazione. Si precisa che eventuali cedole, conteggiate e non allegate non saranno corrisposte. Le cedole dei voucher devono essere riconsegnate debitamente firmate da fruitore ed erogatore.

Art. 3 – Tipologia e costo Prestazioni

Le prestazioni sono quelle definite nel *Disciplinare Operativo* per l'erogazione delle Prestazioni Integrative Home Care Premium 2019 di cui alla determinazione dell'Ufficio di Piano R.G. del _____ .

Art. 4 – Compiti e attività dell'Ufficio di Piano

L'Ufficio di Piano, coadiuvato dallo sportello gestionale HCP, provvede a:

- Produzione, realizzazione e consegna dei blocchetti buoni sociali (la consegna, in particolari casi, può essere delegata al Servizio Sociale del Comune di residenza dell'utente).
- Liquidazione delle spese sostenute.
- Monitoraggio e valutazione del servizio.
- Aggiornamento delle procedure.

Art. 5 – Meccanismi di monitoraggio e controllo

L'Ufficio di Piano effettua tutte le verifiche che riterrà necessarie per accertare la sussistenza e la conformità dei requisiti dichiarati.

I soggetti accreditati titolari dei servizi inviano all'Ufficio di Piano, entro il 31 dicembre di ogni anno, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la permanenza dei requisiti richiesti, redatta secondo il modello "E" allegato al Regolamento del Piano di Zona per l'autorizzazione e l'accREDITamento dei servizi e disponibile sul sito del Piano di Zona: www.pianodizonaeboli.it.

Art. 6 – Tutela degli utenti

È garantita la tutela del diritto degli utenti attraverso le procedure di reclamo previste dall'art. 48 della Legge Regionale n. 11 del 23 ottobre 2007, come successivamente modificato dalla Legge Regionale n. 15 del 6 luglio 2012.

Art. 7 – Informativa sulla riservatezza dei dati personali

Si applicano al trattamento dei dati le misure previste dal D.Lgs 196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679.

Art. 8 – Validità Patto di Accredimento

Il presente Patto ha validità a decorrere dalla sottoscrizione e per tutta la durata della fase progettuale *Home Care Premium 2019*, salvo la scelta, da parte del beneficiario, di altro Soggetto Accreditato/Erogatore. La richiesta di modifica dovrà essere formulata per iscritto ed entrerà in vigore a decorrere dal mese successivo della sua comunicazione all'Ufficio di Piano (così come da precedente punto 1.4).

Nel caso in cui non dovesse essere prescelto da alcun utente il Soggetto Accreditato/Erogatore non avrà nulla a pretendere, a nessun titolo, da parte dell'Ufficio di Piano.

In caso di emanazione di norme legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali generali, incidenti sul contenuto del presente Patto, lo stesso dovrà ritenersi automaticamente modificato, integrato o eventualmente risolto.

L'Ufficio di Piano si riserva la facoltà di risolvere il contratto in caso di violazione degli obblighi, previsti dal presente Patto, da parte del Soggetto erogatore accreditato e utente beneficiario.

Art. 9 – Foro competente

Il Foro competente per eventuali controversie è:

- per i procedimenti civili quello di Salerno;
- per i procedimenti amministrativi il T.A.R. Campania – Salerno.

I Soggetti sottoscrittori dichiarano di aver preso visione delle clausole previste nel presente Patto/Convenzione e che tali clausole sono implicitamente approvate e sottoscritte.

Letto, confermato e sottoscritto

Eboli _____

Per il Soggetto Accreditato

Per l'Ufficio di Piano Ambito S3 (ex S5)
Il Dirigente

Per l'Utente fruitore del servizio
