



Allegato A al Provvedimento del Direttore n. 23 del 13.02.2023

AVVISO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

ENTE: SOCIETA' DELLA SALUTE AREA PRATESE

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni integrative di cui al Progetto Home Care Premium 2022 finanziato da INPS attraverso il Fondo Credito per il periodo 01.03.2023 -30.06.2025.

Art. 1 – Premessa

La Società della Salute Pratese ha aderito al Progetto “Home Care Premium 2022”, in continuità con le precedenti progettazioni HCP, 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 iscritti alla gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali. L’Home Care Premium è un programma che prevede l’erogazione di prestazioni finalizzate a garantire la cura a domicilio delle persone non autosufficienti iscritte alla Gestione Unitaria delle Prestazioni Creditizie e sociali e/o loro familiari.

La Società della Salute Pratese ha sottoscritto il citato Accordo per la gestione delle “prestazioni integrative”, a valere sul Bando Pubblico progetto Home Care Premium 2022 Assistenza Domiciliare e sull’Avviso di Adesione rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali.

Con tale sottoscrizione la SdS si è impegnata a dare attuazione al programma di assistenza domiciliare in favore degli utenti Inps ex Inpdap - secondo le modalità definite nell’Accordo sottoscritto per la gestione coordinata ed integrata del Progetto Home Care Premium 2022. Il progetto di Assistenza Domiciliare “HOME CARE PREMIUM 2022” oltre all’attribuzione di prestazioni prevalenti, prevede altresì il riconoscimento di prestazioni integrative, sempre interamente a carico dell’Istituto, ma erogate dal soggetto attuatore.

La Società della Salute Pratese in attuazione di quanto definito nel bando e nell'accordo sopracitati, intende istituire l'elenco dei soggetti erogatori di prestazioni integrative.

La Società della Salute Pratese indice un'istruttoria pubblica rivolta a:

1. soggetti economici che erogano servizi domiciliari socio-sanitari, socio assistenziali e socio educativi;
2. professionisti sanitari Educatori Professionali in possesso di abilitazione professionale e/o iscrizione all’Albo o Collegio Professionale se previsto;

per manifestare l'interesse a essere iscritti nell'elenco per l'erogazione di interventi relativi ad una serie di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto Home Care Premium.

Si definiscono:

- soggetto attuatore: la Società della Salute Area Pratese;
- soggetto/i erogatore/i: il/i soggetto/i individuato/i mediante il presente avviso in apposito elenco.

Art. 2 - Oggetto della manifestazione d'interesse

La Società della Salute Pratese attraverso un procedimento di evidenza pubblica mira a costituire un elenco di operatori qualificati per l'erogazione delle seguenti prestazioni integrative nell'ambito del Progetto Home Care Premium 2022.

E' garantita la possibilità di presentare domanda per l'intera durata del Progetto pertanto potranno essere presentate candidature fino al mese precedente la scadenza del progetto stesso, ovvero fino al 31.05.2025.

Il primo elenco di operatori sarà costituito entro il 28.02.2023. La valutazione di ammissione avverrà per coloro che avranno presentato domanda di candidatura entro il **27 febbraio 2023**.

Art. 3 – Prestazioni integrative previste:

Le prestazioni integrative oggetto del presente Avviso sono le seguenti e saranno retribuite in base alle tariffe orarie (comprensivo di Iva se dovuta) a fianco di ciascuna voce indicate:+

- Operatore sociosanitario € 22,00/ora
- Educatore € 25,00/ora

Per l'erogazione delle sopracitate prestazioni, così come descritti all'Art. 1 della LR n.82 del 28/12/2009, gli operatori economici che rispondono alla procedura di evidenza pubblica devono risultare accreditati al momento della presentazione della domanda, secondo il disposto della legge stessa e del successivo regolamento di attuazione, nonché delle delibere regionali di riferimento così come i professionisti dovranno risultare iscritti nei rispettivi Albi/ Registri qualora previsti.

Qualora l'erogazione degli interventi previsti dal Piano di spesa venga interrotta per cause dipendenti dal beneficiario, al soggetto erogatore sarà riconosciuta la spesa corrispondente al valore degli interventi effettivamente erogati sino al momento dell'interruzione.

Le prestazioni saranno attribuite dalla Società della Salute Pratese agli aventi diritto fino a esaurimento del Budget individuale per le prestazioni integrative e soltanto a seguito della formulazione del Piano Assistenziale Individualizzato, di seguito PAI, sottoscritto dal Beneficiario/Titolare/Familiare nell'ambito del quale provvederà anche ad individuare l'erogatore di prestazioni inserito nell'Elenco dei soggetti erogatori di prestazioni integrative.

Gli interventi dovranno essere erogati secondo le modalità indicate nel PAI e sarà cura della Società della Salute Pratese verificarne il loro rispetto.

Laddove si renda necessaria una modifica del PAI, questo potrà essere rimodulato. Tale variazione va formalizzata e sottoscritta dal destinatario.

Il soggetto attuatore verificherà che i servizi prendano avvio nel rispetto della tempistica indicata nel PAI e l'effettiva e corretta erogazione delle prestazioni e dei servizi in esso contenuti.

Art. 4 – Soggetti invitati a partecipare al presente Avviso

Sono invitati a partecipare al presente Avviso di istruttoria pubblica:

1. gli operatori economici accreditati all'erogazione di prestazioni domiciliari, socio-assistenziali, socio-sanitarie e socio-educative, al momento della presentazione della domanda, secondo il

disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione e che dispongano di provata esperienza nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati di cui agli artt. 2 e 3 del presente avviso di istruttoria pubblica;

2. Educatori Professionali in possesso di abilitazione professionale e/o iscrizione all'Albo o Collegio Professionale se previsto;

L'erogazione degli interventi domiciliari da parte del personale di cui al punti 1 e 2 può essere prevista secondo il PAI in qualunque giorno della settimana, compreso i giorni festivi e prefestivi, nell'orario 08,00- 20,00 e in tutti i Comuni della Zona Pratese.

La Società della Salute Area Pratese erogherà le prestazioni ai soggetti residenti nella Zona Pratese inseriti nella graduatoria vincitori del Progetto Home Care Premium 2022 che potranno scegliere l'operatore economico che fornirà le prestazioni integrative previste dal PAI. Al momento dell'attivazione dei servizi i soggetti scelti saranno chiamati a sottoscrivere una Convenzione con la Società della Salute Area Pratese, impegnandosi in tal modo ad erogare o a garantire l'erogazione delle prestazioni ivi indicate, nel rispetto dei tempi e delle modalità specificate, la Convenzione avrà la durata del Progetto Home Care Premium 2022 compreso eventuali proroghe .

Ogni partecipante dovrà compilare il modello di manifestazione d'interesse e barrare le tipologie di prestazione che intende fornire.

La mancata attivazione del pacchetto di prestazioni, nei tempi e modalità previste nel piano individualizzato, comporta l'applicazione di penali la cui entità è definita in relazione alla mancata erogazione del pacchetto nei contratti con i singoli operatori. L'Ente attuatore procede tempestivamente alla contestazione dell'addebito per iscritto. L'erogatore può far pervenire le proprie controdeduzioni alla SdS entro il termine perentorio di 10 (dieci) giorni naturali e consecutivi dalla contestazione; decorso infruttuosamente detto termine, la penale può essere applicata. La penale può essere applicata anche qualora le giustificazioni fornite nel termine perentorio di cui sopra non siano ritenute adeguate.

L'applicazione di tre penalità costituisce sempre grave negligenza contrattuale e genera il diritto dell'Ente attuatore di procedere alla eventuale cancellazione dell'operatore dall'elenco dei soggetti accreditati approvato.

L'operatore può recedere dalla Convenzione stipulata con la Società della Salute con un preavviso di almeno 21 giorni.

Gli interventi attivati dovranno comunque concludersi.

La cancellazione dall'elenco avviene a partire dalla data di comunicazione del recesso.

Art. 5 - Modalità di presentazione delle manifestazioni d'interesse

Le proposte di adesione vanno indirizzate alla Società della Salute di Pratese, esclusivamente a mezzo PEC, all'indirizzo: sdsareapratese@legalmail.it riportante nell'oggetto:

“MANIFESTAZIONE DI INTERESSE “Home Care Premium 2022””

Le proposte di adesione potranno essere presentate a partire dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito web della Società della Salute Area Pratese.

Le domande in carta libera dovranno contenere, a pena di esclusione dalla procedura di manifestazione di interesse, i seguenti documenti:

- Manifestazione d'interesse, redatta secondo i modelli allegati 1 o 2 che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Avviso;

- Dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico – economico – finanziaria ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 redatta secondo il mod. 3 al presente avviso;
- Documento d'identità in corso di validità del Rappresentante Legale o del Professionista;
- Modello tracciabilità finanziaria - mod. 4.

La Società della Salute Area Pratese valuterà le proposte di adesione presentate, verificando la loro completezza e corrispondenza con quanto richiesto dal presente Avviso.

In fase di prima attuazione l'elenco sarà costituito a partire dalla data del 28.02.2023 e conterrà le proposte di adesione presentate entro il **27.02.2023** e valutate come idonee.

L'elenco aggiornato sarà pubblicato sul sito web della Società della Salute Area Pratese (www.sds.prato.it).

La Società della Salute di Pratese valuterà di volta in volta le nuove proposte di adesione presentate nel corso di validità del Progetto, aggiornando mensilmente l'elenco degli operatori e provvedendo alla sua pubblicazione sul sito web della Società della Salute di Pratese nel caso sia pervenute nuove adesioni.

Per informazioni e chiarimenti sul presente Avviso è possibile scrivere all'indirizzo mail progetti@sds.prato.it.

Art. 6 – Ammissibilità della spesa

Sono ammissibili le spese:

- di servizi/prestazioni elencate nel PAI: non saranno considerate ammissibili spese non previste nel piano di spesa;

Le spese devono essere regolarmente documentate come da successivo art. 7.

Art. 7 – Rendicontazione da parte dei soggetti erogatori al soggetto attuatore

Gli operatori economici che hanno erogato i servizi (soggetti erogatori), in base a quanto indicato nei PAI, devono rimettere al soggetto attuatore la seguente documentazione giustificativa:

- a) fatturazione elettronica secondo le modalità previste dalla legislazione vigente;
- b) ricevute o note di debito cartacee per i soggetti non tenuti ad emettere fattura verso la P.A. in quanto non obbligati dalla normativa vigente.

Le fatture e le ricevute o note di debito devono riportare:

- i dati anagrafici relativi alla persona destinataria del buono servizio (nome e cognome);
- la denominazione del Progetto "HCP 2022;
- il dettaglio dei servizi erogati specificando il costo per ogni singolo servizio, come stabilito nel PAI
- c) time card degli operatori degli interventi eseguiti controfirmate dai destinatari (o dal care giver presente) che hanno usufruito del servizio: si precisa che le time card dovranno essere consegnate anche in originale alla SdS, con le modalità che saranno concordate alla stipula della Convenzione.

La documentazione di cui sopra dovrà essere prodotta per ogni singolo PAI.

Prato,

Il Direttore della SdS Pratese



Modello 1 (da compilare a cura degli operatori economici.)

Modello Manifestazione di interesse per l'iscrizione nell'elenco degli operatori economici per l'erogazione di prestazioni integrative di cui al Progetto Home Care Premium 2022 finanziato da INPS attraverso il Fondo Credito per il periodo 01.03.2023 -30.06.2025

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / ____ / C.F. _____ residente in _____ (cap ____)

Via _____ n. _____ in qualità di legale
rappresentante

di _____

avente sede legale in _____ (cap _____)

Via _____ n. _____

C.F./P.IVA _____

Telefono _____ cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

avente la seguente forma giuridica:

in possesso di accreditamento n. _____ del _____ conseguito
presso

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto Home Care Premium 2022
(selezionare la/le "Tipologia di prestazione" che ci si candida ad erogare)**

Operatori / Attività	Tipologie di Prestazioni	SI	NO
OSA OSS ADB	interventi integrativi e complementari svolti da operatori socio-sanitari;	☐	☐
EDUCATORE	interventi integrativi e complementari svolti da educatori professionali;	☐	☐

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

- . l'impresa / ente svolge attività di:

- a. il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta in possesso delle qualifiche richieste dalla normativa vigente per il corretto svolgimento del/dei servizio/i indicati
- b. l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso è la seguente:

DICHIARA inoltre

- di essere accreditato, per i servizi e le prestazioni per le quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiara-razione viene resa;
- di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016;
- di aver preso visione dell'Informativa su trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali - RGPD) pubblicato sul sito web della Società della Salute Pratese www.sds.prato.it

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti

(luogo e data) _____

(firma del legale rappresentante)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.



Modello 2 (da compilare a cura dei singoli professionisti)

Modello Manifestazione di interesse per l'iscrizione nell'elenco degli operatori economici per l'erogazione di prestazioni integrative di cui al Progetto Home Care Premium 2022 finanziato da INPS attraverso il Fondo Credito per il periodo 01.03.2023 -30.06.2025

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

_____ () il ____/____/____/

C.F. _____

Residente in _____ (CAP _____)

Via _____

Telefono _____ cellulare _____

Mail _____ PEC _____

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto Home Care Premium 2022 (selezionare la/le "Tipologia di prestazione" che ci si candida ad erogare).

Operatori / Attività	Tipologie di Prestazioni	SI	NO
EDUCATORE	interventi integrativi e complementari svolti da educatori professionali;	☐	☐

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

Di essere in possesso del seguente titolo di studio

_____;

Di _____ essere iscritto all'albo _____ professionale (ove previsto)
Città _____
dal ____/____/____ con numero _____

c. l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso è la seguente:

DICHIARA inoltre

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016;
- di aver preso visione dell'Informativa su trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali - RGPD) pubblicato sul sito web della Società della Salute Pratese www.sds.prato.it

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti.

COMUNICA

(luogo e data) _____

(firma)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO-ECONOMICO-FINANZIARIA

(ai sensi del DPR n. 445/00 artt. 46 e 47)

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____
Via _____ n. _____
legale rappresentante di _____

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

Dichiara

- di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;
- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio,
- l'insussistenza di condanne penali, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A., riferite al legale rappresentante e agli associati con poteri decisionali;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;
- di essere in regola in materia assicurativa, infortunistica, e con le norme per il diritto al lavoro dei disabili;
- di non essere incorso in una delle sanzioni o misure cautelari di cui al decreto legislativo n. 231/01 che impediscono di contrattare con gli enti pubblici;
- di non essere incorso, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori cause di divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione alla data della compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva richiesta;

- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ matricola _____ sede di _____

- di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;
- di essere iscritto nel Registro cui è tenuto per legge;
- di essere accreditato secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione per attività socio sanitarie per non autosufficienti;
- di applicare al personale dipendente il contratto nazionale del settore e i contratti integrativi, territoriali e aziendali vigenti, con particolare riferimento ai salari minimi contrattuali;

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

COMUNICAZIONE DATI CONTO CORRENTE DEDICATO CONTRATTI PUBBLICI
OBBLIGHI TRACCIABILITA' MOVIMENTI FINANZIARI (Legge n. 136/2010 e ssmm)

**Al Direttore della SdS Pratese
Piazza del Comune , 2
59100 Prato**

La _____
(ragione sociale) con sede
via/piazza _____ n. _____ Città _____

_____ CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

_____ avente la seguente forma giuridica: * onlus * associazione volontariato * altro (specificare)

_____ Legale Rappresentante (Cognome, nome)

_____ CODICE FISCALE _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del citato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi previste, con riferimento a tutti i rapporti contrattuali in essere con Codesto Consorzio

ASSUME

➤ Tutti gli obblighi di tracciabilità dei movimenti finanziari di cui all'art. 3, L. n. 136/2010 e si obbliga a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio del Governo della Provincia di Prato della notizia dell'inadempimento della eventuale controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità

COMUNICA

c. Gli estremi del conto corrente dedicato (*anche in via non esclusiva*) alla gestione dei movimenti finanziari relativi ai rapporti di appalto/concessione/acquisto con la SdS, in essere presso l'Istituto di credito _____ AG. n. _____ Città _____
_____ Indirizzo _____

d. codice IBAN: _____

Codici di riscontro: ABI _____ CAB _____ CIN _____

e. I dati dell'intestatario del conto corrente (nome/ragione sociale completa, sede legale e/o dell'unità produttiva che gestisce l'appalto/concessione/convenzione/acquisto, Codice Fiscale/Partita IVA): _____

f. I dati identificativi dei soggetti (*persone fisiche*) che sono delegati ad operare sul conto corrente dedicato:

- Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità di _____ (*specificare ruolo e poteri*);
- Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità di _____ (*specificare ruolo e poteri*);
- Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità di _____ (*specificare ruolo e poteri*).

DICHIARA

Di essere soggetto a DURC si _____ no _____;

DICHIARA

Di essere a conoscenza che il mancato utilizzo del bonifico determina la risoluzione di diritto del contratto.

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679, che i dati

personali raccolti saranno trattati, dalla Società della Salute di Prato quale Titolare del trattamento, anche con strumenti informatici, per le finalità legate agli adempimenti amministrativi, contabili e fiscali necessari per il procedimento di liquidazione dei compensi.

La..... (Ditta, altro...) si obbliga inoltre, a dare tempestiva comunicazione al Direttore della Società della Salute di Prato di ogni variazione relativa ai dati di cui sopra.

Data _____

Il legale rappresentante

(timbro e firma)