



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D4 **AMBITO TERRITORIALE CASTELTERMINI - SAN GIOVANNI GEMINI – CAMMARATA**

AVVISO PUBBLICO

RIAPERTURA ALBO DISTRETTUALE DEI SOGGETTI CHE INTENDONO OPERARE NEL DISTRETTO D4 PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE A CARATTERE DOMICILIARE MEDIANTE BUONO DI SERVIZIO (Voucher)

SEZIONE ANZIANI E DISABILI

IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D4

In esecuzione della Delibera del Comitato dei Sindaci n.2 del 02.09.2013, sull'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie a carattere domiciliare, con il sistema dei voucher (buoni di servizio) spendibili direttamente dall'utente e nel rispetto della legge regionale nr. 22/86 e della legge di riordino dei servizi sociali L. 328/00

RENDE NOTO

La riapertura dell'iscrizione all'Albo distrettuale degli Enti del Privato Sociale per l'accreditamento finalizzato all'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie a carattere domiciliare in favore degli anziani e disabili residenti nel territorio del Distretto D4, mediante buoni servizio (voucher) spendibili direttamente dall'utente.

Istanza di accreditamento e documentazione da produrre:

Gli **Enti del Privato Sociale**, regolarmente autorizzati con iscrizione all'albo regionale di cui all'art. 26 della L.R. n. 22/86 – per le sezioni “Anziani e/o Disabili” e per la tipologia “Assistenza domiciliare”, che non si trovino in una delle fattispecie previste come causa di esclusione ai sensi dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016, ed in una qualsiasi altra forma di esclusione da pubblici appalti e divieti a contrattare con la pubblica amministrazione, ai sensi della normativa vigente, dovranno far pervenire al Comune di CASTELTERMINI – Capofila del Distretto socio-sanitario D4 – Ufficio Servizi Sociali, Via Jan Palach, istanza di accreditamento, entro e non oltre le **ore 12,00 del giorno 13 LUGLIO 2018**, a mezzo servizio postale ovvero mediante consegna a mano direttamente all'Ufficio protocollo del Comune di Casteltermini Capofila, oppure a mezzo PEC: comunedicasteltermini@pec.it, utilizzando l'apposito modello predisposto dall'Ufficio, **allegato “A”**, allegando la seguente documentazione:

- **Dichiarazione sostitutiva “allegato B”** sul possesso dei seguenti requisiti:

1. Iscrizione albo regionale “Anziani e/o Disabili” e per la tipologia “Assistenza domiciliare”;
2. la formazione e l'esperienza degli operatori impiegati nell'erogazione delle prestazioni;
3. le modalità di contenimento del turn over degli operatori e la qualità organizzativa del servizio;
4. la completezza e/o l'innovatività delle prestazioni assicurate;
5. il rispetto del trattamento economico fissato dal contratto collettivo nazionale di lavoro o tariffe professionali per incarichi professionali;
6. l'adozione di apposita Carta di Servizi riportante:
 - a) condizioni e modalità per l'accesso ai servizi;
 - b) il numero degli operatori coinvolti ed i relativi profili professionali come da standard stabilito dalle leggi di settore vigenti;
 - c) le prestazioni assicurate, le modalità di coinvolgimento degli utenti e dei familiari ai programmi individuali di assistenza e alla verifica dei risultati;

- d) la procedura di tutela dei diritti degli utenti;
- e) le tariffe per l'accesso alle singole prestazioni;

- 7.l'esistenza di protocolli di verifica periodica dei livelli di qualità delle prestazioni rese e percepiti dalla persona assistita e/o dai suoi familiari;
- 8.l'esistenza della procedura di analisi e monitoraggio della "customer satisfaction", contenente le modalità di distribuzione, compilazione e raccolta del questionario di gradimento da parte dell'assistito e/o dei suoi familiari;
- 9.iscrizione alla Camera di Commercio e relativa certificazione con indicazione di stato di liquidità, fallimento, concordato preventivo o cessazione di attività e antimafia.
- 10.di essere/non essere soggetto alle norme sul diritto al lavoro dei disabili, di cui all'art. 17 della L. 68/99 perché il numero dei propri dipendenti è inferiore/superiore a 15 unità;

- *Elenco del materiale e degli strumenti per la realizzazione del servizio;*
- *Copia dello Statuto;*
- *Dichiarazione sulla regolarità contabile e contributiva;*
- *All'istanza potrà essere allegata, per ciascuna tipologia, la proposta di articolazione del servizio che evidenzia gli aspetti migliorativi offerti.*
- *Codice Fiscale e partita IVA, se dovuta;*
- *Fotocopia del documento d'identità del sottoscrittore in corso di validità.*

L'istanza, dovrà essere sottoscritta dal legale rappresentante, allegando una fotocopia del documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore ed unitamente a tutta la documentazione, come elencata nei predetti punti, dovrà essere contenuta in un plico indirizzato al Comune di Casteltermini – Capofila del Distretto socio-sanitario D4 – e riportante la seguente dicitura: ***“istanza di accreditamento con iscrizione all'Albo distrettuale per l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie a carattere domiciliare, in favore degli _____(anziani/disabili) residenti nel Distretto Sociosanitario D4, mediante rilascio buono di servizio (voucher) agli utenti.”***

La mancanza di sottoscrizione dell'istanza, della fotocopia del documento di identità ed anche di uno solo dei documenti richiesti, comporterà la non ammissione della istanza di accreditamento.
Eventuale richiesta di accreditamento in entrambe le Sezioni (Anziani/Disabili), prevede la presentazione di due distinte istanze e relativi allegati.

Accreditamento con iscrizione all'Albo distrettuale

Si procederà all'accredito con iscrizione all'Albo distrettuale degli Enti del Privato Sociale in possesso dei predeterminati requisiti e con presentazione di tutta la documentazione richiesta allegata all'istanza presentata entro il predetto termine. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000, n. 445, qualora da controlli emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, il medesimo Ente accreditato decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, salvo la comunicazione agli organi competenti.

I moduli predisposti per la domanda sono scaricabili dai siti istituzionali dei Comuni del Distretto socio-sanitario D4.

Procedura

L'istruttoria delle istanze verrà effettuata da una Commissione che sarà appositamente nominata.

Ai singoli soggetti che abbiano presentato domanda verrà comunicato l'esito dell'istruttoria.

A conclusione, si procederà alla redazione dell'elenco degli Enti accreditati approvato con Determinazione del Coordinatore del Distretto Sociosanitario D4 e successivamente alla sottoscrizione del Patto per l'accredito utilizzando l'**allegato "C"** (parte integrante del presente Avviso).

L'Albo Distrettuale verrà revisionato annualmente.

Ogni soggetto che aspira ad essere inserito nell'elenco di cui sopra può avanzare istanza a titolo individuale o, in alternativa, quale associazione temporanea d'impresе, costituita ai sensi delle leggi vigenti, o consorzio.

Il rapporto tra il Comune capofila e il soggetto fornitore si concretizza con la sottoscrizione del patto di accreditamento conseguente all'iscrizione all'Albo distrettuale degli Enti del Privato Sociale.

Avvertenze:

Per i plichi recapitati per posta, si specifica che non farà fede il timbro postale accettante e che, ai fini del rispetto del termine sopra indicato, non si terrà conto, pertanto, della data di spedizione, ma dell'effettiva ricezione del plico.

Le domande pervenute ed acquisite al Protocollo del Comune Capofila Casteltermini, oltre il prescritto termine saranno escluse dalla procedura di accreditamento.

L'Amministrazione non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da errore dell'aspirante nell'indicazione del proprio recapito, da mancata oppure tardiva comunicazione degli eventuali mutamenti sopravvenuti rispetto all'indirizzo indicato nella domanda, né da eventuali disguidi postali, telegrafici o comunque imputabili al fatto di terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

Le modalità del rapporto di accreditamento e dell'erogazione delle prestazioni sociosanitarie a carattere domiciliare, sono specificate nel patto di accreditamento, nello schema di istanza e di dichiarazione sostitutiva, costituenti parti integranti del presente avviso.

Per eventuali informazioni rivolgersi all'Ufficio di Piano distrettuale del Distretto Sociosanitario D4.

Costituiscono parti integranti del presente Avviso i seguenti allegati:

All. "A" Istanza di accreditamento

All. "B" Dichiarazione sostitutiva

All. "C" Patto di accreditamento.

***Il Coordinatore del Distretto Socio-Sanitario n.4
Dott. Calogero Sardo***

All. "A" Istanza di accreditamento

Oggetto: ISTANZA DI ACCREDITAMENTO ALL'ALBO DISTRETTUALE DEI SOGGETTI AUTORIZZATI ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE A CARATTERE DOMICILIARE MEDIANTE BUONO DI SERVIZIO (Voucher)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ nella sua qualità di _____ munito dei poteri di rappresentare e impegnare legalmente la _____ iscritta al nr _____ dell'albo regionale di cui all'art. 26 della legge reg.le nr. 22/86 della sezione " _____ " (Anziani/Disabili) per la tipologia "Assistenza domiciliare" con decreto di iscrizione nr _____ del _____ con sede legale in _____ Via/Piazza _____
CodiceFiscale e/o P.Iva _____ Tel. _____
Fax _____ email _____ Pec _____

CHIEDE

L'accREDITamento con iscrizione nell'apposito Albo distrettuale per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie a carattere domiciliare in favore degli _____ (anziani/disabili) residenti nel territorio del Distretto Socio Sanitario D4, mediante rilascio buono di servizio (Voucher) direttamente all'utente.

A tal fine, allega la seguente documentazione:

1. Dichiarazione sostitutiva sul possesso dei requisiti, **allegato "B"**;
2. Carta dei servizi/Piano descrittivo delle dimensioni organizzative, gestionali e qualitative del servizio, riportante tutto quanto espressamente richiesto nei punti da a) a m) dall'avviso pubblico;
3. Copia dello Statuto.
4. Dichiarazione sulla regolarità contabile e contributiva;
5. Proposta di articolazione del servizio che evidenzi gli aspetti migliorativi offerti.
6. Codice Fiscale e partita IVA, se dovuta;
7. Fotocopia del documento d'identità del sottoscritto in corso di validità.

Firma per esteso

All. "B" Dichiarazione sostitutiva

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REDATTA AI SENSI degli artt. 46 e 47 del D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, allegata all'istanza di accreditamento con iscrizione all'Albo distrettuale per l'erogazione delle prestazioni sociosanitarie a carattere domiciliare mediante Buono di Servizio (Voucher)

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente in _____ Cap. _____

Via _____ in qualità di: _____

dell'Istituzione assistenziale _____, iscritta al nr _____ dell'albo regionale di cui all'art. 26 della legge reg.le nr. 22/86 della sezione " _____ "(Anziani/Disabili) tipologia "assistenza domiciliare" con decreto di iscrizione nr _____ del _____ CF/ _____ con sede legale in _____ Via _____ Città _____ cap. _____ Fiscale e/o P.Iva _____ Tel. _____ Fax _____ email _____ Pec _____ con sede operativa in _____ Via _____ Città _____ cap. _____ Fiscale e/o P.Iva _____ Tel. _____ Fax _____ email _____ Pec _____

In applicazione degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000 e dell'art. 15 della legge 183/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, in base a quanto indicato nell'avviso pubblico:

DICHIARA

1/a.– Che le proprie generalità, nella qualità di Legale Rappresentante dell'Istituzione Assistenziale sopra denominata sono le seguenti:

Cognome Nome _____ nato a _____

il _____ CF _____

Residente in _____ Via _____

Carica sociale ricoperta: _____

con scadenza il _____

1/b. – Che le altre persone con potere di Rappresentanza, attualmente in carica sono: (specificare la carica ricoperta)

Cognome Nome _____ nato a _____

il _____ CF _____

Residente in _____ Via _____

Carica sociale ricoperta: _____

con scadenza il: _____

Cognome Nome _____ nato a _____

il _____ CF _____

Residente in _____ Via _____

Carica sociale ricoperta: _____

con scadenza il: _____

1/c) di non avere soci e/o dipendenti che fanno parte di altro organismo con le medesime finalità, che hanno presentato istanza di accreditamento e che non si trovino in altra situazione di collegamento di tipo sostanziale ad un unico centro decisionale

2..Che l'Istituzione Assistenziale _____, dal sottoscritto rappresentata nella qualità, :

2/a) è iscritta al Registro delle Imprese di _____ dal _____

n° Iscrizione _____ n. REA _____

per l'attività di (indicare l'attività svolta inerente l'area di intervento e risultante nella C.C.I.A.A.)

2/b) è iscritta e di avere tuttora l'iscrizione, all'Albo Regionale di cui all'art. 26 della legge regionale nr. 22 del 9 maggio 1986, al numero _____, con decreto nr. _____ del _____ nella sezione _____ (Anziani/Disabili) per la tipologia "Assistenza domiciliare"; che nessuna variazione è intervenuta, e che alcun procedimento monitorio da parte del competente Assessorato Regionale della Famiglia e delle politiche sociali, è in corso;

2/c) non ha in corso modifiche statutarie;

2/d) rispetta gli standards strutturali ed organizzativi per la tipologia di riferimento e di cui al decreto nr. 158 del 4 giugno 1996;

2/e) osserva tutte le disposizioni di legge in materia per lo svolgimento del servizio di assistenza domiciliare, essendo in possesso di tutte le prescritte autorizzazioni richieste dalla vigente normativa statale e regionale;

2/f) è consapevole che il Distretto Socio Sanitario D4 con l'accREDITamento e l'iscrizione nell'apposito Albo distrettuale non si impegna alla successiva consegna del servizio, non garantendo alcun minimo di fruitori del servizio, essendo rimessa al cittadino la libera scelta dell'ente gestore da cui farsi assistere, tra quelli iscritti nell'Albo distrettuale.

2/g) è consapevole, altresì, che l'iscrizione nel predetto Albo non comporta alcun impegno fra la P.A. ed i singoli operatori impiegati dall'Ente accREDITato per l'espletamento del servizio.

2/h) non ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni conseguenti a gare affidate dai Comuni facenti parte del Distretto sociosanitario.

2/i) è in grado di svolgere il servizio ed è disponibile ad iniziarlo immediatamente a seguito di scelta dell'utente anziano/disabile e secondo il piano individualizzato consegnato dal Distretto Sociosanitario D4.

2/l) si impegna a consegnare al momento dell'eventuale sottoscrizione del patto di accREDITamento, tutta la documentazione che sarà richiesta.

2/m) si impegna a comunicare con immediatezza qualsiasi variazione riguardante l'autorizzazione regionale, variazione di sede, variazione di standard, ecc.

DICHIARA INOLTRE :

l'insussistenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 80) DLgs 50/2016 e ss.mm.ii., di qualsiasi altra forma di esclusione da pubblici appalti e divieti a contrattare con la pubblica amministrazione, ai sensi della normativa vigente, nei confronti dell'Istituzione assistenziale e di tutte le persone fisiche sopra indicate, **ovvero**, in caso di sussistenza di uno dei motivi di esclusione di cui al predetto art. 80, o di altra forma di esclusione come sopra riportato, specificare dettagliatamente, allegando una ulteriore dichiarazione di responsabilità;

di applicare i contratti collettivi di lavoro previsti per le categorie di personale impiegato nonché di rispettare le norme assicurative e previdenziali vigenti e tutte le disposizioni in materia di prevenzione e protezione dai

rischi nei confronti dei lavoratori o degli operatori incaricati per lo svolgimento del servizio in questione;
di liberare sin d'ora il Distretto sociosanitario D4 da qualsiasi responsabilità derivante da eventuali infortuni sul lavoro e/o ogni altro danno che potrebbe derivare dall'espletamento del servizio;
che il Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori applicato è:

.....
che gli addetti per lo svolgimento del servizio, secondo lo standard stabilito dalla Regione sono :

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

nr.....con qualifica di.....

in possesso di esperienza ed opportuna formazione riferita alla tipologia dei soggetti da assistere;

il rispetto delle norme sulla sicurezza dei luoghi di lavoro (D.Lgs 626/94), nonché il rispetto di tutti gli adempimenti di legge ed degli obblighi in materia di sicurezza e di condizioni di lavoro, di previdenza e di assistenza nei confronti dei lavoratori dipendenti o soci in caso di cooperative;

di essere in regola con le norme che disciplinano il diritto al lavoro dei disabili;

di essere in possesso di tutti i requisiti previsti nell'**avviso pubblico**.

Che:

AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE SULL'OBBLIGO DI TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI,

1) Dichiaro di assumere gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari. A tal fine si impegna:

- a) ad utilizzare uno o più conti correnti bancari o postali, accessi presso banche o presso la società Poste Italiane S.p.A., dedicati alle commesse pubbliche per i movimenti finanziari relativi alla gestione del servizio;
- b) a comunicare al Distretto Sociosanitario D4 gli estremi identificativi dei conti correnti di cui al punto precedente, nonché le generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi, entro sette giorni dalla loro accensione;
- c) di rispettare nel proprio rapporto con il personale impiegato nell'esecuzione del servizio, le disposizioni di legge che impongono il pagamento delle retribuzioni al personale esclusivamente a mezzo bonifico bancario, nonché la normativa sulla tracciabilità dei flussi finanziari.

2) dichiaro di essere a conoscenza che il Distretto Socio-sanitario D4 provvederà alla cancellazione dell'accreditamento e dell'iscrizione nell'Albo distrettuale e risolverà eventuali rapporti intrattenuti, in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi di banche o delle società Poste Italiane S.p.A.

3) dichiaro di essere consapevole che, ai fini di verificare l'applicazione delle norme contrattuali, il Distretto Socio-Sanitario potrà richiedere all'Ente accreditato copia dei contratti di lavoro stipulati; impegnandosi fin d'ora a provvedere ad adempiere alla richiesta entro i termini che verranno dati.

4) di prendere atto che in caso di inesatte dichiarazioni, il Distretto si riserva la facoltà di escludere l'Istituzione assistenziale dall'accreditamento e che potranno essere eseguiti controlli da parte degli uffici comunali diretti ad accertare la veridicità di quanto dichiarato ed in caso di false o mendaci dichiarazioni di decadere dall'accreditamento e dall'iscrizione all'Albo distrettuale, con informativa alle autorità competenti.

5) di autorizzare il trattamento dei propri dati personali, anche con strumenti informatici ai fini dello svolgimento del procedimento e per fini statistici ai sensi del D.Lgs. del 30/06/2002 n. 196 e s.m.i e della vigente normativa e che potranno essere comunicati alle Amministrazioni che esercitano funzioni in materia di appalti pubblici ai sensi del D.Lgs n° 50/2016 nonché alle Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.

Luogo e data

Firma

.....

ALLEGARE A PENA DI NON AMMISSIBILITA' LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE.

“Allegato C”

PATTO DI ACCREDITAMENTO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE A CARATTERE DOMICILIARE MEDIANTE BUONO DI SERVIZIO (Voucher)

Richiamate :

- la legge 8 novembre 2000 n. 328, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- la Legge Regionale n. 22 del 09/05/1986 sul riordino dei servizi socio – assistenziali in Sicilia;
- la delibera del Comitato dei Sindaci del 2013 relativa all'avviso pubblico finalizzato alla selezione degli Enti del Privato Sociale idonei ad erogare i buoni di servizio (voucher);

A seguito di verifica del possesso dei requisiti richiesti, effettuata da apposita Commissione di Accreditamento nominata dal C.S. n. _____ del _____ l'Ente _____ è stato ritenuto in possesso dei requisiti necessari ai fini della sottoscrizione del presente ***Patto per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie*** a carattere domiciliare a libera scelta dell'utente e tramite buono di servizio (voucher);

Volendosi ora determinare le norme e condizioni che debbono regolare il servizio di che trattasi, i signori:

1) _____ il quale dichiara di intervenire al presente atto e di stipularlo, non in proprio, ma nella sua qualità di _____ del Comune di Casteltermini Capofila, giusti i poteri derivanti dalla suddetta carica, C.F. Comune di Casteltermini n. _____ P. IVA Comune di Casteltermini n. _____ ;

2) _____ nato a _____ il _____ e residente a _____ via _____ codice fiscale _____ il quale dichiara di intervenire al presente atto in qualità di legale rappresentante del _____

premesse che

l'Ente _____ in possesso dei requisiti richiesti, è stato accreditato con determinazione del Coordinatore del Distretto D4 n. _____ del _____ ed iscritto al n. _____ dell'Albo Distrettuale per la sezione _____ (anziani/disabili);

concordano quanto segue:

ART.1

Il servizio si esplicherà attraverso l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie a carattere domiciliare. Tali prestazioni dovranno essere erogate nella misura e secondo le modalità stabilite nei singoli P.A.I.(ex Piani Personalizzati di Assistenza).

PRESTAZIONI:

- Igiene e cura della persona
- aiuto domestico
- Disbrigo pratiche varie, quali autorizzazioni per richieste mediche, esenzioni ticket su farmaci ed esami clinici, richiesta contributi, commissioni varie
- Trasporto dell'utente

ART. 2

L'Ente accreditato si impegna:

- a mantenere nel tempo i requisiti organizzativo - gestionali di accreditamento definiti nello schema di domanda di iscrizione all'Albo in argomento;
- a comunicare tempestivamente ogni eventuale successiva modifica degli stessi, fermo restando che il Distretto D4 si riserva, comunque di compiere, in qualsiasi momento, i controlli che riterrà più opportuni;
- a garantire i voucher richiesti accettando il sistema tariffario previsto per l'acquisto delle prestazioni socio-sanitarie a carattere domiciliare;
- ad attuare il piano individualizzato erogando il voucher richiesto, rispettando i tempi di avvio previsti in detto piano e tenendo presente che il Servizio é da erogare in prestazioni orarie di 60 minuti in riferimento ai bisogni del beneficiario;

- ad accettare i sistemi di verifica e di controllo dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni stabiliti dagli uffici di Servizio Sociale del Distretto Sociosanitario D4 in regime di voucher di servizio;
- ad aggiornare puntualmente l'elenco dei nominativi, con allegati titoli, del personale da adibire a tale servizio;
- ad attivare propri strumenti operativi, attraverso i quali consentire la periodica verifica del livello di qualità delle prestazioni e della relazione d'aiuto percepiti da parte dei medesimi soggetti;

ART.3

Il Distretto si riserva il diritto di compiere d'ufficio, oltre che su richiesta del richiedente e/o del beneficiario, verifiche periodiche sulla compiuta attuazione dei contenuti del presente Patto nonché del Piano di Assistenza Individuale. L'esito delle verifiche verrà comunicato all'Ente.

Qualora il Distretto accertasse la sussistenza di una o più irregolarità, queste verranno contestate all'Ente, che dovrà provvedere a risolvere entro i termini e le modalità definite dal Distretto. In caso contrario, il Distretto diffida l'Ente ad adempiere entro un termine di 7 giorni, decorso inutilmente il quale, il Patto si intende risolto. L'accertamento invece di gravi inadempienze costituisce causa di risoluzione del presente Patto.

Il Distretto, al termine dell'esecuzione del servizio, corrisponde all'Ente l'importo relativo ai voucher secondo il sistema tariffario previsto per l'acquisto delle prestazioni socio-sanitarie a carattere domiciliare, su presentazione di regolare fattura, in rapporto alle ore di servizio espletato, firmata dal legale rappresentante dell'Ente; di relazione mensile del medesimo riportante i nominativi degli assistiti con i relativi voucher erogati sulla base dei PAI di ogni singolo utente.

Il Distretto si impegna, al termine dell'erogazione del servizio ed entro i termini previsti dalla legge, a saldare i corrispettivi delle prestazioni effettivamente rese dall'Ente. Nel caso di irregolarità nella fatturazione, queste verranno contestate ed il pagamento verrà effettuato solo ad avvenuta regolarizzazione delle stesse.

Il Distretto si riserva, altresì, la facoltà di sospendere i pagamenti ogni qualvolta siano in corso con l'Ente contestazioni formali, previste dal presente Patto.

L'interruzione, senza giustificato motivo da parte dell'Ente dell'erogazione delle prestazioni previste dal Piano di Assistenza Individuale, prima della scadenza del presente Patto comporterà per il servizio prestato ed ancora non pagato l'applicazione di una riduzione del 20% sulla somma dovuta; inoltre non darà diritto ad alcun rimborso, anche parziale, per le prestazioni da rendere, e comporterà la cancellazione dall'Elenco degli Enti accreditati per il periodo di validità temporale dello stesso.

ART. 4

Il presente Patto ha validità dall'attivazione del Servizio.

Il Patto é redatto in duplice copia per ciascun organismo aderente.

ART. 5

L'Ente accreditato non avrà nulla da pretendere, a nessun titolo, da parte dal Distretto nel caso in cui non dovesse essere prescelto da alcun utente;

ART. 6

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.

Per quanto non previsto espressamente nel presente Patto, si rinvia alle norme di legge in materia. La sottoscrizione del presente atto comporta la piena ed incondizionata accettazione di quanto in esso contenuto. Letto, approvato e sottoscritto

Casteltermini, lì _____

Il Legale Rappresentante

Il Coordinatore del Distretto sociosanitario D4