



COMUNE DI PUTIGNANO

**DETERMINAZIONE
R.C.G.413_2017 DEL 23-02-2017**

Det.I AREA 237-2017 del 13-02-2017

**I AREA - AFFARI GENERALI ED ISTITUZIONALI - GESTIONE
RISORSE UMANE - CULTURA - P.I. - BIBLIOTECA - MUSEO -
DEMOGRAFICI - CED - URP - AFFARI SOCIALI - TRASPARENZA**

Dirigente: Dott. Domenico Mastrangelo

Responsabile del Procedimento: GIULIA VITTI LACITIGNOLA

Estensore della Determina: ELISABETTA BELVISO

**OGGETTO: AMBITO TERRITORIALE PROGETTO HOME CARE PREMIUM -
PROGRAMMA SOCIO ASSISTENZIALE CON PRESTAZIONI RESIDENZIALI .
LIQUIDAZIONE FATTURA OTTOBRE 2016 A BENESSERE COMMUNITY IN
LOCOROTONDO.**

IL DIRIGENTE 1^ AREA

Visto l'art.107 del TUELL approvato con D.L.gs. del 18.8.2000 n.267;

Vista la deliberazione di G.C. n. 1 del 05/01/2017 di "Autorizzazione alla gestione amministrativa ai Responsabili di Servizio in attesa dell'approvazione dei documenti di programmazione 2017-2019";

Visto il decreto n°37/2014 (prot.n. 47906 del 18/11/2014) con il quale il Sindaco ha conferito l'incarico per l'espletamento delle funzioni di Dirigente della 1^ AREA AA.GG.II. – Servizio Affari Sociali al Dr. Domenico Mastrangelo;

Vista la Deliberazione del C.I. n. 32/13 di conferimento incarico Coordinatore l'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale di Putignano alla Dr.ssa G. Lacitignola;

Vista la delibera di Consiglio Comunale n.32 del 6.6.2016 relativa all'approvazione del Documento Unico di Programmazione e del Bilancio di Previsione 2016.2017-2018;

Visto il Regolamento di contabilità;

Premesso che l'Ambito Territoriale di Putignano,

- nel dicembre 2013 ha aderito, attraverso sottoscrizione di apposito Regolamento, al Progetto promosso dall'INPS - Gestione ex INPDAP denominato *Home Care Premium 2014* che finanzia progetti innovativi e sperimentali di Assistenza Domiciliare a favore dei dipendenti pubblici, loro coniugi conviventi e familiari di primo grado, prevedendo l'erogazione di un contributo mensile e altre prestazioni integrative finalizzate alla cura delle persone non autosufficienti, per una durata temporale di 9 mesi; sottoscriveva apposito Accordo con l'INPS e il Comune di Putignano (capofila), in data 16.3.2015, disciplinate la durata del progetto, i soggetti beneficiari, le prestazioni, gli obblighi dell'Ambito, la rendicontazione ecc.;

- per la gestione del Progetto è assegnatario di apposito contributo di massima, accertato alla risorsa 2521 cap. 12521 ed impegnato 1/10/04/03 cap.11303.27;

Atteso che la Direzione Centrale INPS con nota prot.

- n.53897/2015 (agli atti) e Determinazione INPS n.419 del 26/10/2015 (agli atti prot.n.60122/2015) comunicava il differimento del termine di scadenza del Progetto HCP dal 30/11/2015 al 30/06/2016,

- n.293 del 20/05/2016 (agli atti prot.n.27702/2016) ha comunicato l'ulteriore differimento del termine di scadenza del Progetto HCP dal 30/06/2016 al 31/12/2016,

per cui è stato necessario continuare a garantire il programma socio assistenziale approvato per ciascuno degli ammessi dall'INPS;

Vista e richiamata la Determinazione Dirigenziale n.1248/2016 con la quale si dava atto della prosecuzione in continuità in favore della Sig.ra G.A. del .1930, residente in Locorotondo (*generalizzata agli atti dell'Ufficio di Piano a tutela dei dati personali D. Lgs. 196/2003 e già ammessa a finanziamento nel progetto Home Care Premium 2014 dell'Ambito territoriale di Putignano*), del "Programma socio assistenziale familiare" e relativo a prestazioni residenziali presso la "RSA Casa Neemia" di Locorotondo dall'1/09 al 31/12/2016 al costo mensile (omnicomprensivo) di € 520,78 per complessivi € 2.083,12 e si assumeva relativo impegno di spesa al cap. 11303/27 imp. n. 2272/2016;

Vista la Convenzione in atti sottoscritta tra l'Ambito e la Benessere Community Care S.r.l. gestore della "RSA Casa Neemia" di Locorotondo;

Preso atto che è pervenuta la fattura emessa per le prestazioni in questione svolte per il mese di ottobre 2016 dalla Benessere Community Care S.r.l. gestore della "RSA Casa Neemia" in Locorotondo – P.ta Iva 06855270721 - fattura n.4/2016 (pr. com.le n.0003133 del 19/01/2017) di € 520,78 Iva 10% inclusa;

Vista la regolarità della documentazione, della prestazione nonché contributiva (durc che si allega);

Visto l'art 184 del D.Lgs 18.08.2000 n.267;

Visto l'art.18 c. 2 e 3 del D.L. 83/12;

Vista la L. n.190 del 06/11/2012, afferente il contrasto alla corruzione e all'illegalità nella pubblica amministrazione, e l'allegata dichiarazione,

Ritenuto procedere alla liquidazione della suddetta fattura,

Viste le nuove disposizioni in materia di scissione dei pagamenti (split payment) previste dall'articolo 1, comma 629, lettera b), della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015) che stabilisce che le pubbliche amministrazioni acquirenti di beni e servizi, ancorché non rivestano la qualità di soggetto passivo dell'IVA, devono versare direttamente all'erario l'imposta sul valore aggiunto che è stata addebitata loro dai fornitori;

Dato atto che alla presente liquidazione si applica la scissione dei pagamenti, ai sensi dell'art.17 ter del DPR n. 633/1972

DETERMINA

Per quanto in premessa, che si intende integralmente riportato,

di liquidare a Benessere Community Care S.r.l. gestore della “RSA Casa Neemia” in Locorotondo – P.,ta Iva 06855270721 per il mese di ottobre 2016 la quota mensile a favore di Soggetto ammesso (G.A. 1930) a finanziamento nel progetto *Home Care Premium 2014* (Programma socio assistenziale familiare” residenzial)

(prot. n. 0003133 del 19/01/2017);

Utente	Imp. Fat.	n. fattura settembre	Imponibile	Iva 10%	n. Imp.	Capitolo	Cod. bil.
G.A (1930)	520,78	4/2016	473,44	47,34	2272/2016	11303/27	12.05-1.03.02.99.999

di dare atto che

- trattasi di contributo a Soggetti indigenti per spesa retta di ricovero socio-assistenziale e non necessita di CIG

- la suddetta fattura è soggetta al sistema dello split payment e **di pagare**, pertanto, al fornitore la parte imponibile e di trattenere l’I.V.A., che sarà successivamente versata all’Erario nei tempi e modi previsti dalla legge;

di dichiarare il nulla osta al pagamento, autorizzando il Servizio finanziario all’emissione del mandato di pagamento con bonifico sul conto dedicato, in atti;

di dare atto che la presente liquidazione è esigibile il 20/02/2017;

di pubblicare ai sensi dell’art.18 c.2 del D.L. 83/12 sul sito web dell’Ente i dati relativi al compenso erogato;

di trasmettere il presente atto al Dirigente 2^ Area Economico/Finanziario per gli atti consequenziali e all’Ufficio Delibere 1^ Area per quanto di competenza.

IL COORDINATORE L’UFFICIO DI PIANO
Dr.ssa Giulia LACITIGNOLA

IL DIRIGENTE 1^ AREA
Dr. Domenico MASTRANGELO

Istruttore Amm.vo
Rag. Elisabetta BELVISO

SCHEDA VALUTAZIONE DEL GRADO D'ESPOSIZIONE A RISCHIO

AREA DI RISCHIO:			
PROCESSO:			
	FATTORI DI RISCHIO <small>Indice di valutazione della probabilità</small>	VALORE <small>da 1 a 5</small>	EVENTUALI CORRETTIVI <small>Indicare, in caso di rilevanza alta del valore del singolo procedimento, gli opportuni correttivi da apportare al fine di scongiurare e/o limitare al massimo il grado di esposizione al rischio</small>
PROCEDIMENTO	Discrezionalità <small>Parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi.</small>	1	
DIRIGENTE DI AREA	Complessità del processo <small>No il processo coinvolge una sola P.A.</small>	1	
RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	Rilevanza esterna <small>Si, il risultato del procedimento è rivolto direttamente ad utenti esterni alla P.A. di riferimento</small>	2	
	Frazionabilità <small>No</small>	1	
ADDETTO AL PROCEDIMENTO	Valore economico <small>Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi economici a soggetti esterni</small>	2	
	Controlli <small>Si per il 50% circa</small>	2	

INDICE DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO	Impatto organizzativo	1	
	Impatto reputazionale	1	
	Impatto sull'immagine	1	

**DICHIARAZIONE di
INSUSSISTENZA di SITUAZIONI di CONFLITTO d'INTERESSE**

Il sottoscritto Dott. Domenico Mastrangelo, Dirigente I AREA del Comune di Putignano, in relazione al procedimento di cui alla propria determinazione dirigenziale n° 237 del 13-02-2017, OGGETTO AMBITO TERRITORIALE PROGETTO HOME CARE PREMIUM - PROGRAMMA SOCIO ASSISTENZIALE CON PRESTAZIONI RESIDENZIALI . LIQUIDAZIONE FATTURA OTTOBRE 2016 A BENESSERE COMMUNITY IN LOCOROTONDO.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti della Legge 6 novembre 2012 e del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, che:

- a) non sussistono situazioni di conflitto di interesse con i Soggetti interessati al procedimento di cui all'oggetto e per i quali è fatto obbligo espresso di astenersi ai Dirigenti, ai Capo Settore, alle Posizioni Organizzative, ai Funzionari, agli Istruttori Direttivi, ai Responsabili di Procedimento dall'adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali, nonché il provvedimento finale, segnalando, con propria dichiarazione, ogni situazione di conflitto, anche potenziale;
- b) e che di conseguenza non sussistono con i Soggetti interessati:
 - ✓ legami di parentela o affinità sino al quarto grado;
 - ✓ legami di stabili di amicizia e/o di frequentazione abituale;
 - ✓ legami professionali;
 - ✓ legami societari;
 - ✓ legami associativi;
 - ✓ legami politici;
 - ✓ legami di diversa natura capaci di incidere negativamente sull'imparzialità dei Dirigenti, delle Posizioni Organizzative e dei Responsabili di Procedimento.

Putignano, lì 13-02-2017

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
GIULIA VITTI LACITIGNOLA

IL DIRIGENTE I AREA
Dott. Domenico Mastrangelo,

AREA ECONOMICA – FINANZIARIA
VISTO DI REGOLARITÀ CONTABILE ED ATTESTAZIONE COPERTURA
FINANZIARIA

Ai sensi dell'art. 151, 4° comma, del D. Lgs. 267 del 18 Agosto 2000 si attesta la regolarità contabile e la copertura finanziaria della spesa.

La spesa complessiva di € 520,78 (CIG.) di cui alla presente determinazione del Responsabile di Area graverà:

Capitolo/Art	Importo	Anno	Impegno N.	Data Impegno	Codice di Bilancio
--------------	---------	------	---------------	-----------------	--------------------

Capitolo/Art	Importo	Sub. Impegno N.	Data Sub. Impegno	Codice di Bilancio
--------------	---------	--------------------	----------------------	--------------------

Capitolo/Art	Importo	Liquidazione N.	Data Liquidazione	Codice di Bilancio
11303/ 27	520,78	392	23-09-2016	1100403

Putignano, lì 22-02-17

IL RESPONSABILE DELL'AREA
F.to Dott.ssa PERILLI ANGELA