



CASARANO



COLLEPASSO



MATINO



PARABITA



RUFFANO



SUPERSANO



TAURISANO



## AMBITO TERRITORIALE SOCIALE di CASARANO

PROVINCIA DI LECCE

Tel.: 0833 514302-303 - Fax: 0833 514317

Sito: [www.ambitodicasarano.it](http://www.ambitodicasarano.it) - pec: [info@pec.ambitodicasarano.it](mailto:info@pec.ambitodicasarano.it)

e-mail: [segreteriaudp@ambitodicasarano.it](mailto:segreteriaudp@ambitodicasarano.it); [udp@ambitodicasarano.it](mailto:udp@ambitodicasarano.it)

### AVVISO PUBBLICO N. 4/2015 PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D.) IN FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

#### IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO

in esecuzione della determinazione n. 249 del 25/09/2015

#### RENDE NOTO

Che è possibile presentare domanda per l'ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.) in favore di anziani (Art. 87 R.R. n. 4/2007 e ss.mm.ii.) residenti nei comuni afferenti l'Ambito Territoriale Sociale di Casarano (Casarano, Matino, Parabita, Collepasso, Supersano, Ruffano, Taurisano), in ottemperanza a quanto previsto dalla scheda di dettaglio n. 19, contenuta nel Piano Sociale di Zona 2014-2016, e dal Piano di Intervento Servizi di Cura per gli Anziani non autosufficienti, approvato con decreto Ministeriale n. 232/PAC del 3/10/2014.

#### **DESCRIZIONE DEL SERVIZIO**

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale è un complesso di prestazioni di carattere socio-assistenziale per la cura e il sostegno delle persone anziane volto a contrastare l'isolamento e l'emarginazione sociale.

#### **DESTINATARI E REQUISITI DI ACCESSO**

- Anziani non autosufficienti ultrasessantacinquenni;
- Assenza o carenza della rete familiare, determinante solitudine e isolamento;
- Stato di malattia o invalidità che comporti temporanea o permanente perdita dell'autosufficienza;
- Residenza in uno dei comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale di Casarano;

#### **PRESTAZIONI PREVISTE**

Le prestazioni socio assistenziali definite nei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) riguardano:

- igiene personale;
- governo ed igiene dell'alloggio;
- aiuto nella preparazione ed assunzione dei pasti;
- aiuto nella mobilità, deambulazione e mobilitazione del soggetto allettato;
- aiuto per la corretta assunzione di farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso;
- controllo ed assistenza nella somministrazione della dieta giornaliera;
- disbrigo pratiche, commissioni ed accompagnamento;

## **PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

La domanda di ammissione (*modulo 1*) al Servizio S.A.D. anziani dovrà essere presentata, da parte del soggetto interessato o dai suoi familiari, unitamente alla documentazione di cui al punto successivo, **entro e non oltre le ore 12:00 del 15/10/2015**, presso l'Ufficio di Segretariato Sociale del Comune di residenza oppure la P.U.A distrettuale.

Il modulo è disponibile presso l'Ufficio Segretariato Sociale del Comune di residenza e la Porta Unica di Accesso (P.U.A.), ed è, altresì, scaricabile dai siti indicati al punto "Pubblicità" del presente avviso.

**N.B. Dovranno presentare domanda di ammissione anche coloro che sono già beneficiari del servizio in oggetto.**

## **DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:**

1. modello I.S.E.E. e Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.) in corso di validità (rif. D.P.C.M. n. 159/2013 in vigore dal 01/01/2015);
2. eventuale certificazione attestante invalidità;
3. eventuale certificazione attestante Legge n 104/92;
4. ogni altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni della persona necessitante il servizio;
5. copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario.

## **QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE DELL'UTENTE**

La SAD anziani, in quanto servizio a domanda individuale, prevede la compartecipazione economica.

Il cittadino ammesso a beneficiare del servizio dovrà impegnarsi al pagamento mensile della quota di compartecipazione formulata in base all'ISEE (rif. D.P.C.M. n. 159/2013 in vigore dal 01/01/2015).

Le quote di compartecipazione degli utenti, in relazione ad ogni ora di servizio erogato, sono state determinate dal C.I. nella seduta del 22/09/2015, come di seguito indicato:

<b>ISEE</b>	<b>QUOTA COMPARTECIPAZIONE ORARIA</b>
DA € 0,00 A € 7.000,00	ESENTE
DA € 7.001,00 A € 30.000,00	(Quota da determinare in rapporto all'indicatore ISEE dichiarato) DA € 0,01/h A € 8,24/h
OLTRE € 30.001,00	€ 8,25/h

Si specifica che:

- la mancata presentazione del modello ISEE determina l'applicazione della quota massima;
- in caso di ammissione al medesimo servizio di più componenti dello stesso nucleo familiare, la quota di compartecipazione sarà determinata con una riduzione del 30% sull'importo complessivo dovuto;
- la misura della contribuzione oraria viene notificata all'utente al momento della comunicazione di ammissione al servizio e da questi sottoscritta per accettazione;
- la quota di compartecipazione commisurata alle ore di servizio fruite dovrà essere corrisposta mensilmente al comune capofila. Il versamento dovrà essere effettuato, mediante bollettino postale, entro il mese successivo alla fruizione del servizio.

Si precisa che le quote di compartecipazione potranno subire variazioni a seguito di nuove direttive regionali.

## **CRITERI DI VALUTAZIONE ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO**

Saranno ammessi al servizio i richiedenti secondo la posizione occupata in graduatoria.

L'attribuzione del punteggio avverrà secondo la seguente modalità:

- **Condizioni familiari:**

persona che vive sola e senza figli	10 punti
persona che vive sola e con figli fuori comune di residenza	9 punti
persona con coniuge e senza figli	8 punti
persona con coniuge e con figli fuori comune di residenza	6 punti
persona che vive sola con figli nel comune di residenza	4 punti
persona con coniuge e con figli nel comune di residenza	2 punti
persona coabitante con figli, parenti o affini o assistente privata	0 punti
  
- **Valore ISEE (Rif. DPCM 159/2013):**

ISEE pari o inferiore a € 7.000,00	punti 5
ISEE da € 7.001,00 a € 10.000,00	punti 4
ISEE da € 10.001,00 a € 15.000,00	punti 3
ISEE da € 15.001,00 a € 20.000,00	punti 2
ISEE da € 20.001,00 a € 30.000,00	punti 1
ISEE oltre € 30.001,00	punti 0
  
- **Invalidità** punti 1
  
- **Certificazione Legge 104/92** punti 1

## **ISTRUTTORIA E AMMISSIONE AL SERVIZIO**

Le istanze valutate dall'Unità di Valutazione Multidimensionale saranno trasmesse all'Ambito Territoriale Sociale unitamente al Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

L'Ufficio di Piano provvederà all'istruttoria delle domande e a stilare la graduatoria unica di Ambito.

A parità di punteggio la precedenza in graduatoria è data dalla maggiore età.

L'ammissione al servizio avrà luogo fino a concorrenza delle risorse finanziarie disponibili.

Ove il numero delle istanze ecceda la disponibilità, verrà formata una lista d'attesa.

## **CONTROLLI**

La non veridicità delle dichiarazioni rese e dei documenti presentati annulla la richiesta di intervento, ovvero la prestazione erogata e obbliga comunque l'utente al pagamento della quota massima della compartecipazione economica.

Il destinatario è tenuto a comunicare tempestivamente ogni evento significativo che modifichi le dichiarazioni rese ai fini del servizio medesimo.

## **CESSAZIONE E RIDUZIONE**

Il servizio può cessare o essere ridotto nei seguenti casi:

- a) richiesta scritta dell'utente;
- b) decesso o ricovero prolungato in strutture;
- c) qualora vengano meno i requisiti di ammissione;
- d) qualora venga meno il rispetto nei confronti del personale (molestie, aggressioni anche verbali, minacce) in forma ripetuta;
- e) qualora l'utente sia assente dal domicilio per più di tre volte nell'orario in cui deve essere effettuata la prestazione, senza preavvertire il personale;
- f) in caso di mancato pagamento o ritardo della quota di compartecipazione superiore a 60 giorni.

## **SOSPENSIONE**

Il servizio può essere sospeso temporaneamente, su richiesta presentata al Servizio Sociale Comunale o al Segretariato Sociale, da parte dell'utente o di un suo familiare, specificando il periodo e le motivazioni. Cinque giorni prima dello scadere del periodo di sospensione, l'utente od un suo familiare è tenuto a comunicare le sue intenzioni (ripresa del servizio o rinuncia definitiva). Eventuali assenze dovute a ricoveri temporanei non provocano la dimissione dal servizio.

## **INFORMAZIONI**

Segretariati Sociali e Servizi Sociali del Comune di residenza

PUA c/o Distretto Socio Sanitario, via Spagna – 73042 Casarano (LE)  
tel. 0833 508564 - mail [pua.dis9casarano@ausl.le.it](mailto:pua.dis9casarano@ausl.le.it)

Ufficio di Piano Ambito di Casarano, viale stazione n. 42 - 73042 Casarano (LE)  
Telefono: 0833/514302-03 - mail [udp@ambitodicasarano.it](mailto:udp@ambitodicasarano.it) , [segreteriaudp@ambitodicasarano.it](mailto:segreteriaudp@ambitodicasarano.it)  
Pec: [info@pec.ambitodicasarano.it](mailto:info@pec.ambitodicasarano.it)

## **PUBBLICITÀ**

Il presente avviso è pubblicato:

- albo pretorio online del Comune di Casarano,
- sito dell'Ambito Territoriale Sociale di Casarano [www.ambitodicasarano.it](http://www.ambitodicasarano.it);
- siti istituzionali dei comuni dell'Ambito.

Inoltre, è disponibile presso gli uffici di Segretariato Sociale presenti nei Comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale Sociale di Casarano.

## **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I dati personali raccolti, nell'ambito della presente procedura, saranno trattati anche con strumenti informatici nel rispetto della normativa sulla privacy, di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003.

Il Responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Ufficio di Piano, Gigliola Totisco.

Casarano, 30/09/2015

**IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO**  
Gigliola Totisco

**RICHIESTA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI  
ASSISTENZA DOMICILIARE (S.A.D.)  
IN FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**  
(Avviso Pubblico n. 4/2015)

**Alla Responsabile  
dell'Ufficio di Piano  
Ambito Territoriale Sociale di Casarano**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ Sig/ Sig.ra \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
in via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- per se stesso
- per il proprio congiunto sig. \_\_\_\_\_ grado di parentela  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**Di essere ammesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale (S.A.D.) a favore di anziani non autosufficienti**, per le seguenti prestazioni (esclusivamente a favore del beneficiario):

- a) Aiuto domestico:
- aiuto domestico (pulizia della casa, rifacimento letto, riordino indumenti e biancheria);
  - aiuto nella preparazione dei pasti presso il domicilio dell'utente;
  - disbrigo pratiche, commissioni ed accompagnamento;
- b) Cura della persona
- aiuto nell'attività diretta alla persona (igiene personale, aiuto per alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, assumere pasti ecc.)
  - aiuto nella deambulazione negli atti della vita quotidiana.

**DICHIARA**

*consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci,  
così come stabilito dagli art 75 e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n°445*

sotto la propria responsabilità (condizione riferita al beneficiario della prestazione richiesta):

- che il destinatario del beneficio richiesto ha l'età di \_\_\_\_\_ (anni compiuti);
- che la composizione del nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica è la seguente:

N°	Cognome e nome	Data di Nascita	Codice Fiscale	Grado Parentela	Attività Svolta

- che le condizioni familiari sono le seguenti:
  - persona che vive sola e senza figli
  - persona che vive sola e con figli fuori comune di residenza
  - persona con coniuge e senza figli
  - persona con coniuge e con figli fuori comune di residenza
  - persona che vive sola con figli nel comune di residenza
  - persona con coniuge e con figli nel comune di residenza
  - persona coabitante con figli, parenti o affini o assistente privata
  
- che il beneficiario risulta:
  - invalido civile al .....%;
  - titolare di indennità di accompagnamento;
  - titolare dello status di handicap ai sensi della Legge 104/92;
  - usufruire dell'assegno di cura;
  - usufruire di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente Pubblico (Indicare quale: .....);
  - usufruire di altro sostegno economico (Indicare quale: .....);
  - Altro.....
  
- **di impegnarsi, qualora dovuto, al pagamento della quota di compartecipazione economica, tramite versamento sul c.c.p. n.12063731 - intestato a Comune di Casarano Servizio Tesoreria con la seguente causale "Servizio S.A.D. anziani mese di....";**
  
- di aver preso visione e accettato quanto previsto dall'Avviso Pubblico n. 4/2015.**

#### ALLEGATI

- modello I.S.E.E. e Dichiarazione Sostitutiva Unica (D.S.U.) in corso di validità (rif. D.P.C.M. n. 159/2013 in vigore dal 01/01/2015);
- copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente e del beneficiario;
- eventuale certificazione attestante invalidità;
- eventuale certificazione attestante Legge n 104/92;
- Altra documentazione ritenuta utile e finalizzata ad una corretta valutazione dei bisogni della persona necessitante il servizio.

#### AUTORIZZA

Ambito Sociale Territoriale di Casarano al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio, ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Il Richiedente/Il Beneficiario richiedente**