

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 40, COMPRENDENTE I COMUNI DI CORLONE, QUALE CAPOFILA, CAMPOFIORITO, BISACQUINO, CONTESSA ENTELLINA, ROCCAMENA, CHIUSA SCLAFANI, GIULIANA, ROCCAMENA.**

**RIAPERTURA DEI TERMINI INERENTE L'AVVISO PUBBLICO  
PER INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI (ADA)**

**SI RENDE NOTO CHE**

E' possibile presentare in tutti i Comuni del Distretto Socio Sanitario 40, istanza di ammissione al servizio di assistenza domiciliare anziani (ADA) di cui al piano di intervento PAC Anziani – secondo riparto.

Possono presentare domanda tutti i cittadini che alla data del presente avviso abbiano compiuto i 65 anni e siano residenti in uno dei comuni del **Distretto Socio Sanitario 40**.

**Il Comune di Corleone, capofila del DSS 40, non procederà alla riapertura dei termini di presentazione delle istanze di ammissione, ma avvierà lo scorrimento della graduatoria comunale approvata con determinazione settoriale n. 1072 del 23/11/2018.**

Il servizio è rivolto, principalmente, alle persone che si trovano in stato di non autosufficienza tale da comportare la necessità di aiuto da parte di altre persone, o vivono in una situazione di solitudine senza alcun supporto familiare.

Il servizio comprende le seguenti prestazioni che di seguito si riportano a titolo esemplificativo:

**a. aiuto domestico**

- governo della casa, lavaggio e stiratura della biancheria;
- preparazione pasti caldi e aiuto all'assunzione degli stessi;
- approvvigionamento degli alimenti e dei generi di consumo necessari;

**b. cura della persona**

- aiuto nella deambulazione, nella vestizione, nella consumazione dei pasti e negli atti della vita quotidiana;
- aiuto nella cura dell'igiene personale;

**c. supporto socio-relazionale**

- compagnia e ascolto;
- sostegno e stimolo alla partecipazione ad attività di socializzazione;
- interventi per favorire e incoraggiare i rapporti familiari e di buon vicinato;

**Modalità di erogazione delle prestazioni**

Le prestazioni socio-assistenziali dell'ADA sono erogate dagli Enti del Terzo Settore accreditati dallo scrivente Distretto, a scelta del cittadino/utente.

Qualora per mancanza di disponibilità di posti non sia possibile attivare il servizio, il richiedente verrà posto in lista di attesa.

Gli utenti dovranno comunicare per iscritto al Comune ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

Per quanto non previsto nel presente avviso gli interessati potranno richiedere ogni informazione e chiarimento rivolgendosi agli Uffici di Servizio Sociale dei Comuni del Distretto.

**Modalità di presentazione delle istanze**

La domanda di ammissione al beneficio debitamente firmata dalla persona anziana non autosufficiente e o da chi formalmente lo rappresenta, deve essere redatta sull'apposito modello allegato al presente avviso e presentata al protocollo generale del Comune di residenza. Il presente avviso e il modello di domanda sono

COMUNE DI CAMPOFIORITO  
CITTA' METROPOLITANA PALERMO

11 GIU. 2019

PROT. N° 3553 CAT. J

scaricabili dal sito internet del comune di Corleone, capofila del Distretto Socio Sanitario 40 al seguente indirizzo [www.comune.corleone.pa.it](http://www.comune.corleone.pa.it). Le richieste di ammissione al beneficio potranno essere presentate dalla data di pubblicazione del bando e fino al **05/07/2019** e comunque fino ad esaurimento delle risorse finanziarie destinate al Distretto, utilizzando i seguenti indirizzi di posta elettronica certificata:

Comune di Corleone	<a href="mailto:protocollo@pec.comune.corleone.pa.it">protocollo@pec.comune.corleone.pa.it</a>
Comune di Campofiorito	<a href="mailto:comune.campofiorito@pec.it">comune.campofiorito@pec.it</a>
Comune di Giuliana	<a href="mailto:comunedigiuliana@pec.it">comunedigiuliana@pec.it</a>
Comune di Roccamena	<a href="mailto:comune.roccamena@anutel.it">comune.roccamena@anutel.it</a>
Comune di Contessa Entellina	<a href="mailto:comunecontessaentellina@peccsicilia.it">comunecontessaentellina@peccsicilia.it</a>
Comune di Bisacquino	<a href="mailto:protocollo@pec.comune.bisacquino.pa.it">protocollo@pec.comune.bisacquino.pa.it</a>
Comune di Chiusa Sclafani	<a href="mailto:protocollo@pec.comune.chiusasclafani.pa.it">protocollo@pec.comune.chiusasclafani.pa.it</a>

In alternativa, è possibile procedere alla consegna del modulo cartaceo, corredato da tutta la documentazione prevista dall'istanza, all'ufficio di protocollo del Comune di residenza, debitamente firmato e corredato da una fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

La domanda deve essere corredata da:

- autocertificazione della composizione del nucleo familiare convivente con l'utente;
- certificazione ISEE, in corso di validità, del nucleo familiare convivente con l'utente;
- certificazione SVAMA compilata dal medico curante attestante lo stato di non autosufficienza;

#### Istruttoria e risposta

L'istruttoria della pratica ha, di norma, la durata massima di un mese. Successivamente, il Servizio Politiche Sociali del Comune capofila provvede a redigere apposita graduatoria distrettuale. Determinanti, ai fini di accesso al servizio, sono il livello di non autosufficienza, l'età e la situazione familiare, mentre il livello di reddito sarà preso in considerazione solo per stabilire la eventuale quota di contributo al costo del servizio a carico dell'ente.

Nei casi di ammissione, l'erogazione del Servizio avviene sulla base di un programma commisurato agli specifici bisogni dell'utente. Periodicamente, ove risultino superate le condizioni di bisogno che avevano determinato l'ammissione al Servizio, gli Uffici competenti procedono agli eventuali controlli a campione come previsto dalla normativa vigente ed, eventualmente, alla sospensione delle prestazioni assistenziali.

#### Graduatoria

L'accesso al servizio ADA alle prestazioni di cui al presente bando verrà formulata secondo i seguenti criteri:

CRITERI DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO	PUNTEGGI O ATTRIBUIT O
<b>ETA' DEL RICHIEDENTE</b>		
Per ogni anno superato il 65° anno di età punti 1	1* n. anni 65	

<b>REDDITO NUCLEO FAMILIARE</b>		
Reddito Esente		
1 componente	2	
2 componenti		
3 componenti		
4 componenti		
Reddito Superiore	1	
<b>SITUAZIONE ABITATIVA</b>		
<b>Tipo Alloggio</b>		
Abitazione Idonea	1	
Parzialmente Idonea	2	
Non Idonea	3	
<b>Cura e igiene dell'alloggio</b>		
Insufficiente	3	
Sufficiente	2	
Buona	1	
<b>GRADO DI AUTOSUFFICIENZA DELL'ANZIANO</b>		
Non autosufficiente	3	
<b>CURA E IGIENE DELLA PERSONA</b>		
Insufficiente	3	
Sufficiente	2	
Buona	1	
<b>CONDIZIONE SANITARIA DELL'ANZIANO</b>		
Non invalido/invalido fino al 66%	1	
Invalido dal 67% al 100%	2	
Invalido al 100% con accompagnamento	3	
<b>SITUAZIONE NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE</b>		
Anziano solo/a	3	
Anziano con il solo coniuge in grado di accudimento	2	
Anziano con il solo coniuge non in grado di accudimento	3	
Anziano con figli in grado di accudimento	0	
Anziano con figli non in grado di accudimento	2	
Anziano con figli e coniuge in grado di accudimento	0	
Anziano con figli e coniuge non in grado di accudimento	2	
<b>SITUAZIONE RETE PARENTALE/INFORMALE</b>		
Anziano con parenti in grado di accudimento	1	
Anziano con parenti non in grado di accudimento	3	
Vicini e/o volontari disponibili	2	
Vicini e/o volontari non disponibili	3	
<b>GIUDIZIO SINTETICO DELL'ASSISTENTE SOCIALE</b>		
Eventuali altri indicatori individuati quali elementi di svantaggio o di vantaggio per il soggetto	da - 5 a + 5	
<b>TOTALE</b>		

Per la determinazione della compartecipazione al costo della prestazione socio assistenziale si osservano i seguenti criteri:

#### **Indicatori per l'accesso gratuito alle prestazioni socio-assistenziali**

L'accesso gratuito al servizio è riservato ai soggetti che si trovano in condizioni economiche (da attestare con il modello ISEE) non superiori a quelle fissate dal decreto dell'Assessorato della Famiglia e delle Politiche Sociali n. 867/S7 del 15/04/2003 e dalla circolare n. 8 del 27/06/1996 e ss.mm.ii.

Per condizioni economiche superiori ai limiti fissati per la gratuità i soggetti possono essere ammessi alle prestazioni sociali previa compartecipazione al costo del servizio secondo le disposizioni vigenti.

#### **Indicatori per la compartecipazione al costo del servizio:**

Per la determinazione della quota di compartecipazione verrà preso in considerazione il trattamento minimo della pensione INPS per i lavoratori dipendenti, riferito all'anno 2018 e ammontate ad € 6.596,46

- Maggiorato del 50% nel caso in cui il soggetto richiedente è unico componente il nucleo familiare, ammontante ad € 9.894,69;
- Maggiorato del 100% nel caso di due o più componenti, ammontante ad € 13.192,92;
- Maggiorato dell'ulteriore 35% per ogni componente minore o adulto oltre il secondo, pertanto nel caso di:

<b>n. 3 componenti</b>	<b>€ 17.810,44</b>
<b>n. 4 componenti</b>	<b>€ 24.044,10</b>
<b>n. 5 componenti</b>	<b>€ 32.459,53</b>
<b>n. 6 componenti</b>	<b>€ 43.820,37</b>
<b>n. 7 componenti</b>	<b>€ 59.157,49</b>

La compartecipazione al servizio domiciliare sarà dovuta nella misura pari al 5% del costo sostenuto dal Distretto Socio Sanitario 40 per ogni € 516,46 superiore al limite della gratuità.

#### **Lista d'attesa**

In fase di avvio del servizio saranno considerate le istanze pervenute entro 30 giorni dal presente avviso.

Il numero di posizioni utili in graduatoria è disposta con determinazione settoriale del Comune di Corleone tenendo conto della disponibilità finanziaria. Ove il numero delle istanze ecceda le disponibilità, sarà formulata una lista d'attesa in funzione del punteggio totalizzato secondo i criteri d'accesso al servizio. Detta lista d'attesa sarà aggiornata ed integrata periodicamente in funzione delle domande pervenute e/o delle variazioni intervenute nelle condizioni dei soggetti già inseriti, tenendo conto dei casi di maggior bisogno.

E' possibile, recandosi presso gli uffici comunali, previo appuntamento, e mostrando la certificazione ISEE in corso di validità, ottenere una simulazione dell'eventuale concorso al costo del servizio in base al numero di ore richieste, senza alcun impegno per il richiedente.

#### **Modalità di pagamento**

I versamenti delle eventuali quote di compartecipazione della spesa da parte degli assistiti e/o dei familiari devono essere effettuati mensilmente mediante bollettino di conto corrente postale intestato al Comune di Corleone.

In caso di mancato pagamento delle quote di compartecipazione, l'Ufficio può sospendere il servizio e diffidare l'utente al pagamento di quanto dovuto, così come previsto dalla normativa vigente in materia. I pagamenti delle quote di concorso da parte degli utenti dovranno essere effettuate a scadenza mensile.

Il bollettino di pagamento, compilato mensilmente dall'operatore domiciliare, dovrà essere consegnato, a seguito di pagamento, all'operatore stesso il quale provvederà ad inserirlo nella scheda utente, che verrà recapitata attraverso l'Ente affidatario al Servizio Politiche Sociali del comune capofila.

**Trattamento dei dati personali**

Il trattamento dei dati personali raccolti in relazione al presente provvedimento avverrà nel rispetto di quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Corleone, 11/06/2019

L'Assessore alle Politiche Sociali  
F.to Maria Clara Crapisi



**Allega alla presente istanza:**

- 1) Dichiarazione ISEE in corso di validità, corredata dalla Dichiarazione Sostitutiva Unica, relativa i componenti di tutto il nucleo familiare
- 2) Certificato SVAMA compilato dal medico curante attestante lo stato di non autosufficienza;
- 3) Fotocopia del documento di riconoscimento.

**SI IMPEGNA** a comunicare obbligatoriamente eventuale rinuncia al servizio con apposita dichiarazione presentata all'ufficio del protocollo generale del comune di residenza.

Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 si dà atto che

- il trattamento dei dati richiesti è funzionale all'istruttoria per il beneficio e sarà effettuato manualmente e/o con sistemi informatizzati;
- il titolare del trattamento dei dati è il Sindaco del Comune, il responsabile del trattamento dei dati è il responsabile dell'istruttoria delle domande.

Si dà atto, inoltre, che il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale mancato conferimento degli stessi comporta l'impossibilità di proseguire la procedura amministrativa.

Al titolare del trattamento potrà essere rivolta istanza da parte dell'interessato per far valere i suoi diritti così come previsto dal Regolamento UE 2016/679.

***Il richiedente è informato ed autorizza la raccolta dei dati della presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.***

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante  
\_\_\_\_\_

**DISTRETTO SOCIO SANITARIO 40**  
**Corleone (Capofila) – Campofiorito - Bisacquino – Contessa Entellina – Chiusa Sclafani –**  
**Giuliana – Roccamena –**

**ISTANZA PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (ADA)**

Al Signor Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

per se stesso;

in qualità di: tutore e/o curatore o altro;

del/la Sig./ra \_\_\_\_\_ (parentela) \_\_\_\_\_

nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Medico Curante: Dr \_\_\_\_\_

Referente familiare \_\_\_\_\_

Composizione nucleo familiare

Nome e Cognome	Età	Professione	Residenza	Tel.