Unione Europea
Fondo Sociale Europeo

Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali

PO FESR
Sicilia 2007/2013

OBIETTIVI di SERVIZIO
Regione SICILIA

CITTÁ DI BAGHERIA

C.F. 81000170829
P.IVA 0596290825

Città Metropolitana di Palermo
Ente Capofila Distretto Socio Sanitario 39
Bagheria - Altavilla Milicia – Casteldaccia – Ficarazzi - Santa Flavia
www.comune.bagheria.pa.it

AVVISO PUBBLICO

PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSITENZA DOMICILIARE INTEGRATA A SOGGETTI ULTRA 65ENNI NON AUTOSUFFICIENTI DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO 39

(DDG. n. 1809 del 10 luglio 2017) - Implementazione delle prestazioni di natura assistenziale attivate nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare integrata" dell'Obiettivo S.06 (QSN). Progetti assistenziali per soggetti ultra sessantacinquenni in condizione di non autosufficienza che necessitano di assistenza domiciliare di natura sanitaria e socio-assistenziale integrata e che non usufruiscono di altro analogo servizio.

SI RENDE NOTO

Che ai sensi del *DDG. n. 1809 del 10 luglio 2017* del Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali, l'Ufficio Piano del Distretto Socio Sanitario 39 ha redatto il progetto per la realizzazione degli interventi previsti in attuazione del sopra citato obiettivo S.06 per l'importo complessivo di € 304.365,10 interamente finanziato dall'Assessorato Regionale;

Che, con le risorse del DDG 1809/2017, il Distretto si propone di intensificare e consolidare il servizio ADI già avviato con le risorse del PAC II riparto per i cittadini ultra 65enni residenti nel D.S.S.39, bisognevoli di assistenza continuativa per la quale la condizione di non autosufficienza sia stata definita mediante la valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) operante nel Distretto, a composizione integrata tra Servizi Sociali Comunali e l'ASP di riferimento;

Pertanto:

Possono inoltrare richiesta di assistenza socio assistenziale domiciliare i cittadini ultra 65enni residenti in uno dei Comuni del D.S.S.39 in condizione di non autosufficienza e bisognevoli di assistenza continuativa, caratterizzata dalla presa in carico globale, attraverso un complesso di prestazioni socio assistenziali e sanitarie rese in forma integrata con l'erogazione settimanale di servizio di OSS e OSA.

Le istanze saranno accolte fino ad esaurimento somme

Le prestazioni riguardano: cura e igiene della persona, sistemazione alloggio e disbrigo pratiche attraverso l'erogazione del voucher da spendere presso le ditte iscritte nel Registro di Accreditamento D.S.S.39 - Sezioni Anziani.

Al servizio si accede a seguito di presentazione di un'istanza dell'interessato o di un suo familiare, redatta su specifico modello all'uopo predisposto (disponibile presso l'Ufficio Servizi Sociali di ciascun Comune di residenza e sui rispettivi siti internet dei comuni facenti parte del Distretto nonché allegato al presente Avviso) secondo le forme della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi degli artt. 46 e segg. del D.P.R. 28/12/2000, n. 445.

Il Distretto Socio Sanitario 39, recepite le istanze dai vari Comuni, le invierà all'U.V.M. (Unità di Valutazione Multidimensionale) dell'A.S.P. 6 Palermo - Distretto Sanitario 39 che, avendo accertato il grado di autosufficienza nonché i bisogni assistenziali degli utenti, elaborerà un piano assistenziale individualizzato (PAI) per la durata di almeno 12 mesi con obiettivi e tipologia, frequenza e durata degli interventi, condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto.

Il servizio ADI verrà erogato dall'Ente scelto liberamente dal beneficiario e/o richiedente tramite il sistema di accreditamento distrettuale degli Enti iscritti all'Albo Regionale delle Istituzioni Assistenziali ai sensi della L.R. 22/86, nella sezione anziani – tipologia assistenza domiciliare – e che devono fornire personale qualificato secondo le professionalità (OSS e OSA) richieste dal progetto.

Le istanze saranno accolte fino ad esaurimento somme.

Responsabile Unico del Procedimento: sig.ra Giuseppa D'Amico, nominata con determinazione Direzione VII n. 270 del 09/04/2018.

Per ulteriori informazioni telefonare ai numeri:
091 915439 – Comune di Altavilla Milicia
091 900825 – Comune di Casteldaccia
091 6362714 – Comune di Ficarazzi
091 906929 – Comune di Santa Flavia
091 943428 – Comune di Bagheria

informativa art. 13 D.lgs n. 196/03: I dati personali vengono raccolti per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione Comunale.
I dati vengono trattati in modo lecito e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati.
Al trattamento dei dati possono attendere anche soggetti esterni, pubblici o privati con i quali il Comune ha un rapporto di concessione, convenzione e/o contratto finalizzato all'espletamento della procedura di parte di essa.
La comunicazione e/o diffusione della procedura è regolata dall'art. 19 del D.lgs 196/03, il cui responsabile è il Responsabile Apicale delle Politiche Sociali Direzione VII Bagheria, comune capofila.
L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione Comunale i diritti di cui all'art. 7 esercitato ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 del D.lgs 196/03.

Bagheria, _____

Il Presidente del Comitato dei Sindaci
Distretto Socio Sanitario 39
Patrizio Cinque

Unione Europea
Fondo Sociale Europeo

Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali

PO FESR
Sicilia 2007/2013

OBIETTIVI di SERVIZIO
Regione SICILIA

Distretto Socio Sanitario 39

Bagheria (Ente Capofila) - Altavilla Milicia – Casteldaccia – Ficarazzi - Santa Flavia

*****

Al Comune di .....

.....

Richiesta di accesso al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
a valere sulle risorse di cui al DDG n. 1809 del 10/07/2017

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e residente in _____ via _____ n. _____ in qualità di (convivente, figlio/a, conoscente) _____ altro _____

CHIEDE

l'attivazione del servizio ADI in favore di:

☐ diretto interessato

☐ (cognome e nome)_____

A tale fine, il sottoscritto, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

☐ che la richiesta è in proprio favore;

☐ che le generalità della persona per la quale si chiede l'attivazione del servizio ADI sono:

sig./sig.ra _____ nato/a

a _____ il _____ e residente in

_____ via _____ n. _____

C.F. _____ tel. _____,

cell. _____

La persona per la quale si chiede l'attivazione del servizio ADI:

☐ non è stato ☐ è stato riconosciuto invalido civile con percentuale di invalidità al _____%;

☐ non percepisce ☐ percepisce indennità di accompagnamento;

☐ non usufruisce ☐ usufruisce della prestazione sanitaria erogata dall'ASP 6 Palermo.

Di trovarsi nella seguente condizione familiare:

☐ anziano/a che vive solo/a

☐ coppia di anziani senza rete parentale

☐ anziano con familiari o altro che provvedono all'assistenza

☐ anziano e/o coppia che vive in aree periferiche (rurali, extraurbane)

Altresì,

DICHIARA

-Che la persona per la quale si chiede l'attivazione del servizio è in condizione di non autosufficienza per il quale l'ASP ha già attivato o sta attivando il servizio ADI sanitario;
-Che la documentazione allegata è conforme all'originale in proprio possesso;
-Che è informato, ai sensi e per gli effetti ex art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è stata resa.

ALLEGA:

- Copia certificazione sanitaria (Legge 104/92 art. 3 comma 3) ;
- Copia certificazione di invalidità _____% ed indennità di accompagnamento (L. 18/80 - L. 508/88);
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità sia della persona con disabilità sia del familiare richiedente nonché dichiarante, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n.445/2000;
- Certificazione rilasciata da medico di medicina generale sulla complessiva situazione di salute del beneficiario;
- Autocertificazione dello Stato di famiglia;
- Copia di eventuale decreto di tutela, di curatela o di amministrazione di sostegno;

_____, _____
(luogo) (data)

Firma

_____