



Comune di  
Calopezzati



Comune di  
Caloveto



Comune di  
Cropolati



Comune di  
Crosia



Comune di  
Longobucco



Comune di  
Paludi



Comune di  
Rossano



Distretto Sanitario  
di Rossano

## AMBITO TERRITORIALE SOCIALE del DISTRETTO DI ROSSANO

### AVVISO PUBBLICO

Prot. N. 5742 del 09/02/2018

**PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE (S.A.D.) IN FAVORE DI SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NEI COMUNI DELL'AMBITO DISTRETTUALE DI ROSSANO.**

*(D.G.R. n. 311 dell'11/09/2013 – D.G.C. di Rossano n. 107 del 22/03/2016)*

L'Ambito Territoriale del Distretto di Rossano, in esecuzione a quanto previsto nel Piano Distrettuale di Interventi, cui alla Delibera di Giunta Regionale n. 311/2013,

#### RENDE NOTO

che è indetto l'avviso pubblico che regola le modalità di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale (SAD), della durata di mesi 10, gestito dall'ADISS MULTISERVICE che sarà attuato in tutti i Comuni ricadenti nell'Ambito Territoriale Sociale del Distretto di Rossano a decorrere dal prossimo mese di Marzo.

#### FINALITÀ E ATTIVITÀ PREVISTE

Il Servizio di Assistenza Domiciliare consiste in prestazioni di carattere socio-assistenziale, erogate presso il domicilio, al fine di favorire la permanenza delle persone, in condizioni di non autosufficienza, nel proprio ambiente familiare e di evitare la istituzionalizzazione ed, in generale, forme di emarginazione.

#### Articolazione dell'Intervento:

- Attività di primo contatto, di accoglienza, consulenza, orientamento e raccolta delle richieste, predisposizione di relazioni e documenti necessari;
- Accertamento della necessità dell'intervento di Assistenza Domiciliare;
- Costruzione di un Piano Personalizzato di "intervento", con il quale vengono individuate azioni di aiuto personale, sostegno sociale, attivazione di risorse comunitarie;
- Monitoraggio, verifica e valutazione del servizio prestato.

#### Tipologia Prestazioni Servizio di Assistenza Domiciliare

Le prestazioni fondamentali del Servizio di Assistenza Domiciliare sono:

- a) Aiuto per l'igiene e cura della persona (alzare dal letto, pulizia della persona, aiuto per il bagno, vestizione, aiuto nell'assunzione dei pasti, aiuto per una corretta deambulazione e nel movimento degli arti invalidi, mobilitazione del soggetto allettato, aiuto nell'uso di accorgimenti per migliorare l'autosufficienza);
- b) Aiuto nella preparazione dei pasti;
- c) Disbrigo pratiche (pensionistiche, sanitarie, etc.),
- d) Sostegno relazionale volto a favorire i rapporti familiari e sociali, anche in collaborazione con il volontariato, con le strutture culturali e di istruzione, per una migliore socializzazione ed integrazione dei soggetti (accompagnamento per visite mediche o altre necessità, accompagnamento per manifestazioni e spettacoli etc.)

#### DESTINATARI

Sono destinatari del Servizio di Assistenza Domiciliare i soggetti non autosufficienti residenti nell'Ambito di Rossano e specificatamente nei comuni di: Calopezzati, Caloveto, Cropolati, Crosia, Longobucco, Paludi e Rossano, che si trovino nelle sotto indicate condizioni:

- Essere affetti da gravi patologie;
- Trovarsi in situazione di non autosufficienza definitiva o temporanea, comprovata da relativa attestazione di cui all'art. 3, comma 3, L. 104/92, ovvero da copia del verbale di invalidità pari al 100% con accompagnamento;
- Non essere ricoverati in istituto pubblico o privato convenzionato.

### ACCESSO AL SERVIZIO

L'accesso al servizio avviene a seguito di presentazione di domanda (redatta su predisposto modello disponibile presso ogni Comune) da parte della persona interessata o da un proprio familiare o da un rappresentante legale o da parte di istituzioni, servizi sociali e sanitari che, per la loro attività, vengono a contatto con la persona in stato di bisogno.

Alla domanda dovranno essere allegati i seguenti documenti:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità e Codice Fiscale dell'Assistito;
- Documentazione attestante il possesso della condizione di non autosufficienza;
- Attestazione ISEE, in corso di validità.

Le domande dovranno essere inoltrate all'Ufficio Protocollo del proprio Comune di residenza entro e non oltre il 28 febbraio 2018.

Le domande pervenute saranno prese in carico dall'Ente Gestore del servizio, che verificherà le condizioni di ammissibilità, e procederà all'avvio del Servizio di Assistenza Domiciliare.

### AMMISSIONE AL SERVIZIO - LISTA DI ATTESA

Nel caso in cui il numero delle domande risultasse superiore alla possibilità ricettiva del servizio si procederà alla formazione di una graduatoria, redatta dall'ADISS MULTISERVICE (quale Ente Gestore del Servizio) sulla base dei seguenti criteri, in successione:

1. Bisogno Assistenziale, accertato da apposita scheda di valutazione;
2. Situazione Economica dell'Interessato risultante dall'Attestazione ISEE;
3. Disagio Familiare.

### Cessazione o sospensione del servizio.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare **cessa** in caso di:

- richiesta scritta dell'utente o di chi ne fa le veci;
- ricovero in Istituto;
- decesso;
- cambio di residenza.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare può essere **sospeso** in caso di:

- ricovero ospedaliero o presso istituti pubblici e/o privati residenziali;
- soggiorno presso parenti;
- soggiorni climatici.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare può essere ridotto o ampliato negli accessi, nel numero delle ore e delle prestazioni, in relazione alle variazioni delle necessità dell'utente verificate dal "Servizio Socio Assistenziale" del Comune e/o da rimodulazione organizzativa del Servizio.

### CONTATTI

Per ulteriori eventuali informazioni, e per il ritiro del modello di domanda, gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di Residenza.

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano  
Comune Capofila di Rossano  
*Istr. Dir. Paolo Fontanella*

Il Dirigente del Settore  
Comune Capofila di Rossano  
*Dott. Antonio Le Fosse*

**All'Ufficio Servizi Sociali**  
**Del Comune di \_\_\_\_\_**

**Dati dell'utente:**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Parte da compilare se l'istanza è sottoscritta da:**

familiare,  parente,  medico di base,  organizzazioni di volontariato,  altro

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**CHI EDE**

**di essere inserita/ o nell'elenco degli aventi diritto all'Assistenza Domiciliare**

(D.G.R. n. 311/ 2013 – Servizio di Assistenza Domiciliare in favore di Soggetti non Autosufficienti)

A tal fine la/il sottoscritta/o, consapevole delle responsabilità civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false e mendaci, **dichiara**, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46,47,76 del DPR 445/2000, quanto segue:

- Di Essere Cittadino Comunitario residente nel Comune di \_\_\_\_\_**
- Di essere in situazione di non autosufficienza**
- Di possedere una certificazione ISEE valida pari ad €. \_\_\_\_\_**

Allega alla presente:

- Documento di identità e codice fiscale dell'assistito (allegare inoltre il Documento di Identità del Dichiarante se diverso dell'Assistito)**
- Riconoscimento della condizione di non autosufficiente attestata da uno dei seguenti documenti:**
  - Certificato di cui all'art. 3, comma. 3, L.104/ 92 - persona handicappata in situazione di gravità;**
  - Verbale di invalidità civile pari al 100% con accompagnamento riconosciuta dalla Commissione Competente;**
  - Certificato attestante lo stato temporaneo di non autosufficienza rilasciato da Struttura Pubblica competente.**
- Certificazione ISEE In corso di validità.**

Dichiara di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. n.196/2003 e successive integrazioni e modifiche, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, li .....

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_