

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D.11



Bompensiere



Milena



Marianopoli



Serradifalco



Montedoro



ASP n° 2



Comune capofila - San Cataldo

AVVISO PUBBLICO DISTRETTUALE

Piano di Azione Coesione

Piano di Intervento servizi di cura per gli anziani non autosufficienti

Erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate all'assistenza socio-sanitaria per n° 32 anziani ultrasessantacinquenni residenti nei Comuni facenti parte del Distretto n. 11

D.D. n. 448 del 30/03/2017

Criteri di Ammissione:

- Non autosufficienza temporanea o protratta;
- Necessità di assistenza esclusivamente primaria, con l'assenza di condizioni di patologie di alto rischio o della necessità di interventi altamente specialistiche o di tecnologie complesse che impongono il ricovero ospedaliero;
- Complessità assistenziale del paziente; presenza di bisogni complessi che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali domiciliari;

La condizione di non autosufficienza, temporanea o protratta, potrà essere accertata da:

- da certificazione medica che attesti la non autosufficienza definita in maniera standardizzata mediante l'uso dell'apposita scala di valutazione (SVAMA);
- Commissione Medica che attesti il riconoscimento della invalidità al 100% + Accompagnamento;
- Riconoscimento della L. 104/92 in situazione di gravità.

L'accesso al servizio è comunque subordinato alla preventiva valutazione socio-sanitaria integrata. La valutazione viene effettuata da un team multi professionale (U.V.M.) in grado di leggere le esigenze di anziani che presentano situazioni problematiche complesse, con problematiche sanitarie non inscindibili da quelle sociali.

Modalità di accesso al servizio:

Il servizio può essere richiesto dall'interessato od essere attivato su segnalazione di un familiare, del medico curante o da altri servizi presenti sul territorio distrettuale.

Le domande di ammissione al servizio dovranno essere presentate nel proprio Comune di residenza, utilizzando un apposito schema, alla Porta Unica di Accesso, dislocata in ciascun Comune del Distretto, istituita presso gli uffici dei Servizi Sociali. Le domande di ammissione dovranno essere corredate da:

- Certificazioni attestanti la non autosufficienza, sopra dettagliate;
- Modello ISEE del nucleo familiare, in corso di validità;
- Copia del documento di riconoscimento dell'anziano e del richiedente il beneficio.

Il servizio, "*Piano di Azione Coesione Piano di Intervento servizi di cura per gli anziani non autosufficienti*", ha la durata di n. 12 mesi, per i beneficiari la durata è determinata dal maggior bisogno sociale e sanitario valutato mensilmente dall'Unità di Valutazione Multidimensionale, e comunque non inferiore ad n. 1 mensilità. La eventuale comunicazione della sospensione del servizio, per la decadenza dei criteri di ammissione del beneficiario, sarà comunicato all'interessato entro il 5° giorno della cessazione mensile delle prestazioni sociali domiciliari, e comunque dopo la valutazione mensile da parte dell'U.V.M. .

Tipologia delle prestazioni:**Sociali:**

- Aiuto domestico (riordino ambiente e preparazione pasti);
- Igiene e cura della persona;
- Lavanderia;
- Attività semplici di aiuto alle attività infermieristiche e tecnico sanitarie;
- Disbrigo pratiche;
- Sostegno sociale.

Sanitarie (ASP distrettuale)

- Assistenza medico specialistica: Geriatra, fisiatra, Cardiologo;
- Assistenza infermieristica;
- Altre forme assistenziali erogabili a domicilio (fornitura presidi ed ausili):
- N° 13 ore mensili, per ciascun beneficiario, di prestazioni socio sanitarie attraverso operatori OSS

Tempistica del servizio delle prestazioni di natura sociale erogate dal Distretto Socio Sanitario n. 11

Il monte ore mensile assegnato a ciascun beneficiario è di n° 27. L'articolazione settimanale andrà dal Lunedì al Sabato, all'interno della fascia oraria 8:00/20:00. Le prestazioni saranno rese,

attraverso operatori Socio Sanitari (OSS), da Organismi del Terzo Settore regolarmente accreditati all'Albo Distrettuale, individuati attraverso la libera scelta da parte dei beneficiari/familiari. La programmazione delle prestazioni sociali avverrà previa predisposizione di un Programma Individualizzato dell'anziano.

Compartecipazione al servizio

Gli utenti sono ammessi al servizio indipendentemente alla condizione individuale e familiare del nucleo di appartenenza. In caso di esubero di richieste, rispetto alla disponibilità dei posti previsti, la priorità, nel caso di uguale bisogno socio-sanitario, verrà data al beneficiario il cui reddito complessivo del nucleo familiare di appartenenza è inferiore.

L'accesso al servizio prevede l'eventuale compartecipazione dell'utente al costo del servizio, sulla base della verifica della condizione economica del richiedente e del suo nucleo familiare, effettuata secondo le disposizioni previste ai sensi dell'Art. 1 del D.A. n. 867/S7 del 15/04/2003 e/o s.m.i. -

"Accesso agevolato ai servizi - Criteri unificati di valutazione economica":

"Il servizio sarà gratuito per i soggetti la cui condizione economica complessiva del nucleo familiare di riferimento (ISE), determinata ai sensi dell'Art. 1 del D.A. n. 867/S7 del 15/04/2003 e/o s.m.i. - Accesso agevolato ai servizi - Criteri unificati di valutazione economica - non supera l'importo annuo del trattamento minimo di pensione INPS per i lavoratori dipendenti adeguato, ove spettante, alle misure fissate dallo art. 38 della Legge n. 488/200, maggiorato:

- del 50% nel caso in cui il soggetto richiedente è unico componente il nucleo familiare;
- del 100% nel caso di due componenti;
- dell'ulteriore 35% per ogni componente minore od adulto oltre il secondo.

Per condizioni economiche superiori i soggetti beneficiari possono essere ammessi al servizio previa compartecipazione in misura pari al 5% del costo sostenuto dal comune per ogni € 516,46 superiore al limite per la gratuità"- Deliberazione del comitato dei Sindaci, seduta del 02/12/2016 e recepito con G.M. n. 259 del 06/12/2016

Termini presentazione istanza

Le domande di ammissione al servizio dovranno essere presentate nel proprio Comune di residenza, utilizzando un apposito schema, presso la Porta Unica di Accesso, dislocata in ciascun Comune del Distretto, istituita presso gli uffici dei Servizi Sociali, attiva nei giorni martedì e giovedì dalle ore 9,00 alle ore 13,00. Riferimento Telefonico: 0934934404

*- l'ammissione al servizio preclude la fruizione di qualsiasi altro servizio di assistenza domiciliare comunale o distrettuale se incompatibile:

- l'avvio del servizio sarà comunicato dall'Ufficio Servizi Sociali all'interessato

Comune di Montedoro, 03/04/2017

*Il Coordinatore del Gruppo Piano
Dirigente dell'Ufficio Politiche Sociali
del Comune Capofila
F.to Dott. Elio Cirrito*

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D.11



San Cataldo



Bompensiere



Milena



Marianopoli



Serradifalco



Montedoro



Distretto Sanitario di San Cataldo

P.U.A.

(Porta Unica di Accesso alle cure domiciliari)

ASP: Tel: 0934/513429 - Fax 0934/513429 - e-mail - adi_san_cataldo@asp.ci.it

COMUNE CAPOFILA: Tel. 0934/511217 - Fax: 0934/511310 - e-mail: raimondialdo@comune.san-cataldo.ci.it

RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI INTEGRATA, SOCIO-SANITARIA,

previsti nel Piano di azione per la Coesione - Ministero dell'Interno - - servizi di cura per gli anziani non autosufficienti
2 Riparto

Comune di _____ Prot. Segretariato Sociale N° _____ del _____

Distretto Sanitario di San Cataldo: Prot. U.O. ADI N° _____ del _____

SCHEDA DI SEGNALAZIONE ALLA P.U.A

PERSONA CHE SEGNALE

- Medico Curante dell'assistito Medico del reparto ospedaliero in fase di pre-dimissione
 Medico responsabile di struttura residenziale (R.S.A) Responsabile della struttura socio-Assistenziale
 Farmacie aperte al Pubblico Servizi Sociali Familiari dell'assistito
 Associazioni di Volontariato Altri soggetti (vicinato, rete amicale, ect)

COGNOME _____ NOME _____

TEL. _____

SOGGETTO BENEFICIARIO ULTRA SESSANTACINQUENNE

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL. _____ C.F. _____

M.M.G. _____ TEL _____

FAMILIARE DI RIFERIMENTO

In qualità di (specificare il grado di parentela , di tutore, ect...)

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL. _____

CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ,

CHE RICHIEDE INTERVENTI DI NATURA SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANTARI DI
NATURA DOMICILIARE

- Anziani in condizione di fragilità, nonché patologie geriatriche con limitazioni dell'autonomia;
- Anziani in dimissioni socio-sanitaria protetta da reparti ospedalieri, malati con patologie in fase terminale;
- Anziani con disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazioni dell'autonomia;
- Anziani con patologie oncologiche;
- Anziani in fase terminale non oncologici;
- Anziani portatori di malattie neuro degeneratrici/progressive in fase avanzata
- Anziani con necessità di nutrizione artificiale;
- Anziani con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- Anziani in stato vegetativo e stato di minima coscienza;
- Anziani con avanzate e complicate malattie croniche.

ACCERTATA DA:

(che si allega)

- Commissione Medica (100% + Accompagnamento e/o L. 104/92 in situazione di gravità)
- Certificazione medico di famiglia che attesta la non autosufficienza in maniera precisa e Standardizzata mediante l'uso dell'apposita scala di valutazione (SVAMA), nei casi di situazioni invalidanti recenti

FIRMA DEL SOGGETTO SEGNALATORE

RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI INTEGRATA, SOCIO-SANITARIA,

previsti nel Piano di azione per la Coesione – Ministero dell'Interno

servizi di cura per gli anziani non autosufficienti

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e della decadenza dai benefici nel caso di dichiarazione non veritiera, secondo quanto disposto dall'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA:

di essere a conoscenza che:

Il servizio, "*Piano di Azione Coesione Piano di Intervento servizi di cura per gli anziani non autosufficienti*", ha la durata di n. 12 mesi, per i beneficiari **la durata è determinata dal maggior bisogno sociale e sanitario** individuato dall'Unità di Valutazione Multidimensionale, e comunque non inferiore ad n. 1 mensilità. La eventuale comunicazione della sospensione del servizio, da parte del Servizio Sociale dell'Ente, per la decadenza dei criteri di ammissione del beneficiario, sarà inoltrata all'interessato entro il 5° giorno della cessazione mensile delle prestazioni sociali domiciliari;

L'accesso al servizio è subordinato alla preventiva valutazione socio-sanitaria integrata. La valutazione viene effettuata da un team multi professionale (U.V.M.) in grado di leggere le esigenze di anziani che presentano situazioni problematiche complesse, con problematiche sanitarie non inscindibili da quelle sociali. La permanenza nel servizio è subordinata alla valutazione mensile da parte dell'U.V.M. .

Il servizio di assistenza domiciliare sarà reso, attraverso operatori Socio-Sanitari, OSS, da Organismi del Terzo Settore regolarmente accreditati all'Albo Distrettuale, attraverso la libera scelta del familiare referente dell'anziano;

Gli utenti sono ammessi al servizio indipendentemente alla condizione economica individuale e familiare del nucleo di appartenenza. In caso di esubero di richieste, rispetto alla disponibilità dei posti previsti, la priorità, nel caso di uguale bisogno socio-sanitario, verrà data al beneficiario il cui reddito complessivo del nucleo familiare di appartenenza è inferiore.

L'accesso al servizio prevede l'eventuale compartecipazione dell'utente al costo del servizio, sulla base della verifica della condizione economica del richiedente e del suo nucleo familiare, effettuata secondo le disposizioni previste ai sensi dell'Art. 1 del D.A. n. 867/S7 del 15/04/2003 e/o s.m.i. – "*Accesso agevolato ai servizi – Criteri unificati di valutazione economica*":

"Il servizio sarà gratuito per i soggetti la cui condizione economica complessiva del nucleo familiare di riferimento (ISE), determinata ai sensi dell'Art. 1 del D.A. n. 867/S7 del 15/04/2003 e/o s.m.i. - Accesso agevolato ai servizi - Criteri unificati di valutazione economica - non supera l'importo annuo del trattamento minimo di pensione INPS per i lavoratori dipendenti adeguato, ove spettante, alle misure fissate dallo art. 38 della Legge n. 488/200, maggiorato:

- del 50% nel caso in cui il soggetto richiedente è unico componente il nucleo familiare;
- del 100% nel caso di due componenti;
- dell'ulteriore 35% per ogni componente minore od adulto oltre il secondo.

Per condizioni economiche superiori i soggetti beneficiari possono essere ammessi al servizio previa compartecipazione in misura pari al 5% del costo sostenuto dal comune per ogni € 516,46 superiore al limite per la gratuità" - Deliberazione del comitato dei Sindaci, seduta del 02/12/2016 e recepito con G.M. n. 259 del 06/12/2016

Si allega alla presente i seguenti documenti:

- Copia fotostatica dell'attestazione ISEE del nucleo familiare, in corso di validità
 - Copia della certificazione della Commissione Medica di accertamento dell'handicap in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, legge n. 104/1992 e/o certificazione della Commissione Medica con il riconoscimento del 100% + Accompagnamento;
 - Certificazione medico di famiglia che attesta la non autosufficienza in maniera precisa e Standardizzata mediante l'uso dell'apposita scala di valutazione (SVAMA).
 - Copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente e dell'anziano non autosufficiente.
- San Cataldo, _____

IL DICHIARANTE (Firma)

Il/la sottoscritto/a acconsente che, in riferimento al D.Lgs. 196/2003, i dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamenti quale registrazione, conservazione, elaborazione etc. da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del comune di San Cataldo per l'uso strettamente necessario cui la presente è riferita. Il richiedente dichiara di essere a conoscenza dei diritti previsti dal D.Lgs. 196/2003.

San Cataldo li _____

IL DICHIARANTE (Firma)