

## MUNICIPIO DELLA CITTA' DI PATTI

### DISTRETTO SOCIO SANITARIO

#### N. 30 COMUNE CAPOFILA PATTI

( Patti – Brolo – Ficarra – Floresta – Gioiosa Marea - L ibrizzi – Montagnareale – Oliveri – Piraino –  
Raccuia – San Piero Patti – Sant'Angelo di Brolo – Sinagra – Ucria)

### AVVISO PUBBLICO PER GLI UTENTI

#### INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI e/o IN ADI

Visto il Piano di intervento PAC Anziani, secondo riparto, finanziato dal Ministero dell'Interno, presentato da questo Distretto Socio Sanitario D30.

Visto il Decreto n. 1549 dell'11/05/2017 con il quale sono state integrate le somme del secondo riparto da destinare all'anziani non autosufficienti (ADA) etl agli anziani in ADI;

Visto l'Addendum all'Accordo di Programma stipulato tra il Distretto Socio Sanitario D30 e l'ASP di Patti per la realizzazione del Sistema Integrato di cure domiciliari per gli anziani, over 65, non autosufficienti, per la gestione dei Fondi PAC, approvato dal Comitato dei Sindaci con la delibera n. 4 del 13/05/2015;

#### SI RENDE NOTO

Che prossimamente saranno avviati in tutti i Comuni del Distretto i servizi di assistenza domiciliare integrata e sociale alla popolazione anziana o in condizione di non autosufficienza (ADA e ADI) di cui al Piano di intervento PAC Anziani- Secondo Riparto.

L'ADA e l'ADI sono rivolti a tutte le persone anziane (ultrasessantacinquenni) non autosufficienti residenti nei Comuni del Distretto Socio Sanitario N. 30 che vivono in condizioni di totale o parziale non autosufficienza, fisica o psichica.

L'Ammissione al servizio ADA è subordinato ad una preventiva presa in carico, a seguito richiesta del medico curante, predisposizione da parte del Distretto Socio Sanitario della scheda SVAMA e/o valutazione effettuata attraverso l'Assistente Sociale e/o dall'UVM.

L'Ammissione al servizio ADI è subordinata alla presentazione di certificazione sanitaria attestante la condizione di soggetto in ADI. Ove mancante verrà predisposta la scheda SVAMA da parte dell'UVM.

Le prestazioni da svolgersi possono essere così sinteticamente elencate:

**ADA** – prestazioni domiciliari socio assistenziali con

- a) cura della persona
- b) cura dell'ambiente di vita;
- c) Disbrigo pratiche e commissioni
- d) aiuto per la spesa ;
- e) interventi di socializzazione.

**ADI** – prestazioni domiciliari socio assistenziali di integrazione assistenza socio-sanitaria.

La persona anziana viene mantenuta nel proprio contesto di vita con interventi di sostegno al nucleo familiare ed alla persona con prestazione socio- assistenziali di integrazione a quelli socio-sanitari, erogati in regime domiciliare. Si mirerà a ridurre la permanenza in ospedale, sostenendo la famiglia, coinvolgendola nei piani di assistenza. Gli interventi si articoleranno nell'aiuto per la cura della casa e nell'aiuto atto a favorire e/o mantenere l'autosufficienza nell'attività giornaliera.

#### GRATUITA' DEL SERVIZIO

Le prestazioni domiciliari socio- assistenziali saranno erogate gratuitamente.

## MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La modulistica ( All. A per l'ADI e All. B per l'ADA ) potrà essere ritirata presso gli Uffici dei Servizi Sociali dei Comuni del Distretto Socio Sanitario D30 o potrà essere acquisita collegandosi ai siti istituzionali di ciascun Comune del Distretto.

L'istanza potrà essere consegnata a mano o inviata a mezzo raccomandata A/R all'Ufficio Servizi Sociali dei propri Comuni di residenza, entro e non oltre 20 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso pubblico.

Si precisa che verranno esaminate le istanze dei cittadini secondo l'ordine cronologico di presentazione delle stesse, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

Nel caso in cui le richieste siano superiori alle effettive disponibilità del Distretto, verrà predisposto un elenco degli aventi diritto dando priorità al grado di autosufficienza, alla mancanza di supporto familiare, all'indicatore ISEE ed all'anzianità dell'assistito.

A parità di condizione verrà richiesta una valutazione ulteriore all'Assistente Sociale del Comune di residenza e/0 all'UVM.

Gli interessati potranno richiedere ogni informazione e chiarimento rivolgendosi agli Uffici di Servizio Sociale dei Comuni del Distretto Socio Sanitario.

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003 i dati personali forniti dai candidati in sede di presentazione dell'istanza, saranno trattati esclusivamente ai fini della presente procedura.

Il presente avviso sarà pubblicato all'albo pretorio on line e sul sito internet del Comune di Patti, Comune Capofila nonché su quelli dei Comuni facenti parte del Distretto Socio Sanitario D30.

Patti, li 29/6/2017



Il Coordinatore del Distretto Socio Sanitario 30  
( Dott.ssa M. Gregorio )

A handwritten signature in black ink, appearing to be "M. Gregorio".

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

## UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

Oggetto: PAC ANZIANI 2° RIPARTO - Richiesta per l'accesso al servizio ADI Assistenza Domiciliare Integrata per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall'ASP, in favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti .

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

in qualità di: beneficiario/a del servizio, residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. fisso

\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

familiare (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ beneficiario del

servizio, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. fisso

\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

altro (specificare) \_\_\_\_\_ del Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_ beneficiario del servizio,

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

## CHIEDE

di accedere al servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrate alle prestazioni prettamente sanitarie erogate dall'ASP, in favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti .

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti degli art.46 e . 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

## DICHIARA

**di essere in carico al servizio ADI**

Allega alla presente istanza:

- certificazione sanitaria attestante la condizione di non autosufficienza o disabilità;
- attestazione per l'attivazione delle cure domiciliari **PAC anziani ADI** compilata dal medico curante o dalle altre figure mediche preposte;
- scheda SVAMA;
- attestazione ISEE;
- Fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del beneficiario, in corso di validità.

Ai sensi della D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., consente il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'erogazione del beneficio richiesto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

all. "B"

AL COMUNE DI \_\_\_\_\_

UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

Oggetto: PAC ANZIANI 2° RIPARTO - Richiesta per l'accesso al servizio ADA Assistenza Domiciliare per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale, in favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti .

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
in qualità di: beneficiario/a del servizio, residente in \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. fisso  
\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;  
familiare (specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_  
del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ beneficiario del  
servizio, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. fisso  
\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;  
altro (specificare) \_\_\_\_\_ del Sig./Sig.ra  
\_\_\_\_\_ beneficiario del servizio,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;

CHIEDE

di accedere al servizio ADA (Assistenza Domiciliare Anziani ) per l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale in favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti .

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n . 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti degli art.46 e . 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità DICHIARA

Di essere/non essere in possesso del riconoscimento di invalidità civile al 100% :

a) Con indennità di accompagnamento. SI NO

Allega alla presente istanza:

- Documentazione Sanitaria attestante la non autosufficienza;
- attestazione ISEE;
- Fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del beneficiario, in corso di validità.

Ai sensi della D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., consente il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza solo per le procedure necessarie all'erogazione del beneficio richiesto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_