



***DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54***  
***Comuni di Castelvetrano – Campobello di Mazara***  
***- Partanna – Poggioreale –***  
***Salaparuta - Santa Ninfa - A.S.P.***  
\*\*\*

***Piazza G. Cascino, 8 - Palazzo Informagiovani***  
***91022 Castelvetrano (TP)***

## **AVVISO PUBBLICO**

**LEGGE 328/00 - PIANO DI ZONA 2013/2015 E IMPLEMENTAZIONE**  
**SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE**

**IL RESPONSABILE DELLA II DIREZIONE ORGANIZZATIVA**

**“SERVIZIO AL CITTADINO” DEL COMUNE CAPOFILA DI CASTELVETRANO**

### **RENDE NOTO**

che è indetto avviso pubblico per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) per l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali in favore di cittadini ultrasessantacinquenni, residenti nei Comuni del Distretto Socio-Sanitario n. 54, non supportati da una adeguata rete parentale.

#### **Art.1- Destinatari del servizio**

I destinatari del SAD sono anziani ultrasessantacinquenni, anche in stato di parziale o totale non autosufficienza, di natura cronica o temporanea, che siano impossibilitati a svolgere in modo autonomo le funzioni quotidiane fondamentali, a causa dell'età, delle condizioni di salute, di limitazioni psicofisiche, opportunamente documentate.

L'azione progettuale è destinata a n. 100 utenti così ripartiti:

- +** **PIANO DI ZONA 2013-2015 max n. 50** utenti di cui:
- n. 25 per il Comune di Castelvetrano;
  - n. 8 per il Comune di Campobello di Mazara;
  - n. 8 per il Comune di Partanna;
  - n. 5 per il Comune di Santa Ninfa;
  - n. 2 per il Comune di Salaparuta;
  - n. 2 per il Comune di Poggioreale.

✚ **IMPLEMENTAZIONE max n. 50** utenti di cui:

- n. 25 per il Comune di Castelvetro;
- n. 8 per il Comune di Campobello di Mazara;
- n. 8 per il Comune di Partanna;
- n. 5 per il Comune di Santa Ninfa;
- n. 2 per il Comune di Salaparuta;
- n. 2 per il Comune di Poggioreale.

**Art. 2 - Prestazioni**

Le prestazioni saranno erogate presso il domicilio degli utenti secondo i Piani di Assistenza Individualizzati redatti dai Servizi Sociali dei Comuni e potranno prevedere prestazioni di aiuto fisico per il compimento degli atti elementari della vita e governo della casa, quali:

- Igiene e cura dell'anziano (alzata/messa a letto, vestizione/vestizione, igiene del vestiario, preparazione e somministrazione pasti);
- Igiene dell'abitazione;
- Disbrigo pratiche e accompagnamento per visite mediche specialistiche, attività riabilitative e di socializzazione.

**Art.3 - Modalità di accesso**

Gli interessati dovranno presentare istanza al proprio Comune di residenza, su appositi moduli, forniti dagli Uffici Servizi Sociali o scaricabili dai siti web degli stessi.

Le richieste di ammissione al servizio dovranno pervenire al Comune di residenza **entro e non oltre 20 giorni** dalla pubblicazione del presente avviso.

La domanda (Allegato "A") deve essere corredata dalla seguente documentazione:

- ✚ Certificazione medica attestante il grado di autonomia personale (Allegato "B") ovvero certificazione medica attestante lo stato di non autosufficienza e/o lo stato di invalidità (verbale di commissione medica e/o verbale legge 104/92);
- ✚ Certificazione ISEE riferito all'intero nucleo familiare in corso di validità;
- ✚ Copia del documento d'identità del richiedente e del beneficiario.

Ogni Comune provvederà alla verifica dei requisiti nonché a redigere e approvare la graduatoria delle istanze che sarà trasmessa al Comune Capofila, il quale ne prenderà atto con provvedimento del Responsabile dell'Ufficio di Piano.

Se a seguito di controlli da parte dell'ufficio Servizi Sociali, si dovesse riscontrare la non veridicità delle dichiarazioni rese, il dichiarante decade dai benefici ottenuti e incorre nelle

sanzioni penali previste dalla normativa vigente in materia.

Ciascun Comune provvederà alla redazione dei Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) per i beneficiari ammessi al servizio.

Ai beneficiari saranno concessi voucher spendibili presso gli Enti accreditati del Distretto Socio Sanitario.

#### **Art.4 - Criteri di valutazione, formazione graduatoria e ammissione al Servizio SAD**

I beneficiari del servizio SAD saranno individuati ed inseriti in apposita graduatoria di ciascun Comune, di durata triennale, formulata secondo i criteri individuati ed approvati con verbale Ufficio di Piano del 15/06/2022, allegato "C".

Sarà ammessa alla graduatoria una sola istanza per ciascun nucleo familiare; qualora ci siano più istanze riferibili allo stesso nucleo familiare sarà ammessa alla graduatoria l'istanza riportante il punteggio più alto.

Le graduatorie verranno pubblicate all'Albo Pretorio e sui siti Istituzionali di ciascun Comune del Distretto Socio Sanitario D54.

A parità di punteggio, la precedenza in graduatoria sarà data al richiedente **NON** in possesso dell'indennità di accompagnamento e in caso di ulteriore parità al richiedente più anziano.

Nel caso di dimissioni, per propria volontà o cause sopravvenute di natura personale o familiare, dei soggetti inseriti in graduatoria, si procederà allo scorrimento della stessa.

Qualora la graduatoria risultasse insufficiente a ricoprire tutti i posti previsti si prevede una riapertura dell'Avviso nei soli Comuni interessati.

#### **Art. 5 - Sospensione/Dimissione dai servizi**

Il servizio cessa in caso di:

- venir meno dei requisiti di ammissione;
- decesso dell'utente;
- richiesta scritta dell'utente;
- ricovero definitivo in strutture residenziali;
- valutazione tecnica del Servizio Sociale Professionale Comunale, qualora le prestazioni erogate non risultino più funzionali per l'utente.

Nel caso d'interruzione dell'assistenza per ricovero ospedaliero, trasferimento in strutture

residenziali o trasferimento di domicilio, dovrà essere data immediata comunicazione all'Ente accreditato per lo svolgimento del servizio e all'Ufficio di Servizio Sociale del Comune di appartenenza. Occorrerà inoltre comunicare preventivamente ogni eventuale assenza dal proprio domicilio che impedisca il regolare svolgimento del servizio.

#### **Art. 6 - Controlli**

Gli Uffici di Servizio Sociale dei Comuni del Distretto D54 eserciteranno il controllo sulla qualità delle prestazioni, sull'adempimento dei piani di assistenza individualizzata e sull'osservanza dei patti di accreditamento con gli enti erogatori del servizio.

#### **Art.7-Informativa per il trattamento dei dati**

Il Distretto Socio Sanitario D54 per il tramite del Comune Capofila di Castelvetro tratterà i dati personali conferiti con modalità prevalentemente informatiche e telematiche per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. Il conferimento dei dati è obbligatorio e il loro mancato inserimento non consente di completare il procedimento avviato. I dati saranno trattati per tutto il tempo del procedimento e saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale del Comune di Castelvetro o dai componenti dell'Ufficio di Piano o dei soggetti espressamente nominati come responsabili del trattamento. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificatamente previsti dal diritto nazionale o dall'Unione Europea. Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt.15 e ss. del RGPD).

**Il Responsabile della II Direzione Organizzativa  
F.to Avv. Simone Marcello Caradonna**

**ALLEGATO "A"**

SIGNOR SINDACO DEL  
COMUNE DI \_\_\_\_\_

**OGGETTO: ISTANZA SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE LEGGE 328/00 -  
PIANO DI ZONA 2013/2015 E IMPLEMENTAZIONE**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a .....  
(.....) il...../...../..... residente a .....  
in via ..... n. ....,  
Codice Fiscale ..... Telefono .....

- in qualità di:
- Diretto interessato
  - Familiare (descrivere il grado di parentela) .....
  - Amministratore di sostegno
  - Tutore
  - Altro .....

**CHIEDE**

**di essere ammesso/a al servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) del PDZ 2013/2015 e  
Implementazione**

Per se stesso/a     per il/la sig.ra

..... nato/a ..... il .....|.....|.....  
residente in ..... via ..... n. ....  
recapito telefonico ..... C.F. ....

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e  
consapevole del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice  
penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

- di essere residente nel Comune di .....
- di usufruire attualmente di un altro servizio Socio-Assistenziale:
  - SI (Specificare la tipologia di servizio) .....
  - NO
- che il reddito del nucleo familiare ISEE è di € .....
- che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ persone come di seguito indicato:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	GRADO DI PARENTELA

- che la **condizione familiare** del beneficiario è la seguente (*barrare la voce che interessa*):
  - convive con familiari in grado di assisterlo;
  - con figli residenti nel Comune;
  - con figli non residenti nel Comune;
  - vive da solo, privo di supporto familiare;
  - convive con familiari portatori di handicap senza ulteriore supporto.
- che presenta il seguente **stato di salute/invalidità**
  - Portatore di handicap in situazione di gravità (art.3 - com.3 L. n. 104/92);
  - Portatore di handicap (art.3 - com. 1 L. n.104/92);
  - Invalido al 100%;
  - “All. B” o certificazione medica;
  - Disabile gravissimo con patto di cura.

**ALLEGA:**

-  Certificazione medica attestante il grado di autonomia personale (Allegato “B”) ovvero certificazione medica attestante lo stato di non autosufficienza e/o lo stato di invalidità (verbale di commissione medica e/o verbale legge 104/92);
-  Certificazione ISEE riferito all’intero nucleo familiare in corso di validità;
-  Copia del documento d’identità del richiedente e del beneficiario

**AUTORIZZAZIONE LEGGE SULLA PRIVACY**

Si autorizza il trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l’espletamento del servizio di assistenza domiciliare, ai sensi del Regolamento EU nr. 679/2016 e del D. Lgs. 196/2003 “*Codice in materia di protezione dei dati personali*” e ss.mm.ii.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile)

**CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'AMMISSIONE ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE  
AGLI ANZIANI RESIDENTI NEI COMUNI DEL DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D54**

Si certifica che il /la sig./ra \_\_\_\_\_

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

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

affetto/a dalle seguenti patologie:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Da controllo medico effettuato in data \_\_\_\_\_

Si evince che:

- E' AUTOSUFFICIENTE**  
 **E' PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE**  
 **NON E' AUTOSUFFICIENTE**

Si raccomanda di barrare una sola delle tre voci suindicate contrassegnando con una x l'apposita casella.

- Eventuale % di invalidità del paziente \_\_\_\_\_%
- Il paziente usufruisce dell'indennità di accompagnamento: SI [ ] NO [ ]
- Si rilascia su richiesta dell'interessato/a

*(Luogo e data)*

*(Timbro Firma del medico)*

**CRITERI DI VALUTAZIONE**

<b>AUTOSUFFICENZA DELL'ANZIANO</b>	
<b>GRADO DI AUTOSUFFICENZA</b>	<b>PUNTI</b>
Autosufficiente	0
Parzialmente autosufficiente	4
Non autosufficiente	6
<b>STATO DI SOLITUDINE</b>	
<b>GRADO DI SOLITUDINE</b>	<b>PUNTI</b>
<b>I bisogni primari dell'Utente sono soddisfatti</b> Rientrano in tale fattispecie quelle situazioni in cui i bisogni primari degli utenti (alimentazione, igiene della persona, sufficiente cura degli ambienti di vita, visite mediche, disbrigo principali pratiche) sono soddisfatte per mezzo dei familiari e/o di persone terze e/o delle capacità residue della persona.	0
<b>I bisogni primari dell'Utente sono solo parzialmente soddisfatti</b> Rientrano in tale fattispecie quelle situazioni in cui l'utente versa in una situazione in cui parte dei bisogni primari (alimentazione, igiene della persona, sufficiente cura degli ambienti di vita, visite mediche, disbrigo principali pratiche) <i>non sono adeguatamente soddisfatte</i> per mezzo dei familiari e/o di persone terze e/o delle capacità residue della persona, ravvisandosi, derivante da tali mancanze e quindi dall'assenza di un servizio domiciliare, una situazione di potenziale pregiudizio psico/fisico per l'utente.	4
<b>I bisogni primari dell'Utente non sono soddisfatti</b> Rientrano in tale fattispecie quelle situazioni in cui l'utente versa in una situazione di pregiudizio psico/fisico a causa del <i>non soddisfacimento</i> dei bisogni primari (alimentazione, igiene della persona, sufficiente cura degli ambienti di vita, visite mediche, disbrigo principali pratiche) <i>da parte</i> dei familiari e/o di persone terze e/o delle capacità residue della persona.	6
<b>ETA' DELL'ANZIANO</b>	
<b>FASCE DI ETA'</b>	<b>PUNTI</b>
65 – 75 anni	1
76 – 86 anni	2
Superiore a 87 anni	3
<b>REDDITO AI FINE ISEE</b>	
<b>VALORE ISEE</b>	<b>PUNTI</b>
ISEE da 0 a € 8.000	3
ISEE da € 8.000 a € 15.000	2
ISEE da € 15.001 a € 20.000	1
ISEE da € 20.001 in poi	0