



Consorzio per la realizzazione del sistema integrato  
di welfare ambito-zona di Poggiaro

Andrano, Botrugno, Castro, Diso, Giuggianello, Minervino di Lecce, Nociglia, Ortelle, Poggiaro,  
Sanarica, S.Cassiano, S. Cesarea Terme, Spongano, Surano, Uggiano la Chiesa

## **AVVISO PUBBLICO PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (S.A.D.)**

In attuazione del II° Piano di intervento servizi di cura per gli anziani del Piano di Azione e Coesione, verrà avviato il servizio di assistenza domiciliare sociale rivolto alla popolazione anziana ultrasessantacinquenne.

### **Art.1**

#### **Destinatari**

Il S.A.D. è rivolto a 21 cittadini anziani ultrasessantacinquenni che abbiano i seguenti requisiti:

- residenza in uno dei 15 Comuni dell'Ambito territoriale di Poggiaro;
- possesso di verbale di invalidità riconosciuta al 100% con indennità di accompagnamento;
- ISEE per prestazioni socio-sanitarie (di cui al DPCM n.159/2013), non superiore a Euro 20.000,00;
- reddito personale ad ogni titolo percepito non superiore a Euro 20.000,00 annui.

### **Art.2**

#### **Prestazioni**

Il S.A.D. comprende le seguenti prestazioni:

- a) aiuto domestico
  - pulizia ordinaria degli ambienti di vita dell'assistito
  - riordino di indumenti, lavaggio biancheria
  - preparazione pasti presso il domicilio dell'utente
  - approvvigionamento degli alimenti e dei generi di consumo necessari
- b) cura della persona
  - aiuto nell'attività di assistenza diretta alla persona (igiene personale totale o parziale, aiuto per alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, assumere pasti ecc.)
  - aiuto nella deambulazione e negli atti della vita quotidiana
- c) supporto socio-relazionale
  - compagnia e ascolto
  - sostegno e stimolo alla partecipazione ad attività di socializzazione anche attraverso il collegamento con associazioni di volontariato

Le prestazioni di assistenza verranno definite nel Piano di Assistenza Individuale che verrà redatto in funzione delle effettive necessità assistenziali dall'UVM per una media di 22 ore mensili.

### **Art.3**

#### **Modalità e termini di presentazione delle domande**

Per poter accedere alle prestazioni occorre presentare istanza, a firma dell'utente, di un familiare o tutore, utilizzando il modello di domanda (allegato 1), disponibile presso l'Ufficio di Segretariato Sociale del Comune di residenza o sul sito web [www.consorziosocialepoggiardo.it](http://www.consorziosocialepoggiardo.it); la stessa dovrà essere consegnata a mano o inviata a mezzo raccomandata A/R al protocollo dell'Ufficio di Piano sito in Via Don Minzoni n° 6 , 73037 - Poggiardo.

Le domande possono essere presentate a partire dalla data di pubblicazione del presente avviso e fino alla data del 02.11.2015.

I beneficiari del servizio SAD saranno individuati da un'apposita graduatoria redatta dal R.U.P., in base al punteggio acquisito e fino all'esaurimento delle ore di assistenza disponibili.

### **Art.4**

#### **Criteri di valutazione e attribuzione del punteggio**

L'attribuzione del punteggio avverrà secondo i seguenti criteri:

- **Situazione familiare (punti da 0 a 10):**

a) Composizione del nucleo familiare (i componenti da considerare ai fini dell'attribuzione del punteggio devono essere maggiorenni ed autosufficienti):

- Anziano solo non autosufficiente	punti 5
- con 1 familiare	punti 3
- con 2 familiari	punti 1
- con 3 e/o più familiari	punti 0

b) Presenza di figli non conviventi:

- nessun figlio nello stesso Comune di residenza	punti 3
- n.1 figlio nello stesso Comune di residenza	punti 1
- più di 1 figlio nello stesso Comune di residenza	punti 0

Saranno attribuiti ulteriori punti 2 per la presenza di uno o più familiari conviventi non autosufficienti (la non autosufficienza dovrà essere opportunamente documentata da verbali rilasciati dalla Commissione Medica Sanitaria per il riconoscimento dello stato di invalidità pari al 100% ).

- **Redditi ad ogni titolo percepiti dalla persona non autosufficiente nell'anno fiscale 2014 (punti da 0 a 5):**

- per redditi tra €0,00 e €4.000,00	punti 5
- per redditi tra € 4.001,00 e € 7.000,00	punti 4
- per redditi tra €7.001,00 e €10.000,00	punti 3
- per redditi tra €10.001,00 e €13.000,00	punti 2
- per redditi tra €13.001,00 e €15.000,00	punti 1
- per redditi tra €15.001,00 e €20.000,00	punti 0

• **Valore ISEE per prestazioni socio sanitarie - redditi 2014 (punti da 0 a 5):**

-Isee da € 0,00 a € 4.000,00	punti 5
-Isee da € 4.001,00 a € 7.000,00	punti 4
-Isee da € 7.001,00 a € 10.000,00	punti 3
-Isee da € 10.001,00 a € 13.000,00	punti 2
-Isee da € 13.001,00 a € 15.000,00	punti 1
-Isee da € 15.001,00 a € 20.000,00	punti 0

• **Gravità della condizione di non autosufficienza (fino a 5 punti)**

- Indice di Barthel totale > 90	punti 5
- Indice di Barthel totale compreso tra 79 e 90	punti 4
- Indice di Barthel totale compreso tra 66 e 78	punti 3
- Indice di Barthel totale compreso tra 53 e 65	punti 2
-Indice di Barthel totale compreso tra 40 e 52	punti 1
-Indice di Barthel compreso tra 0-39	INAMMISSIBILE

A parità di punteggio, si darà priorità ai soggetti aventi i seguenti requisiti in ordine di precedenza:

1. punteggio Barthel più elevato;
2. minore reddito personale;
3. maggiore età anagrafica.

**Art.5**

**Istruttoria, formazione della graduatoria e ammissione al servizio**

Ai fini della valutazione delle reali condizioni di non autosufficienza, l'Ufficio di Piano provvede a richiedere la convocazione della Unità di Valutazione Multidimensionale del DSS competente, che esamina i casi mediante SVAMA e attribuisce il relativo punteggio in base all'indice di Barthel. Successivamente il Responsabile del Procedimento provvederà all'istruttoria della documentazione regolarmente pervenuta ed alla conseguente attribuzione del punteggio, sulla base della sussistenza di tutte le condizioni previste dal presente avviso e dalle norme che regolano il servizio.

**Art.6**

**Compartecipazione ai costi del servizio**

A carico dei beneficiari, così come previsto nel piano di intervento finanziato dal Ministero dell'Interno, è prevista una quota di compartecipazione calcolata secondo le seguenti fasce ISEE:

FASCE DI VALORE ISEE	QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE A CARICO DEL BENEFICIARIO
€ 0,00 a € 2.000,00	Esente da compartecipazione
€ 2.001,00 a € 7.500,00	5% del costo orario
€ 7.501,00 a € 10.000,00	10% del costo orario
€ 10.001,00 a € 15.000,00	15% del costo orario
€ 15.001,00 a € 20.000,00	20% del costo orario

Il mancato pagamento delle predette quote di compartecipazione entro i termini di 20 giorni dal ricevimento del bollettino comporterà la sospensione del servizio.

Gli utenti dovranno comunicare per iscritto all'Ambito ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee.

Gli interessati potranno richiedere ogni informazione e chiarimento rivolgendosi all'Assistente Sociale del proprio Comune di residenza.

## **Art.7**

### **Finanziamento**

Il servizio di assistenza domiciliare SAD verrà attivato a condizione dell'avvenuta approvazione del Piano di Intervento per i servizi di cura anziani del Piano di Azione e Coesione dell'Ambito di Poggiardo da parte dell'Autorità di Gestione presso il Ministero dell'Interno per un ammontare pari ad € 101.390,38.

### **Allegati**

Ai fini della validità della domanda è necessario produrre i seguenti documenti:

- Verbale di invalidità del soggetto beneficiario;
- fotocopia di idoneo documento di riconoscimento del soggetto beneficiario e del richiedente;
- attestazione ISEE per prestazioni socio sanitarie (di cui al DPCM n.159/2013) - redditi 2014 (in attesa del rilascio dell'ISEE, è possibile presentare la ricevuta di avvenuta presentazione della stessa);
- autocertificazione composizione nucleo familiare (allegato 2);
- autocertificazione redditi personali percepiti dall'anziano non autosufficiente, nell'anno fiscale 2014 (allegato 3);
- Autocertificazione "presenza di figli non conviventi" (allegato 4);
- verbale di invalidità del familiare (tale documento non è obbligatorio ma va eventualmente presentato per l'ottenimento del relativo punteggio).

Il Responsabile Unico del Procedimento è il dott. Rossano Corvaglia

N° telefonico 0836/901851

fax: 0836/991000

mail: [consorzio.sociali@libero.it](mailto:consorzio.sociali@libero.it)

sito web: [www.consorziosocialepoggiardo.it](http://www.consorziosocialepoggiardo.it)

Poggiardo, 30/09/2015

**Il Responsabile Unico del Procedimento  
Dott. Rossano CORVAGLIA**

## Allegato 1



Consorzio per la realizzazione del sistema integrato  
di welfare ambito-zona di Poggiardo

Andrano, Botrugno, Castro, Diso, Giuggianello, Minervino di Lecce, Nociglia, Ortelle, Poggiardo,  
Sanarica, S.Cassiano, S. Cesarea Terme, Spongano, Surano, Uggiano la Chiesa

**AL DIRETTORE DEL CONSORZIO  
AMBITO di POGGIARDO  
VIA DON MINZONI N° 6  
73037 POGGIARDO (LE)**

### **OGGETTO: Richiesta Ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.)**

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in Via ..... n° .....  
Tel. .... C.F. ....

### **CHIEDE**

**per se stesso**

**per il coniuge**.....

Nato/a.....il..... C.F.....

**per il familiare**.....nato/a..... il.....

residente a..... in Via.....n° .....

tel..... C.F.....

Nome e cognome del medico di base.....

DI ESSERE AMMESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE, PER LE SEGUENTI PRESTAZIONI:

a) aiuto domestico:

- pulizia ordinaria degli ambiente di vita dell'assistito
- riordino di indumenti, lavaggio biancheria
- preparazione pasti presso il domicilio dell'utente
- approvvigionamento degli alimenti e dei generi di consumo necessari

b) cura della persona:

- aiuto nell'attività di assistenza diretta alla persona (igiene personale totale o parziale, aiuto per alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, assumere pasti ecc.)
- aiuto nella deambulazione e negli atti della vita quotidiana

c) supporto socio-relazionale:

- compagnia e ascolto
- sostegno e stimolo alla partecipazione ad attività di socializzazione anche attraverso il collegamento con associazioni di volontariato

**A TAL FINE, ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI :**

- Verbale di invalidità del soggetto beneficiario;
- Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento del soggetto beneficiario e del richiedente;
- Attestazione ISEE per prestazioni socio-sanitarie (di cui al DPCM n.159/2013) -redditi 2014 (in attesa del rilascio dell'attestazione ISEE, è possibile consegnare la ricevuta di avvenuta presentazione della stessa);
- Autocertificazione composizione nucleo familiare (allegato 2);
- Autocertificazione redditi personali percepiti dall'anziano non autosufficiente, nell'anno fiscale 2014 (allegato 3);
- Autocertificazione "presenza di figli non conviventi" (allegato 4);
- Verbale di invalidità del familiare (ove esistente).

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna a compartecipare al costo del servizio così come disciplinato dall'art.6 dell'Avviso.

*Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che il Consorzio dell'Ambito - Zona di Poggiardo è in facoltà di disporre accertamenti per la verifica di quanto dichiarato con la presente.*

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.lgs 30.06.2003 n.196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene presentata e, in caso di instaurazione del rapporto di assistenza, per le finalità inerenti la gestione del rapporto medesimo.

\_\_\_\_\_ lì, \_\_\_\_\_

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

**Allegato 2**



Consorzio per la realizzazione del sistema integrato  
di welfare ambito-zona di Poggiardo

Andrano, Botrugno, Castro, Diso, Giuggianello, Minervino di Lecce, Nociglia, Ortelle, Poggiardo,  
Sanarica, S.Cassiano, S. Cesarea Terme, Spongano, Surano, Uggiano la Chiesa

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**(Art. 47 - D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 in ordine alle sanzioni penali cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come di seguito indicate,

**D I C H I A R A**

Che il proprio nucleo familiare (compreso il dichiarante) è così composto:

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....
- 6).....

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

Il Dichiarante  
\_\_\_\_\_

## Allegato 3



Consorzio per la realizzazione del sistema integrato  
di welfare ambito-zona di Poggiardo

Andrano, Botrugno, Castro, Diso, Giuggianello, Minervino di Lecce, Nociglia, Ortelle, Poggiardo,  
Sanarica, S.Cassiano, S. Cesarea Terme, Spongano, Surano, Uggiano la Chiesa

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA CERTIFICAZIONE (Art. 46 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

#### DICHIARA

che nell'anno 2014 il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ ha percepito  
redditi complessivi per € \_\_\_\_\_ comprensivi di:

-indennità di accompagnamento € \_\_\_\_\_

-pensioni sociali € \_\_\_\_\_

-pensioni di anzianità € \_\_\_\_\_

-pensioni di vecchiaia € \_\_\_\_\_

-pensioni di guerra € \_\_\_\_\_

-pensioni estere € \_\_\_\_\_

-rendite assicurative € \_\_\_\_\_

-contributi a qualsiasi titolo erogati da Enti Pubblici € \_\_\_\_\_

-altro (specificare) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

Il Dichiarante  
\_\_\_\_\_



## Allegato 4



Consorzio per la realizzazione del sistema integrato  
di welfare ambito-zona di Poggiardo

Andrano, Botrugno, Castro, Diso, Giuggianello, Minervino di Lecce, Nociglia, Ortelle, Poggiardo,  
Sanarica, S.Cassiano, S. Cesarea Terme, Spongano, Surano, Uggiano la Chiesa

### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'** **(Art. 47 - D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 in ordine alle sanzioni penali cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come di seguito indicate,

#### D I C H I A R A

Di trovarsi nella seguente condizione familiare:

- nessun figlio nello stesso Comune di residenza
- n. 1 figlio nello stesso Comune di residenza
- più di un figlio nello stesso Comune di residenza

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

Il Dichiarante  
\_\_\_\_\_