



Comune di
Spilinga



Comune di
Tropea



Comune di
Briatico



Comune di
Cessaniti



Comune di
Drapia



Comune di
Filandari



Comune di
Joppolo



Comune di
Limbadi



Comune di
Nicotera



Comune di
Parghelia



Comune di
Ricadi



Comune di
Rombiolo



Comune di S.
Calogero



Comune di
Zaccanopoli



Comune di
Zambrone



Comune di
Zungri

AMBITO SOCIALE TERRITORIALE –AMB.26- SPILINGA (VV)

Ufficio di Piano – Servizi Sociali, Piazza Italia, 1 – 89864 Spilinga (VV)

Tel. 0963 65518 Pec: ufficiodipiano@asmepec.it

Prot. n. 2023

Avviso Pubblico

SERVIZI DI SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ PER PERSONE DISABILI NON AUTOSUFFICIENTI – FNA 2014

Visti:

- la legge n. 328/2000 relativa al sistema integrato di interventi e servizi sociali, la quale promuove una serie di interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare;
- l'art. 8 della legge regionale 23/2003 che individua, tra i servizi rivolti alla persona e alle famiglie, "l'aiuto domiciliare" e i "centri diurni";
- il Decreto interministeriale 07.04.2014 recente "ripartizione delle risorse finanziarie del Fondo per le non autosufficienze, per l'anno 2014, nell'ambito del quale sono stati stanziati per la Regione Calabria 12.002.000 euro;
- la D.G.R. n. 464 del 12.11.2015 della Regione Calabria, integrata e modificata dalla D.G.R. n. 364/2016 avente ad oggetto l'approvazione delle "Linee guida Fondo per la non autosufficienza annualità 2014";
- che la Regione Calabria, Dipartimento 7, Settore Politiche Sociali, in ottemperanza della D.G.R. 464/2015 riguardante il Fondo per la non autosufficienza - annualità 2014- con Decreto Regionale n. 10373 del 22/09/2017 ha assegnato a questo Ente, quale Comune capofila dell'Ambito, la somma complessiva di euro 164.357,31, per la realizzazione del Piano degli Interventi: 1) Consolidamento Punti Unici di Accesso; 2) Servizio domiciliare alla persona non Autosufficiente SAD/ADI; 3) Servizi di appoggio alle famiglie presso Centri Diurni per disabili, CUP D81H18000220005;
- L'esito della procedura concorsuale per titoli ed esami per l'assunzione a tempo determinato e parziale, mesi 6, per n. 16 Operatori Socio Sanitari –OSS- da inserire nel servizio di assistenza domiciliare alla persona non autosufficiente, approvato con Determina Dirigenziale n. 1 del 07/01/2019;

Considerato:

- che le finalità perseguite dal Fondo per la non autosufficienza e quindi dal presente avviso, sono quelle di prevenire e rimuovere situazione di bisogno e di disagio, consentendo al cittadino di conservare l'autonomia nella propria abitazione, nel proprio ambiente familiare e sociale mediante l'erogazione di servizi di supporto alla domiciliarità per persone non autosufficienti;
- che la programmazione d'ambito prevede, per l'utilizzo delle risorse finanziarie (CUP D81H18000220005), l'erogazione di due tipologie di servizi:
 - A) assistenza domiciliare per cittadini disabili non autosufficienti effettuata con personale specializzato (Operatori Socio Sanitari –OSS) secondo quanto previsto dalle Linee Guida Regionali;
 - B) voucher per soggetti disabili per l'acquisto di servizi per la frequenza di Centri diurni autorizzati e non accreditati presenti nell'Ambito distrettuale di Spilinga;

ART. 1 - OGGETTO DELL'AVVISO

Il presente avviso disciplina:

A. SAD/ADI - l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare ai cittadini disabili non autosufficienti in base al piano assistenziale (tempo e modalità di assistenza) redatto dal personale afferente all'Ufficio di Piano e al PUA, e fino ad esaurimento del fondo. Il piano, a seguito di monitoraggio, potrà essere modificato dal personale addetto.

B. CENTRI DIURNI - l'erogazione di assegni di cura (voucher) del valore unitario di € 200,00 mensili cadauno, fino ad esaurimento della somma destinata a tale misura pari a euro 10.000,00. Ad ogni beneficiario, sarà attribuito un voucher per accedere in uno dei centri diurni autorizzati e non accreditati, con sede nell'Ambito distrettuale.

ART. 2 - DESTINATARI E REQUISITI DI ACCESSO

Possono presentare domanda i soggetti, o loro familiari, parzialmente o totalmente non autosufficienti in possesso della certificazione di invalidità e appartenenti alle seguenti categorie:

- a) *persone con disabilità non autosufficienti (per il servizio SAD/ADI assistenza domiciliare);*
- b) *persone con disabilità per il servizio CENTRI DIURNI presenti nell'Ambito distrettuale di Spilinga.*

Sono requisiti generali di partecipazione:

- il possesso della cittadinanza italiana;
- nel caso di cittadino straniero, il possesso del permesso di soggiorno;
- la residenza in uno dei comuni dell'ambito territoriale;

ART. 3 - SERVIZI PREVISTI

I servizi di cui al presente avviso sono di due tipologie:

A. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Cura dell'igiene personale o vestizione; aiuto nella somministrazione dei pasti e/o assunzione dei cibi; mobilitazione delle persone non autosufficienti; cura delle condizioni igieniche generali dell'alloggio di semplice attuazione; accompagnamento a visite mediche e accesso ai servizi (con mezzo dell'assistito); assistenza per la corretta esecuzione di prescrizioni farmacologiche e mediche in genere; aiuto per la prevenzione delle piaghe da decubito e cambio di piccole ferite, in collaborazione con il medico curante; partecipazione ad attività ricreativo - culturali del territorio o promosse da servizi Comunali; interventi volti a favorire la socializzazione con vicini e parenti o nell'ambito dei servizi diurni comunali.

B. FREQUENZA DI CENTRI DIURNI PER DISABILI

I beneficiari dei voucher potranno utilizzarlo per frequentare un Centro diurno per disabili presente nell'Ambito distrettuale di Spilinga e autorizzato al funzionamento dalla Regione Calabria. Le prestazioni che saranno erogate dal Centro Diurno sono: assistenza di base alla persona, attività motoria programmata; attività di animazione e di socializzazione; iniziative socio-culturali; supporto sociale; attività formativo-educazionali rivolte ai familiari e ai caregiver sulle modalità di assistenza;

ART. 4- MODALITA' DI PRESENTAZIONE DOMANDE

I richiedenti devono far pervenire la domanda di ammissione entro il 25/09/2019, all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza, con allegati i documenti obbligatori di seguito specificati:

1. Istanza di partecipazione, compilata utilizzando l'apposito modello predisposto dall'Ambito, sottoscritta dall'interessato, da un familiare o dal tutore, allegando documento di riconoscimento in corso di validità di entrambi i soggetti; **(Allegato A)**
2. Certificazione attestante la situazione di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3, o dell'art.1 comma 3 della legge 104/92, o certificazione di invalidità rilasciata dalla commissione medica;
3. Attestazione ISEE della persona da assistere in corso di validità;
4. Autocertificazione dello stato di famiglia della persona da assistere;
5. Fotocopia del documento di identità del beneficiario e del richiedente;
6. Eventuale decreto di tutela o di curatela o di amministratore di sostegno;
7. Altre certificazioni mediche ritenute utili, da parte dell'utente, per l'attivazione del servizio.

N.B. Non verranno valutate domande con documentazione carente rispetto a quanto previsto nel presente articolo.

Per assistenza alla compilazione della domanda ci si può rivolgere agli uffici Servizi Sociali presso i Comuni dell'Ambito. Inoltre i suddetti uffici, previa sommaria verifica della documentazione idonea per l'accesso al servizio richiesto, provvederanno a trasmettere le domande ricevute, all'Ufficio di Piano del Comune Capofila di Spilinga.

La domanda può essere presentata dal beneficiario, da un familiare, o da chi ne cura gli interessi. Nella domanda di attivazione il richiedente dovrà specificare la tipologia di servizio richiesto: assistenza domiciliare o frequenza del centro diurno.

ART. 5. CRITERI DI VALUTAZIONE

Le domande pervenute e ammissibili verranno valutate applicando i seguenti criteri:

Criteri		Punti
1	Soggetti in possesso della certificazione medica prevista dall'art.3, comma 3, della legge 104/92.	10
2	Soggetti in possesso della certificazione medica prevista dall'art.3, comma 1, della legge 104/92.	8
3	Soggetti con invalidità superiore al 76% ed inferiore al 100%, sprovvisti della certificazione medica prevista dalla legge 104/92 ma in possesso di adeguate certificazioni specialistiche.	6
Punteggi da aggiungere al punteggio attribuito alla certificazione medica		
Soggetti non autosufficienti soli		5
Soggetti non autosufficienti nel cui nucleo sono presenti familiari		3

Verrà redatta una graduatoria unica per l'Ambito Territoriale a cura dell'Ufficio di Piano. In caso di parità di punteggio sarà data precedenza al valore ISEE inferiore;

Per ciascun soggetto fruitore del servizio sarà redatto da parte degli assistenti sociali dell'Ambito territoriale un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) contenente:

- le prestazioni da erogare;
- la cadenza e la durata delle prestazioni;
- le figure professionali da impegnare;
- il programma degli incontri periodici di valutazione dell'intervento assistenziale.

Le domande pervenute oltre il termine sopraindicato verranno inserite in lista d'attesa e valutate subordinatamente alla possibilità di attivazione del servizio. Le richieste verranno evase:

- a) se vi è la disponibilità di ulteriori disponibilità di risorse finanziarie.
- b) subentro ad utenti in carico, conseguentemente a decessi, rinunce, ricoveri, cambi di residenza

ART. 6 CESSAZIONE DEL SERVIZIO

Il servizio di assistenza domiciliare cessa nei seguenti casi:

- a) Richiesta scritta da parte dell'assistito;
- b) Il superamento delle condizioni che hanno consentito l'attivazione del servizio, il ricovero dell'utente in struttura o casa di riposo e il decesso dello stesso;
- c) L'assenza ingiustificata e reiterata, per almeno 3 volte, dell'utente dal proprio domicilio nelle ore concordate per l'erogazione del servizio;
- d) In caso di assenze prolungate dell'utente (un mese o più, escluso i ricoveri) senza preavviso;
- e) Qualora venga meno il rispetto dell'utente nei confronti dell'operatore (molestie, aggressioni, anche verbali, minacce, richiesta di denaro per eventuali acquisti, etc.);
- f) Nel caso in cui l'utente richieda all'operatore prestazioni non previste dal PAI.;
- g) Mancata comunicazione delle variazioni reddituali e/o patrimoniali.

ART. 7 - CONTROLLO

Ai sensi di quanto previsto all'art.71 del D.P.R.445/2000, laddove sussistano dubbi sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive prodotte, saranno effettuati controlli sulle stesse, anche a campione.

In caso di dichiarazioni mendaci, esibizione di atti contenenti dati non rispondenti a verità, si richiama quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R.445/2000. Ferma restando la responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

ART. 8 - TUTELA DELLA PRIVACY

I dati di cui i Comuni entreranno in possesso a seguito del presente avviso saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni dettate dal D. Lgs. N 196/2003 e ss.mm. Responsabili del trattamento dati saranno i responsabili dei servizi sociali dei Comuni dell'Ambito.

ART. 9- CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

Il Comune Capofila di Spilinga si riserva la facoltà, a suo insindacabile giudizio, di revocare, modificare o annullare il presente Avviso pubblico, qualora ne ravvedesse l'opportunità per ragioni di pubblico interesse, senza che per questo i soggetti richiedenti possano vantare dei diritti nei confronti dello stesso Comune o Ambito.

Spilinga, 04/09/2019

La Responsabile dell'Ufficio di Piano
F.to Rag. Eleonora Dotro



Il Commissario Straordinario-Presidente
F.to Dott.ssa Rosa Maria Luzzà

Allegato A

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO
SERVIZI DI SUPPORTO ALLA DOMICILIARITÀ PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
- FNA 2014, DGR 464/2015, CUP D81H18000220005-

Specificare il servizio a cui accedere (barrare con una X)

- ☐ **SAD/ADI** - ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO-ASSISTENZIALE, INTEGRATA E NON, ALL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA;
- ☐ **CENTRI DIURNI** - ACQUISTO DI SERVIZI PER LA FREQUENZA DI CENTRI DIURNI AUTORIZZATI E NON ACCREDITATI.

Al Comune/Punto Unico di Accesso di _____

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Nato a _____ il _____ Residente a _____

CAP _____ Provincia _____ Via _____ n. _____

Email _____ tel. _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

in qualità di

☐ DIRETTO INTERESSATO

Ovvero

☐ FAMILIARE - Grado di parentela _____

☐ TUTORE nominato con decreto n. _____ del _____

☐ CURATORE nominato con decreto n. _____ del _____

☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO nominato con decreto n. _____ del _____

Del signor (cognome e nome) _____

Nato a _____ il _____ Residente a _____

CAP _____ Provincia _____ Via _____ n. _____

Email _____ tel. _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDE L'ammissione al servizio sopra specificato ed a tal fine, ai sensi dell'artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28 .12.2000, n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e 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

che il beneficiario risulta **(barrare con una X)**:

- ☐ Persona in situazione di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92;

- Persona in situazione di handicap ai sensi dall'art.3, comma 1, della legge 104/92;
- Persona con invalidità superiore al 76% ed inferiore al 100%, sprovvisti della certificazione medica prevista dalla legge 104/92 ma in possesso di adeguate certificazioni specialistiche;
- Persona non autosufficiente sola;
- Persona non autosufficiente nel cui nucleo sono presenti familiari;

Inoltre, che il beneficiario risulta **(barrare con una X)**:

- titolare di indennità di accompagnamento;
- beneficiario di altri servizi erogati dal Comune o da altro Ente pubblico/privato
(_____);

Che il valore ISEE in corso di validità ammonta ad € _____;

Qualora la presente richiesta sia valutata positivamente

SI IMPEGNA

- a sottoscrivere, previa sua condivisione, il progetto assistenziale individuale (PAI) predisposto a seguito di valutazione;
- a comunicare tempestivamente per iscritto, agli uffici competenti, ogni variazione riguardante situazioni personali e/o familiari, che modifichino le dichiarazioni rese nella presente domanda, nonché eventuali rinunce al servizio o sospensioni temporanee;

AUTORIZZA

Gli Uffici dell' Ambito Territoriale-26, deputati all'attivazione dei Servizi:

- al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 196/2003 "Codice in materia dei dati personali " e successive integrazioni;
- alla visita domiciliare dell'assistente sociale assegnato al caso, qualora necessaria al perfezionamento del procedimento istruttorio;
- alla rilevazione di tutti i dati necessari alla valutazione multidimensionale (scheda di valutazione sociale) da parte di tutti gli operatori ad ogni titolo coinvolti nell'esame della presente istanza.

ALLEGA:

1. Certificazione attestante la situazione di handicap ai sensi dell'art. 3 comma 3, o dell'art.1 comma 3 della legge 104/92, o certificazione di invalidità rilasciata dalla commissione medica;
 2. Attestazione ISEE della persona da assistere in corso di validità;
 3. Autocertificazione dello stato di famiglia della persona da assistere;
 4. Fotocopia del documento di identità del beneficiario e del richiedente;
 5. Eventuale decreto di tutela o di curatela o di amministratore di sostegno;
 6. Eventuali altre certificazioni mediche ritenute utili, da parte dell'utente, per l'attivazione del servizio.
- Come previsto dall'art. 4 del Bando, non verranno valutate le domande con documentazione carente rispetto a quanto espressamente richiesto.

Luogo e data, _____

Firma
