



programma nazionale  
**SERVIZI DI CURA**  
all'infanzia e agli anziani  
non autosufficienti  
AUTORITÀ DI GESTIONE



## DISTRETTO SOCIO SANITARIO 39

Comune di BAGHERIA Ente Capo fila

ALTAVILLA MILICIA – CASTELDACCIA – FICARAZZI – SANTA FLAVIA

### AVVISO PUBBLICO

Decreto n. 4308/PAC del 21/07/2023

#### PROGRAMMA NAZIONALE SERVIZI DI CURA AGLI ANZIANI ULTRASESSANTACINQUENNI NON AUTOSUFFICIENTI “AZIONI DI RAFFORZAMENTO TERRITORIALI ASSISTENZA DOMICILIARE NON INTEGRATA CON L’A.D.I.

Visto il decreto n.4308/PAC del 21/07/2023 con il quale è stato approvato il piano di finanziamento di € 342.209,41 per Piano di Azione e Coesione per erogazione di Servizio assistenza agli Anziani;

Si rende noto che si intende attivare il servizio di assistenza domiciliare non integrata con l’Assistenza Sanitaria in favore di 82 anziani residenti nel distretto

#### DESTINATARI

Il servizio è rivolto ad utenti ultrasessantacinquenni non autosufficienti senza adeguato supporto familiare, che non necessitano di prestazioni sanitarie domiciliari, ma che richiedono un supporto per lo svolgimento di alcune funzioni della vita quotidiana residenti nei cinque Comuni del Distretto Socio Sanitario 39 (Bagheria, Altavilla Milicia, Casteldaccia, Ficarazzi e Santa Flavia)

#### OGGETTO DEL SERVIZIO

Le prestazioni riguardano: cura e igiene alla persona, sistemazione ed igiene dell’alloggio, aiuto nella preparazione e assunzione dei pasti, aiuto nella mobilità e nella deambulazione, aiuto nella corretta assunzione dei farmaci prescritti, disbrigo pratiche e collaborazione nelle necessità quotidiane che aiutano l’anziano a migliorare la propria autonomia e sicurezza.

Ai beneficiari sarà attribuito un buono di servizio per l’acquisto delle prestazioni domiciliari di 5 ore settimanali (3 ore di OSS e 2 ore di OSA).

#### MODALITÀ DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

Il Servizio verrà erogato dagli Enti accreditati dal Distretto Socio Sanitario n.39, su scelta del beneficiario e/o dal familiare di riferimento, al momento della redazione del PAI

#### MODALITÀ DI RICHIESTA

L’anziano che intende usufruire del Servizio (o un suo familiare) presenta istanza **entro il 10 GENNAIO 2024** corredata da valido documento di identità, modello ISEE e certificato di medicina generale attestante la non autosufficienza presso l’ufficio protocollo del proprio comune di residenza, dove l’assistente sociale preposto effettuerà il colloquio e la valutazione per l’accesso al servizio;

La richiesta può essere inoltrata in alternativa via PEC [protocollo@pec.comune.bagheria.pa.it](mailto:protocollo@pec.comune.bagheria.pa.it)

Il servizio può essere richiesto esclusivamente da un componente del nucleo familiare.

#### REQUISITI DI ACCESSO:

Requisito economico: La situazione economica complessivamente determinata dall’I.S.E.E., con riguardo alla famiglia anagrafica, non deve superare l’importo annuo del trattamento minimo pensione INPS (valore di riferimento per le pensioni 2023 – circolare INPS n.135 del 22/11/2022- €7.328,62)),

- maggiorato del 50% in caso di unico componente il nucleo familiare quindi € 10.992,93
- maggiorato del 100% nel caso di due componenti il nucleo familiare quindi € 14.657,24
- maggiorato dell’ulteriore 35% per ogni componente minore o adulto oltre il secondo.

Requisito di condizione sociale: gli assistenti sociali avranno cura di verificare

- l’autonomia della persona
- capacità di gestione della propria abitazione
- il tessuto sociale
- accessibilità ai servizi

## GRADUATORIA DI ACCESSO

Verrà predisposta apposita graduatoria per l'ammissione al servizio secondo i sottoelencati criteri:

CRITERI DI VALUTAZIONE	PUNTEGGIO	PUNTEGGIO ATTRIBUITO
<b>Età del richiedente</b>		
Per ogni anno superato il 65° anno di età punti 0,5	0,5 * n. anni	
<b>Condizioni sanitarie dell'anziano</b>		
Invalido dal 67% al 100%	2	
Invalido al 100% con indennità di accompagnamento	3	
<b>Cura e igiene della persona</b>		
Scarsa	4	
Insufficiente	3	
Sufficiente	2	
Buona	1	
<b>Situazione nucleo convivente</b>		
Anziano solo senza familiare residenti nel Distretto Socio Sanitario 39	5	
Anziano solo con familiari residenti nel Distretto Socio Sanitario 39	2	
Anziano con coniuge o familiare non autosufficiente	10	
Anziano con coniuge o familiare in grado di accudimento	2	
<b>Giudizio sintetico dell'Assistente Sociale</b>		
Eventuali indicatori individuati dall'Assistente Sociale	Fino a 10 punti	

A parità di punteggio verrà data precedenza nell'ordine:

- Anziano solo
- Al più anziano
- Al reddito ISEE più basso

L'accesso al servizio è subordinato al pagamento di una quota di compartecipazione di € 12,00 da versare al comune capofila prima dell'attivazione dei servizi.

### CESSAZIONE DEL SERVIZIO

Il servizio di cui al presente avviso cessa con scorrimento di graduatoria ed inserimento in assistenza fino al completamento del fondo iniziale in caso di:

- Decesso del beneficiario
- Accoglienza in strutture residenziali
- Trasferimento della residenza in comune non appartenente al Distretto Socio Sanitario 39;
- Rinuncia per iscritto da parte del beneficiario o di un suo familiare.

Per ulteriori informazioni rivolgersi agli sportelli del Servizio Sociale Professionale dei Comuni di Bagheria, Altavilla Milicia, Casteldaccia, Ficcarazzi e Santa Flavia.

Il Dirigente Direzione II – Politiche Sociali  
Nella qualità di Coordinatore dell'Ufficio Piano del Distretto Sociosanitario 39  
*Dott.ssa Laura Picciurro*

**CITTÀ DI BAGHERIA**  
**ENTE CAPOFILA DISTRETTO SOCIO SANITARIO 39**  
**AREA SOCIALE - DIREZIONE XII**

**ISTANZA DI ACCESSO**

PROGRAMMA NAZIONALE SERVIZI DI CURA AGLI ANZIANI ULTRA Sessantacinquenni NON  
AUTOSUFFICIENTI "AZIONI DI RAFFORZAMENTO TERRITORIALI  
**ASSISTENZA DOMICILIARE NON INTEGRATA CON L'A.D.I.**

Alla Direzione II- Politiche Sociali del Comune di Bagheria  
per il tramite del Comune di \_\_\_\_\_

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente in via / Piazza  
\_\_\_\_\_

Nr \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

In qualità di ( convivente, figlio/a, conoscente,  
altro \_\_\_\_\_

Chiede l'attivazione del Servizio di assistenza Domiciliare non Integrata con l'Assistenza sanitaria in favore  
di

- Se stesso
- Per conto di

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

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi, sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita di benefici eventualmente conseguiti ( articoli 75 e 76 del DPR 445/2000); sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- |  |   |
|--|---|
|  | Anziano solo senza familiare residenti nel Distretto Socio Sanitario 39 |
|  | Anziano solo con familiari residenti nel Distretto Socio Sanitario 39   |
|  | Anziano con coniuge o familiare non autosufficiente                     |
|  | Anziano con coniuge o familiare in grado di accudimento                 |

Si allega:  
Fotocopia di un documento di riconoscimento valido del richiedente.  
Certificazione rilasciata dal medico di Medicina generale  
Attestazione Isee

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_