

AVVISO PUBBLICO PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE - ANNO 2016/17

Art.1 - FINALITÀ E DURATA

Il presente avviso pubblico si pone quale obiettivo quello d'individuare aspiranti beneficiari al servizio di assistenza domiciliare erogato a favore di persone bisognose di sostegno psico-sociale, cura della persona (preparazione dei pasti, riordino della casa, lavaggio biancheria) residenti nei Comuni di Modugno, Bitetto e Bitritto.

Il servizio è alternativo e non aggiuntivo al servizio di assistenza integrata (ADI), ha durata inderogabile di un anno solare a partire dalla data di attivazione e non può superare le n.5,5 ore settimanali per ciascun nucleo preso in carico salvo differente previsione autorizzata per particolari esigenze dal Servizio Sociale Professionale.

L'attribuzione del monte ore settimanale per ciascuna istanza ammissibile e la durata del servizio sono assegnati a discrezione del Servizio Sociale Professionale che opera quale commissione tecnica.

Il servizio viene interrotto anticipatamente per violazione del patto di collaborazione tra l'utente e l'assistente sociale o per mancata erogazione della quota di compartecipazione, ove dovuta, per più di n.2 mensilità.

Art.2 - TIPOLOGIE DI AIUTO

Il servizio SAD è rivolto a persone bisognose di assistenza domiciliare sociale in possesso di residenza in uno dei tre Comuni dell'Ambito territoriale (Modugno, Bitetto e Bitritto) e prevede, nel rispetto del capitolato d'appalto mediante il quale viene espletato il servizio: aiuto domestico: pulizia e riassetto degli ambienti domestici, comprendente la pulizia ordinaria dei locali e degli arredi (pavimenti, vetri, servizi igienici, rifacimento letto) riordino di indumenti, lavaggio biancheria preparazione pasti presso il domicilio dell'utente approvvigionamento degli alimenti e dei generi di consumo necessari; aiuto nella deambulazione e negli atti della vita quotidiana; supporto socio-relazionale: compagnia e ascolto, disbrigo piccole pratiche, sostegno e stimolo alla partecipazione ad attività di socializzazione.

Il servizio di telesoccorso è rivolto a persone bisognose di assistenza domiciliare sociale in possesso di residenza in uno dei tre Comuni dell'Ambito territoriale (Modugno, Bitetto e Bitritto) ma che per varie ragioni non necessitano della presenza dell'operatore domiciliare oppure necessitano di un monitoraggio e ascolto telefonico costante in quanto si trovano in situazione di solitudine/mononucleo familiare.

La rete di volontariato individuata dall'operatore economico gestore del servizio e/o dall'Ufficio di Piano supportano gli utenti presi in carico per attività non complesse e sempre relative all'assistenza domiciliare.

Art.3 – DESTINATARI, REQUISITI DI ACCESSO, PARTECIPAZIONE ALLA SPESA

In conformità alla normativa nazionale e regionale l'istanza di accesso al servizio domiciliare può essere presentata a favore di:

- a) Anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti che vivono in situazione anagrafica di solitudine
- b) Nuclei familiari in condizione di complessità assistenziale con accertata presenza nel nucleo familiare di : b.1) disabili psichici; b.2) disabili fisici non autosufficienti;

Gli aspiranti beneficiari all'accesso al servizio di assistenza domiciliare, qualora selezionati e definita la proposta di PAI partecipano al costo della prestazione "SAD" (che prevede la presenza fisica di un operatore professionalmente qualificato) nella misura appresso indicata, sulla base del valore dell'ISEE

- a. valore dell'ISEE da zero fino ad € 3.000 non compartecipa alla spesa;
- b. valore dell'ISEE compreso tra € 3.001 e € 5.000 compartecipa alla spesa con _0,50_ euro per ogni ora di servizio;
- c. valore dell'ISEE compreso tra € 5.001 e € 7.000 compartecipa alla spesa con _1_ euro per ogni ora di servizio;
- d. valore dell'ISEE compreso tra € 7.001 e € 9.000 compartecipa alla spesa con _1,5_ euro per ogni ora di servizio;

- e. valore dell'ISEE compreso tra € 9.001 e € 11.000 compartecipa alla spesa con 2 euro per ogni ora di servizio;
- f. valore dell'ISEE compreso tra € 11.001 e € 13.000 compartecipa alla spesa con 2,5 euro per ogni ora di servizio;
- g. valore dell'ISEE compreso tra € 13.001 e € 16.000 compartecipa alla spesa con 3 euro per ogni ora di servizio;
- h. valore dell'ISEE compreso tra € 16.001 e € 19.000 compartecipa alla spesa con 3,5 euro per ogni ora di servizio;
- i. valore dell'ISEE compreso tra € 19.001 e € 22.000 compartecipa alla spesa con 4 euro per ogni ora di servizio;
- j. valore dell'ISEE compreso tra € 22.001 e € 25.000 compartecipa alla spesa con 5 euro per ogni ora di servizio;
- k. valore dell'ISEE compreso tra € 25.001 e 28.000 compartecipa alla spesa con 7 euro per ogni ora di servizio;
- l. valore dell'ISEE oltre € 28.000 compartecipa alla spesa con 10 euro per ogni ora di servizio;

Le altre due tipologie d'aiuto di cui all'art.2 s'intendono gratuite e destinate esclusivamente a favore di anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti che vivono in situazione anagrafica di solitudine e con un ISEE fino ad euro 5.000.

L'erogazione della compartecipazione per il servizio SAD sarà versata a favore del Comune di Modugno con apposito bollettino postale e in ratei bimestrali secondo modalità che saranno comunicate al momento dell'attivazione del servizio.

Art.4 - CRITERI DI VALUTAZIONE E ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

I criteri di valutazione delle domande di ammissione al Servizio di Assistenza Domiciliare sono i seguenti e fanno riferimento alla data di presentazione della domanda:

A) Età: dal 66° anno al 70° = **5 punti** dal 71°anno al 76° = **6 punti**; dal 77°anno al 84° = **7 punti**; dal 85° anno in poi = 8 punti di base più 1 punto per ogni anno successivo;

B) Condizioni familiari: anziano che vive **solo e senza figli** maggiorenni non disabili = 10 punti;
 compresenza **più soggetti affetti da patologie di carattere psichiatrico (attestato da certificazione medica)** = 5 punti per ogni soggetto nel nucleo affetto da predetta patologia;
 anziano che vive **solo e con figli** maggiorenni non disabili **fuori comune di residenza** = 9 punti;
 anziano **con coniuge e senza figli** maggiorenni non disabili = 8 punti;
disabile che vive con genitori entrambi pensionati o altri componenti affetti da patologia invalidante = 8 punti;
disabile con meno di sessantacinque anni che vive in un nucleo familiare in stato d'indigenza sociale (attestato dall'assistente sociale) = 8 punti;
 anziano **con coniuge di età compresa dai 65 a 80 anni d'età e con figli** maggiorenni non disabili **fuori comune di residenza** = 6 punti;
 anziano **con coniuge oltre gli 80 anni d'età e con figli** maggiorenni non disabili **fuori comune di residenza** o senza figli = 8 punti;
 anziano che vive **solo con figli** maggiorenni non disabili **nel comune di residenza** = 4 punti;
 anziano con coniuge e con figli maggiorenni non disabili nel comune di residenza = 2 punti

C) Possesso certificato (in corso di validità) di invalidità al 100% = punti 10 o, in alternativa **Presenza di uno o più soggetti affetti da patologie invalidanti superiori a 2/3 accertata dal certificato d'invalidità** = 3 punti

D) Gravità della condizione di non autosufficienza valutata dal medico di famiglia (MMG) secondo l'allegato alla domanda di partecipazione :

Indice di Barthel totale ≥ 90 = punti 20

Indice di Barthel totale compreso tra 89 e 70 = punti 18

Indice di Barthel totale compreso tra 69 e 50 = punti 15

Indice di Barthel totale compreso tra 49 e 40 = punti 5

Indice di Barthel totale < 40 = punti 0

E) Valore dell' ISEE del nucleo familiare:

non superiore ad € 3.000	punti 10;
tra € 3.001 e 7.000	punti 9;
tra € 7.001 e 8.000	punti 8;
tra € 8.001 e 9.000	punti 7;
tra € 9.001 e 10.000	punti 6;
tra € 10.001 e 11.000	punti 5;
tra € 11.001 e 12.000	punti 4;
tra € 12.001 e 13.000	punti 3;
tra € 13.001 e 14.000	punti 2;
tra € 14.001 e 15.000	punti 1;
oltre € 15.000	punti 0.

2. A parità di punteggio la precedenza in graduatoria è data: 1) dall'ISEE più basso 2) dalla maggiore età tra i richiedenti con parità ISEE; Il partecipante dovrà allegare alla domanda tutta la documentazione richiesta dal presente avviso pubblico a pena della non ammissione o mancata valutazione del punteggio per impossibilità oggettiva alla valutazione del punteggio richiesto.

3. Per la formazione della graduatoria non sono presi in considerazione nel nucleo i figli minorenni o inabili, in quanto si presuppone che non siano in grado di ovviare ai bisogni dei genitori.

4. All'esaurirsi del monte ore utilizzato dalla commissione giudicatrice, gli aspiranti beneficiari con un punteggio inferiore o quelli che presenteranno istanza successivamente alla data di scadenza dell'avviso saranno inseriti in lista d'attesa che conserva validità di un anno e comunque fino all'approvazione di una nuova graduatoria.

5. L'Ambito si riserva una quota di servizio pari al 3% del monte ore massimo disponibile per coprire in via d'emergenza e massimo per n.1 mese il servizio a favore di persone in improvviso e grave stato di bisogno come da relazione dettagliata e documentata dal Servizio Sociale Professionale.

Art. 5 - MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare dovrà essere compilata utilizzando il modulo allegato al presente Avviso. La domanda dovrà essere presentata, preferibilmente a mani, entro il termine di scadenza, presso la Porta Unica di Accesso (sita a Modugno alla via Paradiso presso l'ASL BA DSS n.9) o presso i Punti Territoriali della stessa presenti presso i Servizi Sociali di Bitetto e Bitritto. Nel caso in cui non fosse scelta la modalità di consegna della domanda a mani farà fede la data di trasmissione della domanda via raccomandata a/r all'indirizzo: Ufficio di Piano Comune di Modugno, P.za del Popolo Modugno (BA).

Le domande devono essere presentate entro le ore 12.00 del giorno 30 GIUGNO 2016

Le istanze pervenute successivamente alla data di scadenza saranno inserite in una lista d'attesa.

**Art. 6 - ISTRUTTORIA, FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA
E AMMISSIONE AL SERVIZIO**

Ai fini della valutazione delle reali condizioni rappresentate in sede di presentazione dell'istanza, l'Ufficio di Piano provvede a richiedere la convocazione di una commissione giudicatrice composta da un assistente sociale per ciascun comune che esamina i singoli casi e attribuisce il relativo punteggio.

Successivamente il Responsabile del Procedimento insieme alla commissione giudicatrice provvederà all'istruttoria della documentazione regolarmente pervenute ed alla formazione della Graduatoria unica di Ambito mediante l'applicazione dei punteggi come sopra riportati, per la valutazione di ciascuna domanda.

Il responsabile del procedimento pubblicherà la graduatoria tenendo conto delle domande alla data di scadenza del presente Avviso nonché dei limiti normativi in materia di *privacy*.

La graduatoria acquista la sua efficacia con la pubblicazione nell'albo pretorio del Comune di Modugno (Ente capofila).

Ove il numero delle istanze ecceda la disponibilità delle risorse orarie, verrà formata una lista d'attesa.

La graduatoria è approvata con provvedimento del Responsabile dell'Ufficio di Piano.

Ai soli beneficiari viene data anche comunicazione dell'avvenuta ammissione al servizio.

In caso di più istanze da medesimo nucleo familiare sarà ammessa l'istanza col punteggio più alto in quanto trattandosi di prestazione domiciliare, il servizio prende in carico il nucleo familiare nel suo insieme. L'ammissione al servizio può aver luogo anche successivamente alla data di scadenza del presente avviso con l'inserimento in lista d'attesa e nei limiti delle risorse finanziarie che risulteranno successivamente, ed eventualmente, disponibili. Il beneficiario s'impegna a comunicare tempestivamente, direttamente o tramite un parente: l'eventuale ricovero in ospedale, istituto di riabilitazione o struttura residenziale o decesso e/o eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità di cure domiciliari.

Art. 7 - DOCUMENTAZIONE

Alla domanda di attivazione del servizio dovrà essere allegata, a pena di improcedibilità della domanda, l'attestazione ISEE di validità temporale relativa ai redditi percepiti nell'anno precedente la data della presentazione della domanda, fotocopia documento d'identità del richiedente in corso di validità.

Ai fini della valutazione dell'istanza e l'attribuzione dei punteggi di cui sopra faranno fede:

- Verbali delle Commissioni Sanitarie (invalidità civile, L. n. 104/1992);
- Certificato elaborato dal MMG (medico di famiglia) secondo lo schema allegato alla domanda di partecipazione per valutare l'Indice di Barthel e disponibile presso la PUA/PIT;
- Attestato dell'assistente sociale relativamente al punteggio per disabile con meno di sessantacinque anni che vive in un nucleo familiare in stato d'indigenza sociale;
- Certificati medici attestanti patologie psichiatriche;

Controlli

L'Ufficio di Piano nell'ambito delle attività di verifica delle autocertificazioni di avvarrà dell'Ufficio anagrafe dei tre comuni coinvolti nonché dell'anagrafe INPS. Il servizio sociale professionale o il servizio di segretario sociale possono provvedere, attraverso una visita domiciliare/altro alla verifica dei requisiti.

Art. 8 – INFORMAZIONI, CHIARIMENTI, RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO

I cittadini interessati al servizio e/o loro familiari possono ottenere maggiori informazioni, richiedere copia del presente avviso, della modulistica allegata nonché avere supporto alla compilazione della stessa rivolgendosi alla Porta Unica di Accesso sita a Modugno alla via Paradiso presso l'ASL BA DSS n.9. (tel. 080.5843158) o ai Punti Territoriali della stessa presenti presso i Servizi Sociali di Bitetto in p.za Moro (tel. 080.3829262) e Bitritto via Bellino (tel. 080.3858267).

Ai sensi della L.241/90 ss.mm.ii. responsabile unico del procedimento è il Dott. Arturo Carone – Responsabile dell'Ufficio di Piano Comune di Modugno. Contatto mail: a.carone@comune.modugno.ba.it
Il presente provvedimento viene approvato con Deliberazione C.I. n. 13 del 17/05/16 e presa d'atto con Determinazione del Responsabile di Servizio n. UDP/129 del 18/05/16.

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA
DOMICILIARE (SAD) - ANNO 2016/17**

All'Ufficio di Piano

c/o PORTA UNICA ACCESSO (PUA)
sita a Modugno (alla via Paradiso) presso
l'ASL BA DSS n.9. o
PUNTI INFORMATIVI TERRITORIALI(PIT)
presenti presso i Servizi Sociali di Bitetto
(in p.za Moro) e Bitritto (via Bellino)

Il/La sottoscritto/a (*Cognome e Nome*) _____ ,
nato/a a _____ (_____) il ____ / ____ / ____
anni compiuti (espressi a numero) _____, residente a _____ (____) alla via
_____ n. civico _____ domiciliato/a a _____ (____), in via _____ n. _____,
Codice Fiscale _____ n. telefono _____ / _____ cell. di un
parente/familiare _____ e-mail di un parente/familiare _____,

CHIEDE

- per se stesso
 per il tramite di _____
grado di parentela _____ recapito telefonico _____

l'ammissione al servizio disciplinato dall'avviso pubblicato dal Comune di Modugno (Ente capofila d'Ambito) nello specifico richiede di poter usufruire del/dei seguente/i servizio/i di assistenza domiciliare (**barrare una o più voci tra le seguenti**):

- S.A.D. (Servizio di Assistenza Domiciliare con operatore domiciliare professionalmente qualificato e per almeno un'ora settimanale);
- Servizio ascolto telefonico e telesoccorso (che prevede l'attivazione di un servizio di ascolto e supporto costante via telefono ma senza la presenza di fisica di un operatore);
- Supporto da parte di volontari individuati dall'operatore economico gestore del servizio e/o dall'Ufficio di Piano per lo svolgimento di attività non complesse e occasionali per l'assistenza domiciliare almeno un'ora alla settimana (es. per il disbrigo di piccole pratiche, per supportare l'anziano nella raccolta differenziata dei rifiuti);

DICHIARA

sotto la propria responsabilità (ai sensi del D.P.R. n. 445/2000), con riferimento alla persona beneficiaria della prestazione sociale, quanto segue:

- Ho preso visione e approvo in tutte le sue parti, senza riserva alcuna, l'avviso pubblico che regola l'attivazione del servizio in oggetto, m'impegno a comunicare tempestivamente, direttamente o tramite un parente: l'eventuale ricovero in ospedale, istituto di riabilitazione o struttura residenziale e/o eventuali altri motivi che facciano venir meno la necessità del servizio richiesto.**

Sono consapevole che il servizio ha durata di massimo un anno a partire dalla data di attivazione dello stesso, la durata massima e le ore attribuite sono decise insindacabilmente da una commissione giudicatrice tecnica composta da assistenti sociali e che il servizio potrà interrompersi anticipatamente per mancata erogazione della quota di compartecipazione per più di n.2 mensilità o per violazione del patto di collaborazione.

Autocertifico il nucleo familiare convivente:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA

Condizioni familiari (barrare massimo una casella) :

- anziano che vive **solo e senza figli** maggiorenni non disabili = 10 punti;
- compresenza **più soggetti affetti da patologie di carattere psichiatrico (attestato da certificazione medica)** 5 punti per ogni soggetto nel nucleo affetto da predetta patologia = punti _____
- anziano che vive **solo e con figli** maggiorenni non disabili **fuori comune di residenza** = 9 punti;
- anziano **con coniuge e senza figli** maggiorenni non disabili = 8 punti;
- disabile che vive con genitori entrambi pensionati o altri componenti affetti da patologia invalidante** = 8 punti;
- disabile con meno di sessantacinque anni che vive in un nucleo familiare in stato d'indigenza sociale** (attestato dall'assistente sociale) = 8 punti;
- anziano **con coniuge di età compresa dai 65 a 80 anni d'età e con figli** maggiorenni non disabili **fuori comune di residenza** = 6 punti;
- anziano **con coniuge oltre gli 80 anni d'età e con figli** maggiorenni non disabili **fuori comune di residenza** o senza figli = 8 punti;
- anziano che vive **solo con figli** maggiorenni non disabili **nel comune di residenza** = 4 punti;
- anziano con coniuge e con figli maggiorenni non disabili nel comune di residenza = 2 punti
- anziano **coabitante con figli** maggiorenni non disabili, parenti o **affini o con assistenza privata**/altre situazioni = 0 punti

B) che il valore ISEE Sociosanitario del nucleo familiare convivente/estratto, in corso di validità temporale è pari ad Euro _____,00;

C) di essere a conoscenza di dover comunicare tempestivamente alla PUA/PIT, per iscritto, ogni variazione relative alle condizione di salute del beneficiario;

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilite dal DPR n. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto sopra affermato corrisponde a verità.

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, dichiara di essere a conoscenza che possono essere eseguiti dei controlli nei suoi confronti e del suo nucleo familiare diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite, da confrontarsi con i dati del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Il/La sottoscritto/a, in caso di ammissione al servizio richiesto, dichiara di essere a conoscenza che sarà tenuto a partecipare alla spesa del servizio come stabilito dall'avviso pubblico;

Allega, a pena di improcedibilità della valutazione della presente istanza:

attestato ISEE del nucleo familiare in corso di validità relativo ai redditi percepiti nell'anno precedente la data della presentazione della domanda;

fotocopia documento d'identità del richiedente in corso di validità.

Allega ai fini dell'attribuzione del punteggio e consapevole che in caso di mancata presentazione della presente documentazione non si potranno attribuire i punteggi previsti:

Verbale della Commissione Sanitaria (invalidità civile, L. n. 104/1992);

Certificato medico rilasciato dal MMG (medico di famiglia) secondo lo schema tipo presente presso la PUA/PIT e attestante l'indice di *Barthel* - Certificati medici attestanti patologie psichiatriche;

Attestato dell'assistente sociale in cui si evinca che l'aspirante beneficiario è un disabile con meno di sessantacinque anni che vive in un nucleo familiare in stato d'indigenza sociale

(Data)_____

(Firma)_____

La sig.ra / il sig. _____

Autorizza l'Ufficio di Piano al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in parola, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

(Data)_____

(Firma)_____