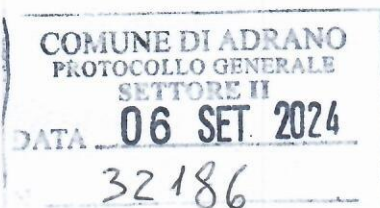




COMUNE DI ADRANO

Città Metropolitana di Catania

2° SETTORE-Servizi alla Persona



Adrano, 06/09/2024

All'Ufficio Pubblicità

E mail: pubblicita@comune.adrano.ct.it

Oggetto: Pubblicazione sulla sezione “Avvisi alla cittadinanza” e “Servizi Sociali” dell’Avviso Pubblico per **L’INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI DI PROGETTI INDIVIDUALIZZATI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DI CUI ALLA MISSIONE 5 “INCLUSIONE E COESIONE” – COMPONENTE 2 – INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITA’ E TERZO SETTORE – Sottocomponente 1 “SERVIZI SOCIALI, DISABILITA’ E MARGINALITA’ SOCIALE” – INVESTIMENTO 1.1 “SOSTEGNO ALLE PERSONE VULNERABILI E PREVENZIONE DELL’ISTITUZIONALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI” – Sub-investimento 1.1.2 AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI”**

Con la presente si chiede la pubblicazione dell’Avviso Pubblico in oggetto e dei relativi allegati con decorrenza dal **06/09/2024** sulla sezione “Avvisi alla cittadinanza” e “Servizi Sociali”.

La Responsabile del II Settore

f.to Dott.ssa Agata Rosano



Città di Adrano



Città di Biancavilla



Città di Santa Maria di Licodia

AVVISO PUBBLICO

PER L'INDIVIDUAZIONE DI BENEFICIARI DI PROGETTI INDIVIDUALIZZATI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DI CUI ALLA MISSIONE 5 "INCLUSIONE E COESIONE" – COMPONENTE 2 – INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITA' E TERZO SETTORE – Sottocomponente 1 "SERVIZI SOCIALI, DISABILITA' E MARGINALITA' SOCIALE" – INVESTIMENTO 1.1 "SOSTEGNO ALLE PERSONE VULNERABILI E PREVENZIONE DELL'ISTITUZIONALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI" – Sub-investimento 1.1.2 AUTONOMIA DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI"

Art.1 Finalità e Obiettivi

Il presente avviso mira a favorire l'autonomia delle persone anziane non autosufficienti, assicurando, in alternativa al ricovero a lungo termine in strutture residenziali pubbliche, un contesto abitativo attrezzato insieme ad un percorso di assistenza sociale e sociosanitaria integrata di tipo domiciliare, che consentano alla persona di conseguire e mantenere la massima autonomia e indipendenza.

Tutti i servizi e prestazioni da attivarsi saranno previsti all'interno del Piano Assistenziale Individuale (PAI), definito a seguito di valutazione di una equipe multidisciplinare e condiviso col beneficiario, che prevede, in linea di massima, la presenza delle seguenti figure, per un periodo massimo di 33 ore mensili:

- COORDINATORE;
- OPERATORE PSICO-SOCIALE;
- OPERATORE PER ASSISTENZA PERSONALE;
- OPERATORE PER ASSISTENZA PERSONALE SPECIALISTICA;
- OPERATORE D'AUSILIO.

Il Servizio non prevede interventi medico infermieristici di pertinenza dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), riabilitazioni specialistiche né la gestione delle risorse economiche dell'assistito.

Art. 2 Destinatari

Il servizio è rivolto, per la durata di mesi 9 (nove), a n. 100 anziani, parzialmente non autosufficienti, residenti in uno dei comuni dei Distretti Socio Sanitari sotto indicati, così suddivisi:

- N. 72 utenti per il Distretto Socio Sanitario 16 (Catania, Misterbianco, Motta S. Anastasia);
- N. 15 utenti per il Distretto Socio Sanitario 18 (Paternò, Belpasso, Ragalna);
- N. 13 utenti per il Distretto Socio Sanitario 12 (Adrano, Biancavilla, S.M. di Licodia);

Oltre al predetto requisito, per accedere al Servizio bisogna aver compiuto 65 anni di età e soffrire di almeno una patologia sanitaria cronica, debitamente certificata, che comporti una parziale (temporanea o permanente) perdita dell'autosufficienza.

Art. 3 Criteri di valutazione e formazione elenco

Alla scadenza del termine di presentazione delle domande, di seguito indicato, si procederà alla valutazione amministrativa delle stesse, al fine di verificare il possesso dei requisiti richiesti per l'ammissione al Servizio e per predisporre un **unico elenco di ammessi**, con relativo punteggio, in base ai criteri indicati nella sottostante griglia di valutazione.

ETA'	
REQUISITO	PUNTEGGIO
>80	10 punti
Da 76 anni a 80 anni compiuti	5 punti
Da 71 anni a 76 anni compiuti	3 punti
Da 65 anni a 70 anni compiuti	1 punto
STATO DI DISABILITA'/INVALIDITA'	
REQUISITO	PUNTEGGIO
Certificato di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 3	10 punti
Certificato di disabilità ai sensi della L. 104/92, art. 3, comma 1	5 punti
Certificato di invalidità tra il 74% e il 100%	3 punti
Certificato medico generico	1 punto
VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA (Indice di Barthel Modificato)	
Valutazione BIM= 100 (indipendenza)	1 punto
Valutazione da 91 a 99 (dipendenza minima)	5 punti
Valutazione da 61 a 90 (dipendenza moderata)	10 punti
Valutazione da 21 a 60 (dipendenza severa)	Non ammesso
Valutazione da 0 a 20 (totale dipendenza)	

Qualora il numero degli ammessi dovesse essere superiore ai posti disponibili, i 100 beneficiari verranno individuati rispettando le seguenti priorità:

- a parità di punteggio, avrà accesso l'utente con ISEE inferiore;
- ad ulteriore parità, avrà priorità la persona più anziana;
- al perdurare della parità, avrà priorità la persona con grado di disabilità/invalidità superiore.

Tale elenco di 100 utenti, inseriti in ordine decrescente di punteggio ottenuto, verrà diviso, mantenendo la graduatoria, in 3 elenchi relativi alla residenza in uno dei Distretti Socio Sanitari 16, 18 e 12, in base all'assegnazione di posti di cui all'art. 2.

Prima della scadenza del Servizio, verrà emesso analogo avviso a fronte del quale verrà elaborata una nuova graduatoria, per l'individuazione di altri n. 100 utenti. Se gli ammessi saranno in numero inferiore a 100, la precedente graduatoria verrà messa "in coda" a quella ottenuta, fino al raggiungimento di 100 utenze.

Art. 4 Modalità di accesso al Servizio

La domanda di ammissione, redatta esclusivamente sull'apposito modello allegato al presente Avviso, potrà essere presentata:

- dall'interessato;
- da un familiare;
- dalla persona esercente le funzioni legali di tutela dell'anziano (tutore, curatore, amministratore di sostegno);
- da altra persona che di fatto si occupa dell'anziano, con il suo consenso (es. MMG, ServioSociale, vicinato, etc.)

Tale domanda dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

1. copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e della Tessera Sanitaria di chi propone l'istanza;
2. copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e della Tessera Sanitaria del soggetto per il quale si richiede l'ammissione al Servizio;
3. allegata scheda sullo stato di salute dell'anziano, debitamente compilata e firmata dal medico curante;
4. eventuale certificazione attestante lo stato di disabilità ai sensi della L. 104/92
o, in alternativa
copia del verbale attestante l'invalidità civile e/o la disabilità (o relazione medica del medico di base)
o, in alternativa
copia del decreto di invalidità attestante un grado di invalidità pari almeno al 74%, ai sensi della L. 118/71
5. attestazione ISEE ordinario, in corso di validità, o ISEE corrente.

L'istanza, unitamente agli allegati di cui sopra, dovrà pervenire **entro e non oltre le ore 12:00 del 30/09/2024**.

L'istanza deve essere trasmessa in una delle seguenti modalità:

- a) per i residenti dei comuni del Distretto 12 (Adrano - Biancavilla – Santa Maria di Licodia):
 - tramite PEC all'indirizzo: protocollo@pec.comue.adrano.ct.it
 - consegnata a mano al Protocollo Generale del Comune di Adrano, riportante la seguente dicitura: "Domanda di inserimento a percorsi di autonomia per anziani non autosufficienti a valere sui fondi PNRR Misura 5, subinvestimento 1.1.2"

Art. 5 Trattamento dei dati personali

I dati raccolti sono trattati e conservati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", del decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 148/21 e dei relativi atti di attuazione.

Art. 6 Informazioni

Ulteriori informazioni possono essere ottenute contattando:

- **Distretto Socio Sanitario 12 (Adrano, Biancavilla, S.M. di Licodia) referente: Assistente Sociale Dott.ssa dell'Aquila Michela**

ISTANZA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a (COGNOME E NOME) _____,
nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____,
residente nel Comune di: _____ (Prov. _____)
in via _____ n. _____, tel/cell _____,
Codice Fiscale _____ ;

CHIEDE

- in qualità di beneficiario/a di essere ammesso/a alle prestazioni del progetto **PNRR -Sub- Investimento 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti** e di poter usufruire delle prestazioni di assistenza, sostegno domiciliare
in alternativa
- in qualità di: familiare convivente tutore/curatore amministratore di sostegno
 persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente (art. 4 DPR 445/2000)
 altro (specificare)

del/della Sig./Sig.ra (COGNOME E NOME) _____,
nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____,
residente nel Comune di _____
in via _____ n. _____,
Codice Fiscale _____,

che questi/a venga ammesso/a, in qualità di beneficiario/a, alle prestazioni del progetto **PNRR -Sub - Investimento 1.1.2 - Autonomia degli anziani non autosufficienti** e che possa poter usufruire delle prestazioni di assistenza, sostegno domiciliare e domotica previste dal programma.

Dichiara, altresì, che l'aspirante beneficiario/a usufruisce al momento:

- | | | |
|---|----|------------------------|
| <input type="checkbox"/> dell'assegno di cura in favore di soggetti non autosufficienti | NO | SÌ |
| <input type="checkbox"/> di altri servizi domiciliari previsti da altri Enti (INPS, Regione, etc) | NO | SÌ (specificare quali) |

Documentazione da allegare alla domanda:

- fotocopia del documento di identità, in corso di validità, e della tessera sanitaria dell'anziano/a;
- fotocopia del documento di identità e della tessera sanitaria del richiedente (se persona diversa dall'anziano/a);
- scheda sullo stato di salute dell'anziano/a (a cura del medico curante);
- eventuale certificazione di invalidità e/o disabilità;
- attestazione ISEE (socio sanitario o, in alternativa, ordinario).

Luogo e data _____

Firma

(Firma leggibile)

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a, che i dati raccolti sono trattati e conservati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", del decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 148/21 e dei relativi atti di attuazione

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità sopra indicate.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

al trattamento per le finalità dell'informativa.

N.B. La prestazione del consenso al trattamento dei dati è indispensabile per lo svolgimento dell'istruttoria finalizzata all'erogazione del contributo oggetto della domanda.

Luogo e data

Nome e cognome del richiedente

(Firma leggibile)

SCHEDA SULLO STATO DI SALUTE DELL'ANZIANO/A

(a cura del Medico curante)

Dati dell'assistito/a:

Sig./Sig.ra _____ ,

nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____ ,

Codice Fiscale _____ ,

Patologia sanitaria prevalente: (indicare solo una)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Neoplasie | <input type="checkbox"/> Cecità e Sordità |
| <input type="checkbox"/> Ictus | <input type="checkbox"/> Altre Condizioni Invalidanti Apparato Locomotore |
| <input type="checkbox"/> Demenza | <input type="checkbox"/> Condizioni Invalidanti Apparato Respiratorio |
| <input type="checkbox"/> Traumi e Fratture | <input type="checkbox"/> Condizioni Invalidanti Apparato Genito-urinario |
| <input type="checkbox"/> Malattie cardiovascolari | <input type="checkbox"/> Altre Condizioni Invalidanti Apparato Neurologico |
| <input type="checkbox"/> Incontinenza Sfinterica | <input type="checkbox"/> Sindromi Psichiatriche |
| <input type="checkbox"/> Cecità | <input type="checkbox"/> Grande Senilità |
| <input type="checkbox"/> Sordità | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |

Patologie concomitanti:

L'assistito/a usufruisce, in atto, dell'assistenza domiciliare? NO SÌ (specificare)

Osservazioni generali e/o particolari sullo stato di salute:

Scala BIM (Indice di Barthel Modificato)

Linee guida per la compilazione

- a) Deve essere registrato quello che il paziente "fa", non quello che il paziente "sarebbe in grado" di fare.
- b) Lo scopo principale è quello di stabilire il grado di indipendenza da ogni aiuto esterno fisico o verbale per quanto modesto tale aiuto sia o qualunque ne sia la ragione.
- c) La necessità di supervisione fa sì che il paziente non possa essere classificato indipendente.
- d) La performance del paziente deve essere stabilita nel modo più affidabile. Benché sia possibile basarsi su quanto riferito dai familiari o da infermieri, è sempre meglio una osservazione diretta della prestazione.
- e) Le categorie di punteggio medio implicano che il paziente fa solo il 50% dell'attività.
- f) L'uso di ausili per compiere le attività è permesso.

1. Alimentazione

- Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività, tagliare, spalmare, ecc.).
- Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.
- Capace di alimentarsi da solo ma con supervisione. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.
- Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es. cucchiaio).
- Totalmente dipendente, deve essere imboccato

2. Igiene Personale

- Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi, un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.
- In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.
- Necessita di aiuto per una o più operazioni.
- Necessita di aiuto per tutte le operazioni.
- Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.

3. Farsi il bagno o la doccia

- Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatrice completa, completamente autonomo.
- Necessita di supervisione per sicurezza (es. trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).
- Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.
- Necessita di aiuto per tutte le operazioni.
- Totalmente dipendente nel lavarsi

4. Abbigliamento

- Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corse. o una protesi.
- Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).
- Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.
- Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.
- Totalmente dipendente, non collabora alle attività

5. Trasferimenti carrozzina/letto

- Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.
- Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.
- Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.
- Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.
- Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevammati.

6. Uso del WC

- Capace di trasferirsi da/sul WC, sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).
- Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.
- Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.
- Necessita di aiuto per tutte le operazioni.
- Totalmente dipendente.

7. Continenza urinaria

- Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.).
- Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.
- Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.
- Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.
- Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.

8. Continenza intestinale

- Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.
- Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.
- Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.
- Necessita di aiuto in tutte le fasi.
- Totalmente incontinente.

9. Deambulazione

- Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 metri senza aiuto o supervisione.
- Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.
- Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.
- Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.
- Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.

10. Uso della carrozzina

(N.B. compilare questa parte solo se il paziente ha preso "0" nella precedente area "Deambulazione")

- Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere di almeno 50 m.
- Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.
- È necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.
- Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.
- Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina

11. Scale

- È in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto né supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.
- Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità
- mattutina (spasticità), dispnea ecc.
- Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.
- Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.
- DIncapace di salire e scendere le scale.

Informazioni MMC:

Cognome e Nome: _____

Tel/Cell: _____

mail: _____

Indirizzo ambulatorio: _____

Orario ricevimento:

mattina

pomeriggio

LUN	_____	_____
MAR	_____	_____
MER	_____	_____
GIO	_____	_____
VEN	_____	_____
SAB	_____	_____