

# DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D.11



*San Cataldo*



*Bompensiere*



*Milena*



*Marianopoli*



*Serradifalco*



*Montedoro*



Distretto Sanitario di San Cataldo

## P.U.A.

**(Porta Unica di Accesso alle cure domiciliari)**

ASP: Tel: 0934/506541 — e-mail — [adi\\_san\\_cataldo@asp.cl.it](mailto:adi_san_cataldo@asp.cl.it)

COMUNE CAPOFILA: Tel. 0934/511203 – 0934/511269 – [protocollo@pec.comune.san-cataldo.cl.it](mailto:protocollo@pec.comune.san-cataldo.cl.it)

***RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO SANITARIA PER DISABILI GRAVI E SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI IN CARICO ALL'ADI SANITARIA***

*Piano di Zona*

*“Programmazione 2019/2020”*

### SCHEMA DI SEGNALAZIONE ALLA P.U.A

#### PERSONA RICHIEDENTE

- Medico Curante dell'assistito       Medico del reparto ospedaliero in fase di pre-dimissione  
 Servizi Sociali       Familiari dell'assistito  
 Altri soggetti (vicinato, rete amicale, ect)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

#### SOGGETTO BENEFICIARIO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

M.M.G. \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA ,**

**CHE RICHIEDE INTERVENTI DI NATURA SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARI DI  
NATURA DOMICILIARE**

- Anziani in condizione di fragilità, nonché patologie geriatriche con limitazioni dell'autonomia;
- Anziani in dimissioni socio-sanitaria protetta da reparti ospedalieri, malati con patologie in fase terminale;
- Anziani con disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazioni dell'autonomia;
- Anziani con patologie oncologiche;
- Anziani in fase terminale non oncologici;
- Anziani portatori di malattie neuro degeneratrici/progressive in fase avanzata;
- Anziani con necessità di nutrizione artificiale;
- Anziani con necessità di supporto ventilatorio invasivo;
- Anziani in stato vegetativo e stato di minima coscienza;
- Anziani con avanzate e complicate malattie croniche.

**ACCERTATA DA:**

(che si allega)

- Commissione Medica (100% + Accompagnamento e/o L. 104/92 in situazione di gravità)
- Certificazione medico di famiglia completa dell'apposita scala di valutazione ( SVAMA), che attesta la non autosufficienza in maniera precisa e Standardizzata nei casi di situazioni invalidanti recenti

FIRMA DEL SOGGETTO RICHIEDENTE

---

***RICHIESTA AMMISSIONE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO SANITARIA PER  
DISABILI GRAVI E SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI IN CARICO ALL'ADI SANITARIA***

*previsti nel*

***Piano di Zona***

***“Programmazione 2019/2020”***

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e della decadenza dai benefici nel caso di dichiarazione non veritiera, secondo quanto disposto dall'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA:**

di essere a conoscenza che:

- ✓ Il servizio di ***“assistenza domiciliare Socio Sanitaria per disabili gravi e soggetti non autosufficienti in carico all'ADI Sanitaria”*** è reso per n° 15 ore mensili per ciascun beneficiario, la permanenza nel servizio è **determinata dal maggior bisogno sociale e sanitario individuato** dall'Unità di Valutazione Multidimensionale, e comunque non inferiore ad n. 1 mensilità. La eventuale comunicazione della sospensione del servizio, da parte del Servizio Sociale dell'Ente, per la decadenza dei criteri di ammissione del beneficiario, sarà inoltrata all'interessato entro il 5° giorno della cessazione mensile delle prestazioni sociali domiciliari;
- ✓ L'accesso al servizio è subordinato alla preventiva valutazione socio-sanitaria integrata. La valutazione viene effettuata da un team multi professionale (U.V.M.) in grado di leggere le esigenze di anziani che presentano situazioni problematiche complesse, con problematiche sanitarie non inscindibili da quelle sociali. La permanenza nel servizio è subordinata alla valutazione mensile da parte dell'U.V.M. In caso di esubero di richieste, rispetto alla disponibilità dei posti previsti, la priorità, nel caso di uguale bisogno socio-sanitario, verrà valutata dal Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza del beneficiario.
- ✓ Il servizio di assistenza domiciliare sarà reso, attraverso operatori Socio-Sanitari, OSS, da Organismi del Terzo Settore regolarmente accreditati nel Registro Unico Distrettuale, disponibili all'erogazione delle prestazioni previste nel servizio de quo, attraverso la libera scelta del beneficiario/familiare;
- ✓ L'accesso al servizio prevede l'eventuale compartecipazione dell'utente al costo del servizio, sulla base della verifica della condizione economica del richiedente e del suo nucleo familiare, effettuata secondo le disposizioni previste ai sensi dell'Art. 1 del D.A. n. 867/S7 del 15/04/2003 e/o s.m.i. – ***“Accesso agevolato ai servizi – Criteri unificati di valutazione economica”***:

*“Il servizio sarà gratuito per i soggetti la cui condizione economica complessiva del nucleo familiare di riferimento (ISE), determinata ai sensi dell'Art. 1 del D.A. n. 867/S7 del 15/04/2003 e/o s.m.i. - Accesso agevolato ai servizi – Criteri unificati di valutazione economica – non supera l'importo annuo del trattamento minimo di pensione INPS per i lavoratori dipendenti adeguato, ove spettante, alle misure fissate dallo art. 38 della Legge n. 488/200, maggiorato:*

- *del 50% nel caso in cui il soggetto richiedente è unico componente il nucleo familiare;*
- *del 100% nel caso di due componenti;*
- *dell'ulteriore 35% per ogni componente minore od adulto oltre il secondo.*
- 

*Per condizioni economiche superiori i soggetti beneficiari possono essere ammessi al servizio previa compartecipazione in misura pari al 5% del costo sostenuto dal comune per ogni € 516,46 superiore al limite per la gratuità”* – Deliberazione del comitato dei Sindaci, seduta del 02/12/2016 e recepito con G.M. n. 259 del 06/12/2016

- ✓ Di essere a conoscenza che il servizio prevede, a richiesta, l'erogazione di N° 7 ore mensili, per ciascun beneficiario, di prestazioni socio sanitarie attraverso operatori OSS, fornite dall'ASP di competenza distrettuale, se richiesti dal beneficiario/referente familiare;

Si allega alla presente i seguenti documenti:

- Copia fotostatica dell'attestazione ISEE del nucleo familiare, in corso di validità
- Copia della certificazione della Commissione Medica di accertamento dell'handicap in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, legge n. 104/1992 e/o certificazione della Commissione Medica con il riconoscimento del 100% + Accompagnamento;
- Certificazione medico di famiglia completa dell'apposita scala di valutazione ( SVAMA), che attesta la non autosufficienza in maniera precisa e Standardizzata nei casi di situazioni invalidanti recenti
- Copia fotostatica del documento di riconoscimento del richiedente e dell'anziano non autosufficiente.  
San Cataldo, \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE  
(Firma del Richiedente)

\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a acconsente che, in riferimento al D.Lgs. 101/2018 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), i dati personali inseriti nel presente modulo, siano oggetto di trattamenti quale registrazione, conservazione, elaborazione etc. da parte dell'Ufficio Politiche Sociali del comune di San Cataldo per l'uso strettamente necessario cui la presente è riferita. Il richiedente dichiara di essere a conoscenza della su citata normativa.

San Cataldo li \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE (Firma)

\_\_\_\_\_