

COMUNE DI NOLA
Provincia di Napoli



AMBITO SOCIALE N23
UFFICIO DI PIANO

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N 23

COMUNE DI COMIZIANO - c_c929

Prot: 2581 | Data & Ora: 14/07/2017 11.01 | Tipologia: Ingresso

Mittenti: pszn23@pec.comune.nola.na.it;

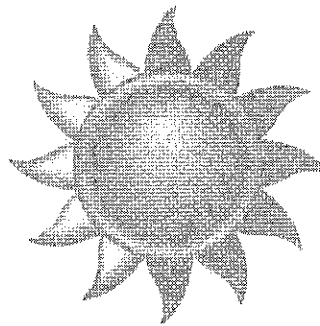


Ente Capofila
COMUNE DI NOLA

E I COMUNI DI:

**CAMPOSANO - CARBONARA DI NOLA - CASAMARCIANO - CICCIANO - CIMITILE - COMIZIANO -
LIVERI - ROCCARAINOLA - SAN PAOLO BELSITO - SAVIANO - SCISCIANO - TUFINO - VISCIANO**

“CARONTE - EMERGENZA CALDO 2017”





COMUNE DI NOLA
Provincia di Napoli



AMBITO SOCIALE N23
UFFICIO DI PIANO

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO DI PIANO

- Vista la L. n.104 del 05/02/1992 " Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";
- Vista la L. n. 328 del 08/11/2000 "Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- Vista la L.r. n.11 del 23/10/2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n.328";
- Visto il Piano Sociale Regionale 2016-2018, adottato con Deliberazione 869 del 29/12/2015;
- Visto il D.D. Regione Campania 345 del 11/10/2016;
- Visto il D.D. Regione Campania 38 del 13/06/2017 di conformità del Piano sociale di zona triennale dell'Ambito N23 – triennio 2016 - 2018;
- Visto il Regolamento di accesso al sistema locale degli interventi e servizi sociali dell'Ambito N23;
- Visto il verbale del Coordinamento Istituzionale n. 3 del 27/06/2017;
- il D.D. del Comune di Nola n°285 del 20/03/2017 di approvazione dell'Elenco degli operatori economici del Servizio di Assistenza Domiciliare anziani e disabili dell'Ambito N23, accreditati ai sensi del regolamento n. 4/14;

AVVISA

CHE E' ATTIVO IL SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE PROGETTO "CARONTE - EMERGENZA CALDO 2017"

L'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE N 23

Nell'ambito dei propri fini istituzionali e preso atto di quanto richiesto dal tavolo dei Sindaci dei Comuni dell'Ambito riuniti nel Coordinamento Istituzionale intende realizzare un Programma di assistenza domiciliare temporanea, della durata di due mesi, dal 15 luglio al 15 settembre 2017, denominato "Caronte - Emergenza caldo 2017", con l'obiettivo di prevenire i rischi legati ai periodi di innalzamento delle temperature, evitare l'isolamento e la mancanza di punti di riferimento parentale.

Il Programma sarà rivolto a persone anziane e a persone con disabilità che versano in condizioni di fragilità e isolamento sociale che presentano richiesta ai Servizi Sociali dei territori dei Comuni dell'Ambito attraverso gli sportelli di segretariato sociale.

Durata del Progetto

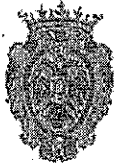
Il Progetto sarà realizzato nel periodo tra luglio, agosto e settembre e ciascun utente potrà usufruire dell'assistenza per un periodo massimo di due mesi.

Il Progetto terminerà tassativamente per tutti gli utenti arruolati il 15 settembre 2017 (a titolo di esempio: qualora un anziano/disabile sia preso in carico il 14 agosto beneficerà dell'assistenza improrogabilmente entro il 15 settembre 2017).

Destinatari

Il servizio si rivolge a soggetti residenti nei 14 Comuni dell'Ambito Territoriale N 23 bisognosi di aiuto nella gestione di sé, dell'ambiente di vita, delle relazioni e nella realizzazione di semplici attività esterne.

In particolare il servizio è destinato a:



COMUNE DI NOLA
Provincia di Napoli



AMBITO SOCIALE N23
UFFICIO DI PIANO

- anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti, ovvero parzialmente/transitoriamente non autosufficienti in possesso dei requisiti di seguito riportati;
- disabili in possesso della certificazione ai sensi della Legge n. 104/92 o di invalidità in possesso dei requisiti di seguito riportati.

In particolare i soggetti destinatari del servizio si caratterizzano per la presenza di problemi di autonomia e capacità organizzativa nella gestione di sé, nello svolgimento delle attività quotidiane e nei rapporti con il mondo esterno; in queste situazioni l'assenza o la carenza di aiuti significativi, sia parentali che della rete informale, induce la richiesta di un intervento di sostegno dei servizi ad integrazione delle cure fornite dalla rete primaria.

Obiettivi del Servizio

Prevenire i rischi legati ai periodi di innalzamento delle temperature, evitare l'isolamento e la mancanza di punti di riferimento parentali.

Descrizione delle attività

1. Interventi di assistenza domiciliare socioassistenziale per un numero presunto di sette (7) ore settimanali ad utente, 1 ora/die, garantiti da personale OSA/OSS, finalizzati a:

- Aiuto per l'igiene e la cura della persona;
- Aiuto per la pulizia della casa;
- Spesa e preparazione pasti;
- Segretariato sociale;
- Accompagno.

2. Ricoveri temporanei (max. 30 giorni) presso idonee strutture, previa valutazione dell'apposita commissione sociosanitaria istituita presso il distretto 49 dell'ASL Napoli 3 sud;

Ente titolare e gestore

Il Comune di Nola, Ente capofila, è titolare del servizio per delega dei Comuni dell'Ambito Territoriale N 23 del Piano Sociale di Zona ex Legge 328/00, e garantisce tutte le fasi inerenti la programmazione e la gestione amministrativa dell'intervento. Il gestore/i operativo del servizio di assistenza domiciliare per tutte le tipologie di destinatari, è scelto direttamente dal cittadino utente dall'Albo dei soggetti Accreditati ai sensi della normativa vigente.

I Comuni dell'Ambito:

- tramite il servizio sociale professionale e il segretariato sociale, rilevano il bisogno, attuano la Valutazione tramite la scheda di rilevazione del bisogno e ne verificano lo stato di attuazione;

Il Comune di Nola, Ente Capofila dell'Ambito N 23:

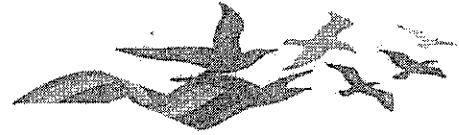
- è Ente titolare del Servizio di Pronto Intervento Sociale;

- tramite l'Ufficio di Piano, avvia i progetti di intervento, stipula il Patto di erogazione del servizio con il soggetto accreditato scelto dal beneficiario.

L'intervento di ricovero temporaneo è programmato per 5 unità nella programmazione sociosanitaria del Piano sociale di zona triennio 2013 -2015 e si attua attraverso idonee strutture, la cui scelta è demandata all'utente, in accordo con il distretto sanitario territorialmente competente.



COMUNE DI NOLA
Provincia di Napoli



AMBITO SOCIALE N23
UFFICIO DI PIANO

Requisiti di partecipazione

Il servizio è destinato agli utenti residenti in uno dei 14 comuni dell'Ambito N23 non beneficiari di altri servizi a qualunque titolo erogati dall'Ambito, in possesso dei seguenti requisiti:

- a) persone con disabilità certificata dal Servizio competente dell'Azienda Sanitaria Locale, il cui stato di disabilità è certificata secondo i criteri della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 viventi soli o i cui congiunti siano impossibilitati ad assisterli per motivi di salute;
- b) anziani (oltre 65 anni) non autosufficienti, ovvero parzialmente/transitoriamente non autosufficienti, viventi soli o i cui congiunti siano impossibilitati ad assisterli per motivi di salute;

Modalità d'accesso

Coloro che sono in possesso dei suddetti requisiti ed intendono richiedere il servizio in oggetto, dovranno rivolgersi ai Servizi Sociali/Segretariato Sociale del comune di residenza: Camposano - Carbonara Di Nola - Casamarciano - Cicciano - Cimitile - Comiziano - Liveri - Roccarainola - San Paolo Belsito - Saviano - Scisciano - Tufino - Visciano.

È prevista altresì, ai sensi del citato regolamento, la modalità di accesso su segnalazione dei servizi trattandosi di intervento di prevenzione.

Compartecipazione dell'utente al costo del Servizio

Ai sensi dell'art. 7 del citato regolamento, trattandosi di intervento relativo ad emergenza, non si applica l'ISEE;

Risorse finanziarie

Il presente programma è finanziato con gli appositi fondi di cui al Piano sociale di zona. Pertanto si applica l'art. 4 della Legge 328/2000;

Progetto di intervento

Il servizio sociale del Comune di residenza dell'utente:

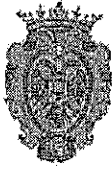
- valuta, tramite somministrazione della scheda del bisogno, la richiesta;
- comunica all'Ufficio di Piano in caso di necessità di arruolamento del soggetto;
- redige il PAI in caso di necessità di assistenza domiciliare ovvero proposta di immissione in UVI in caso di ricovero temporaneo:
 - descrizione della situazione familiare,
 - bisogni ed interventi necessari,
 - proposta operativa: attività e prestazioni da erogare, tempi ed orari di realizzazione, durata dell'intervento.

In tale sede, l'Assistente Sociale, nel caso di necessità di assistenza domiciliare, sottopone l'utente a scegliere il soggetto Gestore del servizio dall'apposito elenco predisposto dall'Ufficio di Piano.

Il Soggetto Gestore indicato sarà riportato nel PAI.

Il PAI, dopo essere stato condiviso con l'utente e la sua famiglia, verrà inviato all'Ufficio di Piano, una copia dello stesso viene conservata nella cartella dell'utente presso il servizio sociale del Comune di residenza e costituirà la base per le diverse fasi di realizzazione e verifica.

L'Assistente Sociale d'Ambito, unitamente al Coordinatore del Gestore operativo del servizio nel caso di necessità di assistenza domiciliare, si raccorda con il personale previsto nella realizzazione dell'intervento



COMUNE DI NOLA
Provincia di Napoli



AMBITO SOCIALE N23
UFFICIO DI PIANO

per tutte le informazioni ed indicazioni necessarie per la corretta realizzazione delle attività previste, si farà carico inoltre, per il tramite dell'Assistente Sociale del comune di residenza, di valutare e proporre eventuali modifiche all'intervento in base alle necessità di ogni caso.

Eventuali variazioni, modifiche, interruzioni, sospensione del servizio dovranno essere comunicate dall'utente all'Ufficio Servizio Sociale del Comune di residenza che informerà sia l'Ufficio di Piano sia il Gestore operativo del servizio.

Informativa sulla Privacy

Ai sensi del D.L. n. 196/2003, si informano i partecipanti alla selezione che:

- i dati personali forniti dai partecipanti saranno raccolti e trattati, in modalità cartacea ed informatica, presso il Comune di Nola, Ufficio di Piano Ambito N23, e gli altri Comuni facenti parte dell'Ambito, per le finalità di gestione del procedimento, nei modi e limiti necessari per perseguire tali finalità.

- le modalità del trattamento sono esclusivamente quelle di cui al D.L. n. 196/2003 e dunque il trattamento avverrà:

- ✓ in modo lecito e secondo correttezza;
- ✓ per scopi determinati, espliciti e legittimi, ed utilizzati in altre operazioni del trattamento in termini non incompatibili con tali scopi;
- ✓ su dati esatti e, se necessario, aggiornati;
- ✓ su dati pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti e successivamente trattati;
- ✓ su dati conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti o successivamente trattati.

- il trattamento di dati personali per scopi storici, di ricerca scientifica o di statistica è compatibile con gli scopi per i quali i dati sono raccolti o successivamente trattati e può essere effettuato anche oltre il periodo necessario a questi ultimi scopi cui sono destinati i dati;

- il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l'accertamento del possesso dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla procedura;

- i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati sono:

- 1) il personale interno del Comune di residenza, del Comune di Nola capofila dell'Ambito N23, dell'Ufficio di Piano e del Soggetto gestore del servizio implicato nel procedimento;
- 2) ogni altro soggetto che abbia interesse giuridicamente rilevante ai sensi della L. 7 agosto 1990 n. 241.

I diritti attribuiti ai partecipanti sono quelli di cui all'articolo 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

Responsabile del procedimento ed informazioni

Le informazioni sul presente Avviso potranno essere richieste negli orari di apertura al pubblico presso gli Sportelli dei Servizi Sociali Comunali e presso l'Ufficio di Piano dell'Ambito N23 sito in Nola (NA) in Piazza Duomo, 1 negli orari di apertura al pubblico (martedì dalle 9:00 alle 12:00 e giovedì dalle ore 15:30 alle 17:30) o contattando i seguenti recapiti: telefono 081/8226351; 081/5125923 - fax 081/8226309; e-mail: ambiton23@comune.nola.na.it.

Allegato A

**EMERGENZA CALDO 2017
PROGETTO CARONTE**

Scheda di valutazione del Bisogno

Scheda di valutazione del Bisogno per l'accesso al Progetto Caronte

Ente che rilascia la Valutazione

Servizio sociale professionale del Comune di _____
Assistente sociale estensore _____

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE (beneficiario finale delle prestazioni per le quali si richiede accesso tramite "Buono Servizio" ex A.D. n. 421/2015)

Nome _____ Cognome _____

luogo di nascita _____ data di nascita _____

residente in _____ (città) _____ Via/P.zza _____ n. _____
C.F. _____

recapito telefonico _____

Stato civile: coniugato/a - separato/a - divorziato/a - vedovo/a - celibe/nubile - convivente

Genere: M - F

Iniziativa della domanda

propria - familiare o affine - assistente sociale - MMG - tutore - altro soggetto (specificare): _____

MOTIVI E TIPOLOGIA DEI SERVIZI RICHIESTI

• **BISOGNO SOCIOASSISTENZIALE**

persona anziana in condizione di isolamento e di emarginazione sociale e/o in difficoltà o priva di assistenza e/o necessitante supporto al mantenimento dei livelli di autonomia

persona anziana con limitati condizionamenti di natura fisica, psichica, economica o sociale nel condurre una vita autonoma e/o necessitante attività di supporto dei livelli di autonomia e/o di assistenza nell'espletamento delle attività e delle funzioni quotidiane anche attraverso prestazioni a carattere assistenziale (igiene personale)

persona con disabilità con bassa compromissione delle autonomie funzionali in condizione di isolamento e di emarginazione sociale e/o in difficoltà o priva di assistenza e/o necessitante supporto al mantenimento dei livelli di autonomia e/o supporto al nucleo familiare

persona con disabilità fisica, psichica o sensoriale necessitante aiuto di tipo domiciliare nello svolgimento delle normali attività quotidiane e supporto alla mobilità personale in ambito domestico

persona anziana, parzialmente non autosufficiente, necessitante aiuto di tipo domiciliare nello svolgimento delle normali attività quotidiane e supporto alla mobilità personale in ambito domestico

• **TIPOLOGIA DI SERVIZIO RICHIESTO**

Ricovero di Sollievo

Servizio di Assistenza Domiciliare - S.A.D.

REQUISITI

SEZIONE A – solo nel caso di “Persone con disabilità”

Screening preliminare:

1. Il richiedente è in possesso di certificazione dell’handicap ai sensi del art. 4, L. 104/1992?: SI
 NO
2. Il richiedente è in possesso di riconoscimento della condizione di “Handicap Grave” (art. 3, comma 3 L. 104/1992)?: SI¹ NO
3. Il richiedente è titolare di pensione di invalidità? SI NO
4. Il richiedente è titolare di indennità di accompagnamento? SI NO

Tipologia di disabilità:

1. Sensoriale: linguaggio - udito - vista
2. Fisica
3. Motoria
4. Psicica: intellettiva - mentale

SEZIONE B – solo nel caso di “Anziani”

Screening preliminare:

1. Il richiedente è persona ultra 65enne?: SI NO

Informazioni ricognitive:

1. Il richiedente è in possesso di riconoscimento di invalidità (civile/lavoro ecc..) SI (indicare percentuale _____%) NO
2. Il richiedente è titolare di pensione di invalidità? SI NO
3. Il richiedente è titolare di indennità di accompagnamento? SI NO

Tipologia delle limitazioni all’autonomia personale/qualità della vita della persona anziana:

1. Anziano/a solo o in condizione di isolamento/emarginazione
2. Anziano/a parzialmente non-autosufficiente con limitazioni nello svolgimento delle normali attività quotidiane riferite alla cura di sé e dell’ambiente di vita
3. Anziano/a parzialmente non-autosufficiente con limitazioni nella mobilità personale all’interno dell’ambiente domestico

Informazioni sull’anziano/disabile

1 Quale è il suo attuale stato civile?

- 1- Coniugato/convivente
 2- Celibe/nubile
 3- Vedovo/a
 4- Separato/a-Divorziato/a

2 Attualmente con chi vive?

Barrare tutte le voci che interessano

- Solo
 Con marito/moglie/fratelli/sorelle
 Con figli
 Con una persona retribuita per aiutarla
 Residenza anziani
 Altro, specificare _____

3 Scolarità

- 1- Analfabeta
 2- Scuola elementare
 3- Scuola media inferiore
 4- Scuola media superiore
 5- Università

4 Lavoro svolto in precedenza

- 1- Lavoro manuale
 2- Lavoro intellettuale

5 Attuali mezzi di sostentamento

- Pensione (1-anzianità 2-invalidità 3-sociale)
 Indennità accompagnamento
 Altro

Informazioni sull'abitazione:

6- Il condominio in cui abita (o la sua abitazione se individuale) ha barriere architettoniche?

- 1-Sì → Specificare _____
 2-No

7- Per la tipologia dell'abitazione, è necessario l'ascensore per raggiungere casa?

- 1-Sì
 2-No

8- La sua abitazione è provvista di:

leggere e barrare le voci che interessano

- Ascensore
 Riscaldamento
 Telefono fisso
 Maniglie fissate al muro per sorreggersi nella vasca da bagno e nella doccia
 Corrimano sulle scale interne all'abitazione
 Tappeto di gomma antisdrucciolo nella vasca da bagno e nella doccia
 Buona illuminazione degli ambienti esterni alla casa (giardino, androne di ingresso, scale)

Altro → Specificare _____

Stato di salute percepito (risponde l'assistito)

9- Come definirebbe complessivamente il suo stato di salute?

- 1- Eccellente
 2- Molto buono
 3- Buono
 4- Discreto
 5- Cattivo
 6- Non so

10- Si sente solo?

- 1- Mai
 2- Qualche volta
 3- Sempre

11- A causa di un problema di salute ha attualmente difficoltà a svolgere una qualsiasi attività, in casa o fuori casa?

- 1- Sì
 2- No

12 - Riesce a vedere bene?

- 1- Sì
 2- Sì, se indosso gli occhiali
 3- No

13 - Ci sente bene?

- 1- Sì
 2- Sì, usando la protesi
 3- No

14 - Ha difficoltà nel masticare il cibo?

- 1- Sì
 2- No, usando la protesi
 3- No, anche con la protesi
 4- No, non ho la protesi

Inserimento sociale: (risponde l'assistito)

15- Nelle ultime 2 settimane, ha fatto quattro chiacchiere, anche per telefono, con persone che non vivono a casa con lei?

- 1- Sì
 2- No
 3- Non so/non ricordo

16- Nelle ultime 2 settimane, è mai uscito di casa?

- 1- Sì
 2- No

3- Non so/non ricordo

17- Nelle ultime 2 settimane, ha partecipato ad attività sociali con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, al partito, in parrocchia, al teatro, ecc. ?

- 1- Sì
 2- No
 3- Non so/non ricordo

18- Nelle ultime 2 settimane, per quante ore al giorno in media è stato seduto a vedere la TV?

Numero di ore ___

Non so/non ricordo

Autosufficienza: (risponde l'assistito)

A) non è in grado di svolgere le azioni da solo

B) svolge le azioni con aiuto continuo o saltuario C) indipendente, svolge le attività da solo

ADL	A	B	C
Mangiare (incluso tagliare una bistecca di carne)	0	5	10
Vestirsi (incluso infilarsi le scarpe ed allacciarsi i lacci)	0	5	10
Toilette personale (lavarsi la faccia, pettinarsi, farsi la barba, pulirsi i denti)	0	0	5
Fare il bagno o la doccia	0	0	5
Controllo defecazione	0	5	10
Controllo minzione	0	5	10
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare (include il sedersi sul letto)	0	10	15
Montare e scendere dal WC (maneggiare i vestiti, asciugarsi, far scorrere acqua)	0	5	10
Camminare in piano	0	10	15
Salire e scendere le scale	0	5	10

Punteggio totale _____

20- Chi l'aiuta di più nelle attività che ha detto di non poter svolgere da solo?

Risponde l'assistito; indicare non più di 3 fornitori di aiuto graduandoli da 1 a 3

	Chi aiuta	Quanti giorni a settimana	Quante ore al giorno
Marito/moglie			
Un altro familiare			
Un vicino di casa/amico			
Una persona a pagamento			
Personale della ASL			
Personale del Comune			
Personale volontario			
Altro, specificare _____			

PAI

ESITO FINALE DELLA VALUTAZIONE DI APPROPRIATEZZA E DEFINIZIONE DEL PROGETTO SOCIO-ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

Viste le dichiarazioni e le documentazioni acquisite in sede di istruttoria e preso atto degli esiti della valutazione del bisogno, si DICHIARA la

NON Appropriatezza della richiesta di accesso al Progetto Caronte indicato da parte del richiedente beneficiario finale Sig. _____ con la seguente motivazione:

- assenza delle condizioni minime (pre-requisiti) di bisogno in relazione alla tipologia di servizio richiesto
- Insussistenza del bisogno dichiarato

Appropriatezza della richiesta di accesso al servizio indicato da parte del richiedente beneficiario finale Sig. _____

ED AUTORIZZA (esclusivamente in caso di riconoscimento di "appropriatezza") il Sig. _____ ad essere arruolato nel Progetto Caronte di cui all'Avviso pubblico n., approvato con D.D. n. del, nel rispetto del seguente **PROGETTO ASSISTENZIALE di massima. Trasmette all'Ufficio di Piano per gli adempimenti di competenza:**

Tipologia di servizio:

- Ricovero di Sollievo
- Servizio di Assistenza Domiciliare - S.A.D.

A decorrere dal _____ fino al 15/09/2017

Descrizione delle attività:

Servizio di Assistenza Domiciliare - S.A.D. finalizzato a:

- Aiuto per l'igiene e la cura della persona;
- Aiuto per la pulizia della casa;
- Spesa e preparazione pasti;
- Segretariato sociale;
- Accompagno.

Ricovero di Sollievo

Intervento tutelare/alberghiero (all'esito della valutazione da parte della commissione UVI distrettuale)

Soggetto Gestore scelto dall'Elenco dell'Ambito Territoriale Sociale N23 :

Società/Cooperativa: _____

Firma beneficiario: _____

L'Assistente Sociale estensore

Data di rilascio della Valutazione _____

Num. Prot. Comunale _____

Consenso al trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili, alla comunicazione degli stessi all'Ambito Territoriale Sociale N23 nonché al loro trattamento da parte dello stesso con le seguenti modalità:

- 1- Finalità: elaborare studi e ricerche statistiche in forma anonima;
 - 2- Modalità: il trattamento sarà effettuato con modalità telematiche, attraverso mezzi informatici;
 - 3- Comunicazione dei dati a terzi: i dati non saranno comunicati a soggetti terzi rispetto a quelli di seguito elencati, se non chiedendoLe espressamente il consenso: Ambito Territoriale Sociale N23.
- Il trattamento dei Suoi dati personali, direttamente o anche attraverso soggetti incaricati, sarà effettuato esclusivamente da parte del seguente soggetto:

Ambito Territoriale Sociale N23 - P.zza Duomo, 1 - 80035 Nola, che è titolare e responsabile del trattamento.

Firma dell'assistito: _____

La ringrazio per la collaborazione