

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 42 della REGIONE SICILIANA

Comune di Palermo- Capofila Area della Cittadinanza Sociale AVVISO PUBBLICO PER GLI UTENTI ASSISTENZA DOMICILIARE NON INTEGRATA CON L'ASSISTENZA SANITARIA S.A.D – P.A.C

Si rende noto che il Distretto Socio Sanitario 42, in ottemperanza piano di azione e Coesione – Servizio assistenza agli Anziani intende attivare il servizio di assistenza domiciliare non integrata con l'Assistenza sanitaria in favore degli anziani (SAD) residenti nel distretto.

Il servizio è rivolto ad utenti ultrasessantacinquenni, parzialmente autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, 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.

Le prestazioni riguardano:

-Cura dell'igiene personale e periodicamente pulizia completa della persona;

- aiuto per il governo ed igiene dell'alloggio;
- disbrigo pratiche, commissioni ed accompagnamento con il mezzo di trasporto dell' Ente;
- attività di stimolo al mantenimento delle capacità psico-fisiche, cognitive e relazionali;
- piccoli lavori di manutenzione dell'alloggio, per garantire la sicurezza dell'utente e migliorare la sua
- autonomia nell'ambiente di vita.

Il cittadino/a che intende usufruire del Servizio,(o un suo familiare) presenta l'istanza corredata da valido documento di identità, presso la sede operativa circoscrizionale di appartenenza dove l'assistente sociale preposto effettua il colloquio e la valutazione per l'accesso al servizio;

L'accesso al servizio è gratuito e gli ammessi verranno inseriti in apposito elenco in base all'ordine cronologico di presentazione dell'istanza, a parità di data di presentazione, precede l'utente più anziano.

La valutazione sull'ammissibilità è a carico degli Assistenti Sociali territoriali, che predisporranno il P.A.I. e invieranno tutta la documentazione all' U. O. Gestione Fondi PAC che provvederà a stilare l'elenco per l'ammissione al servizio..

I beneficiari utilizzeranno un buono di servizio per l'acquisto delle prestazioni domiciliari, indicati in premessa, corrispondenti a 16 ore mensili (11 ore di prestazioni dell'Assistente Domiciliare e 5 dell'Ausiliario), così come riportato nel PAI e potranno scegliere liberamente nell'ambito degli enti accreditati, presso I' U. O. Gestione Fondi PAC Via Garibaldi, 26, il cui elenco aggiornato è visionabile. I soggetti ammessi al servizio saranno inseriti in apposito elenco.

Per ulteriori informazioni telefonare al numero 091/7404142 (U.O. Gestione Fondi PAC) Il servizio sarà attivo fino ad esaurimento somme.

Informativa art. 13 D. L. gs n. 196/03: "I dati personali vengono raccolti per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione Comunale. I dati vengono trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati. Al trattamento dei dati possono attendere anche i soggetti esterni, pubblici o privati con i quali il Comune ha un rapporto di concessione, convenzione e/o contratto finalizzato all'espletamento della procedura di parte di essa. La comunicazione e/o diffusione della procedura è regolata dall'art. 19, il responsabile è Il Dirigente del Servizio integrazione Sociale.

L'interessato può far valere nei confronti dell'Amministrazione comunale i diritti di cui all'ad. 7 esercitato ai sensi dell'ad. 8, 9 e 10 del D. Lgs n. 196/03"

Responsabile del Procedimento:

Esp. Amministrativo Gabriella Micale



Dipartimento della programmazione e della organizzazione delle attività Len:Guidi. e dellintegrazwrie Sodo Sanitafia

U.O.C. Integrazione Socio-Sanitaria

	the state of the s	
DISTR	ETTO N°	XII.
	COMUNEDI	
CIRCO	SCRIZIONE	
PIA .		

RICH	IIESTA DI VALUTAZIONE MULTEDIMENS	SIONALE A DOMICIUD	PIA
rot.n. del			
T.	A.D.I. GERIATRICA 1:1	7RSA [—] Ljr-10SP 10	CE
URIENTAMENTO	$\underline{\underline{I}}$ A.D.I. CURE PALLIATIVE	AD	! SOWO-SANITARIA
	iALTRO		
COGNOME	NOME		
NATO A RESIDENTE	ii Via TEL	CF	
DOMICILIATO	Via	N*	
FAMILIARE DI RIFERIMENTO	the device of the last termination of the device and the last termination of the last termination of the	EL.	TEL.
atologia per cui si richiede l'un	niaissJorre:		
atulog e concurttitanti:			
roblemi attivi:			
PRESTAZIONI NECESSARI L_IGestione catetere	E: ——Medicazione ferita ch	irurgica ——	pia antalgica
L_,Gestione stornie I	17:1Medicazioni ulcere	- IOIL	
erupia infusienale	SMG		ione ca:e:ere centra.e
LiNtitrizione ;artificiale	Fisioterapia	JAitro	j
		D:	
MIMG		. Distrutta ti: appartener	nza
Arthti.aturio via		TEL.	
	- 1• y••	CELL.	
Ricevimento	giorno orario		
	l }eredi	_	
	menerai mercoledi	-	
	j giovedì		
	<u>venerdì</u>		
Necessita di interventi so	ciali	<u>ISI</u>	I _NO
Assistente Sociale:	TEL	Ernaii	
SI DICHIARA CHE :			
l'assistito non usufriince	ie. atto di altra tpit assistenza torticiliarc		
r1 i assistM usdruisce a atto d	dela seguente assislerza doreciliare		
timbro firma Assistente so	ociale	timbro firma e codice i	cgieriale MMG
	Data		