



**Ambito Territoriale B2**

ENTE CAPOFILA SAN GIORGIO DEL SANNIO  
UFFICIO DI PIANO VIA MAZZINI 1, 82018 San Giorgio del Sannio BN  
Tel. 0824/58214 fax 0824330136/0824337270 e-mail [ambitoterritorialeb2@libero.it](mailto:ambitoterritorialeb2@libero.it)

Prot.gen. n. 7191

**Ai Sindaci dell'ambito territoriale b2**

**Alle Assistenti Sociali dell'ambito territoriale B2**

**OGGETTO: SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILARE ANZIANI - ATTIVAZIONE SERVIZIO.**

Con la presente si rende noto che con determina n.77 del 04/04/2018 è stata aggiudicato il servizio SAD Anziani alla Cooperativa sociale Benessere ARL onlus.

Nelle more dell'avvio del servizio in oggetto, si chiede di pubblicare l'avviso rende noto allegato alla presente per l'utenza interessata a presentare richiesta di servizio, con relativa modulistica allegata.  
Per quanto attiene alla graduatoria la stessa sarà unica di ambito, e l'ufficio di piano sulla base delle richieste pervenute e delle ore disponibili di servizio assegnerà le ore settimanali di servizio.  
Tanto si deve si porgono Distinti saluti.

San Giorgio del Sannio li 09/04/2018

**Il Coordinatore dell'U.d.P. Ambito B2**  
**F.to Dott.ssa Michela Barbato**



prot.n. 7190 del 9/04/2018

**AVVISO  
DI AMMISSIONE  
al servizio Assistenza Domiciliare agli ANZIANI (S.A.D)**

CON IL PRESENTE AVVISO SI RENDE NOTO che può essere presentata istanza per l'ammissione al servizio di Ambito territoriale B2 di Assistenza domiciliare agli anziani SAD

DESTINATARI DEL SERVIZIO sono i cittadini anziani **dai 65 anni**, residenti nei Comuni dell'Ambito Territoriale B2. Gli interessati possono presentare domanda compilando l'apposito modello (allegato A) disponibile presso l'ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di residenza a partire dal **10/04/2018** scaricabile dal sito del Comune di San Giorgio del Sannio all'indirizzo: [www.comune.sangiorgiodelsannio.bn.it](http://www.comune.sangiorgiodelsannio.bn.it)

Il servizio prevede attività di cura della persona ed aiuto per il governo della casa.

La domanda deve essere corredata da:

- Dichiarazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) relativa all'anno precedente, al fine di determinare l'eventuale quota di compartecipazione a carico dell'utente;

**DI COMPARTECIPAZIONE DELL'UTENTE**

La compartecipazione è calcolata secondo il regolamento di servizio di cui all'art.10.

Il metodo per l'individuazione della quota di compartecipazione consiste nell'individuazione delle tre categorie di individui:

- coloro che non compartecipano al costo perché hanno un ISEE inferiore a euro 15.000,00 (ISEE min)
- coloro che pagano l'intero ammontare del costo unitario del servizio perché hanno un ISEE superiore a 30.000,00 euro (ISEE max)
- coloro che compartecipano pro-quota al costo unitario del servizio perché hanno un ISEE compreso tra le due soglie precedentemente individuate.

Per gli individui il cui valore dell'ISEE è compreso tra il valore minimo e massimo, il costo che essi dovranno sostenere è pari alla percentuale del costo intero (tariffa intera) che risulta dal seguente rapporto:

$$\text{Compartecipazione} = \frac{\text{isee richiedente} - \text{isee minimo}}{\text{ISEE max} - \text{ISEE min}} \times \text{CU}$$

min compij: compartecipazione CU: costo unitario della prestazione

**COSTO UNITARIO DEL SERVIZIO ALL'ORA € 16,66**

**Le domande devono pervenire all'Ufficio Protocollo del Comune di residenza, complete della documentazione sopra indicata, entro il 10/05/2018. Per ulteriori informazioni rivolgersi all'Ufficio di Piano tel./fax n. 082458214 e-mail [ambitoterritorialeb2@libero.it](mailto:ambitoterritorialeb2@libero.it), al Responsabile dei Servizi Sociali e/o all'Assistente Sociale dei Comuni dell'Ambito Territoriale B2.**

San Giorgio del Sannio li 09/04/2018

**II COORDINATORE DELL'UDP  
AMBITO TERRITORIALE B2  
f.to Dott.ssa Michela Barbato**

## MODULO A

**Ambito Territoriale B2**

ENTE CAPOFILA SAN GIORGIO DEL SANNIO  
 UFFICIO DI PIANO VIA MAZZINI 1, 82018 San Giorgio del Sannio BN  
 Tel. 0824/58214 fax 082458214/0824337270 e-mail [ambitoterritorialeb2@libero.it](mailto:ambitoterritorialeb2@libero.it)

### Modulo per la Richiesta del Servizio di Assistenza Domiciliare ANZIANI (S.A.D.)

Al Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cod.fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

In qualità di: (convivente, figlio, conoscente, altro,) \_\_\_\_\_

**Chiede l'Attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare anziani (S.A.D.) in favore di:**

- diretto interessato
- per (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

A tal fine, informato che le dichiarazioni false, l'indicazione di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penale e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (articoli 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

##### Dichiara

- di essere a conoscenza delle prestazioni inerenti il servizio di Assistenza Domiciliare agli anziani;
- di percepire **Indennità di accompagnamento;**
- di non percepire **Indennità di accompagnamento;**

di trovarsi nella seguente condizione familiare:

- Anziano che vive da solo

- Anziano con coniuge o familiare assimilato\* non autosufficiente
- Anziano con coniuge o familiare assimilato parzialmente autosufficiente
- Anziano con coniuge o familiare assimilato autosufficiente
- Di essere nella situazione particolare (art.4 regolamento di Ambito)

Dichiaro di accettare la condizione di compartecipare al costo del servizio nella misura prevista dal regolamento in base alla propria condizione di dichiarazione ISEE.

Firma \_\_\_\_\_

Allega

- Dichiarazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) relativa all'anno precedente, al fine di determinare la quota di compartecipazione a carico dell'utente;**
- Nel caso di soggetto anziano **non autosufficiente** documentazione sanitaria.

Luogo e data

Firma utente

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI D.Lgs. 196/03**

**I dati personali acquisiti saranno utilizzati per l'attribuzione delle ore di servizio.**

**Si autorizza il trattamento, nei limiti e con le forme di cui alla D. Lgs. 196/03.**

Data

Firma utente

Firma \_\_\_\_\_

Si allega:

1. Certificazione ISEE ordinario in corso di validità
3. Fotocopia di un documento di riconoscimento valido

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

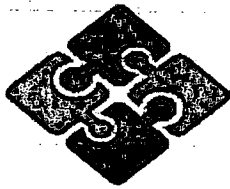
**AUTORIZZAZIONE AL PER TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Apice, Buonalbergo, Calvi, Castelpoto, Cautano, Foglianise, Paduli, Pago Veiano, Pesco Sannita, Pietrelcina, Ponte, San Giorgio del Sannio, San Martino Sannita, San Nazzaro, San Nicola Manfredi, Sant'Angelo a Cupolo, Sant'Arcangelo Trimonte, Torrecuso, Vitulano

Il sottoscritto autorizza, ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 196/2003, l' Ambito B2 e per esso l'Ufficio di Piano, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa al Servizio SAD Anziani.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## Ambito Territoriale B2

ENTE CAPOFILA SAN GIORGIO DEL SANNIO  
UFFICIO DI PIANO VIA MAZZINI 1, 82018 San Giorgio del Sannio BN  
Tel. 082458214 Fax 082458214 - 0824337270 e-mail [ambitoterritorialeb2@libero.it](mailto:ambitoterritorialeb2@libero.it)

### PIANO SOCIALE DI ZONA AGORÀ

*1<sup>a</sup> Annualità*

*II°PSR 2013/2015*

**P.A.I.**

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO**

**SERVIZIO**

**ASSISTENZA DOMICILIARE ANZIANI**

---

Ambito Territoriale B2

Apice, Buonalbergo, Calvi, Castelpoto, Cautano, Foglianise, Paduli, Pago Veiano, Pesco Sannita, Pietrelcina, Ponte, San Giorgio del Sannio, San Martino Sannita, San Nazaro, San Nicola Manfredi, Sant'Angelo a Cupolo, Sant'Arcangelo Trimonte, Torrecuso, Vitulano



Ambito B2

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO**

*Servizio di Assistenza Domiciliare Anziani*

1<sup>a</sup> Annualità: - II° PSR 2013/2015

Assistente sociale Responsabile della presa in carico: \_\_\_\_\_

Data presa in carico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

**CODICE FISCALE**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**LUOGO E DATA DI NASCITA** \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residenza: .....

Domicilio: .....

Rec. Tel. ....

Familiare di riferimento .....

**SITUAZIONE NUCLEO FAMILIARE UTENTE PRESO IN CARICO**

<i>Nome e Cognome</i>	<i>Ruolo all'interno del nucleo rispetto all'utente</i>	<i>Situazione lavorativa</i>	<i>Salute</i>	<i>Problematiche di disagio</i>

SITUAZIONE ABITATIVA		Centro	Periferia
<input type="checkbox"/>	Abitazione in affitto		
<input type="checkbox"/>	Abitazione di proprietà		
<input type="checkbox"/>	Alloggio di edilizia popolare		
<input type="checkbox"/>	Vive da solo		
<input type="checkbox"/>	Vive con il coniuge/ partner e/o figlio/i		
<input type="checkbox"/>	Vive con altri familiari:		
<input type="checkbox"/>	Altro (precisare)		

STATO CIVILE	Celibe	Coniugato/a	Nubile	Vedovo/a	Separata/o	Convivente	Divorziato/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TITOLO DI STUDIO**

nessuno  licenza elementare  licenza media inferiore  qualifica professionale  
 diploma media superiore  diploma di laurea /laurea I livello  laurea magistrale/laurea specialistica  
 non dichiarato

Specifica: .....

**CONDIZIONE LAVORATIVA**

disoccupato/a  pensionato /a  occupato/a

Specifica: .....

**CONDIZIONE ECONOMICA**

Origine del reddito	<input type="checkbox"/> da lavoro <input type="checkbox"/> da pensione <input type="checkbox"/> da indennità
Valutazione della copertura economica di prestazioni assistenziali	<input type="checkbox"/> Autonomo ed in equilibrio finanziario <input type="checkbox"/> Riceve aiuto da parenti ed altre persone <input type="checkbox"/> In condizione di bisogno economico e senza aiuto da parenti ed altre persone

**REDDITO ISEE:** \_\_\_\_\_

**RETE DI CURA E SUPPORTO - Area del supporto familiare e/o relazionale:**

**Presenza della rete familiare o informale:** persona con supporto della rete familiare o della rete informale (vicinato, volontariato, etc), sufficiente a rispondere ai bisogni quotidiani e di relazione. E' compreso anche l'aiuto di persone esterne alla famiglia (ad es. badante) con oneri a carico della famiglia;

**Presenza parziale e/o temporanea della rete familiare o informale:** persona che può contare su un aiuto della rete familiare (compreso persone a cui provvede la famiglia) o della rete informale (vicinato, volontariato, etc), per i bisogni quotidiani e di relazione, in maniera saltuaria;

**Assenza della rete familiare o informale:** persona che non può contare sulla rete familiare o informale né per i bisogni quotidiani né per quelli di relazione.



**DESCRIZIONE DEL BISOGNO**

---

---

---

---

---

---

---

---

**ANAMNESI FAMILIARE ED INDIVIDUALE**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**OBBIETTIVI**

---

---

---

---

---

---

---

---

<b>DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO</b>
------------------------------------

**ATTIVITÀ E PRESTAZIONI**

**a) Aiuto per il governo della casa e cura della persona:**

<input type="checkbox"/>	Riordino del letto e della casa
<input type="checkbox"/>	Pulizia dei servizi e dei vani dell'alloggio ad uso dell'utente e dallo stesso utilizzati, curando l'aerazione e l'illuminazione dell'ambiente;
<input type="checkbox"/>	Cambio della biancheria;
<input type="checkbox"/>	Preparazione pasti;
<input type="checkbox"/>	Aiuto per la spesa;
<input type="checkbox"/>	Attuazione di risorse per i problemi riguardanti la manutenzione dell'alloggio;
<input type="checkbox"/>	Attività di assistenza alla cura della persona (alzare dal letto, igiene e pulizia personale, vestizione, aiuto nell'assunzione dei pasti);
<input type="checkbox"/>	Prestazione igienico-sanitarie di semplice attuazione (segnalazione al medico curante di qualsiasi anomalia inerente la salute dell'utente, collaborazione con il personale infermieristico alla gestione della persona ammalata).

**b) Segretariato sociale;**

<input type="checkbox"/>	Informazione sui diritti, pratiche e servizi, con svolgimento di piccole commissioni;
<input type="checkbox"/>	Svolgimento di pratiche amministrative;
<input type="checkbox"/>	Accompagnamento dell'utente per visite mediche o altre necessità (presso uffici e strutture sanitarie), quando questi non sia in grado di recarsi da solo o quando non si hanno altre risorse, siano esse familiari che di volontariato o di coinvolgimento di parenti e vicini;
<input type="checkbox"/>	Partecipazione agli interventi di socializzazione e/o recupero a favore della persona;
<input type="checkbox"/>	Rapporti con strutture sanitarie, sociali, ricreative del territorio nonché le prestazioni inerenti il raggiungimento degli obiettivi.

**RISULTATI ATTESI (rispetto alle attività)**


---



---



---



---

DATA INIZIO SERVIZIO: \_\_\_\_\_

Ore settimanali attribuite: \_\_\_\_\_

Quota costo orario Ambito € \_\_\_\_\_

Compartecipazione economica da parte della famiglia: € \_\_\_\_\_

*Calendario operativo*

<i>Giorno</i>	<i>Mattina</i>	<i>Pomeriggio</i>
Lunedì	Dalle ore ____ alle ore ____	Dalle ore ____ alle ore ____
Martedì	Dalle ore ____ alle ore ____	Dalle ore ____ alle ore ____
Mercoledì	Dalle ore ____ alle ore ____	Dalle ore ____ alle ore ____
Giovedì	Dalle ore ____ alle ore ____	Dalle ore ____ alle ore ____
Venerdì	Dalle ore ____ alle ore ____	Dalle ore ____ alle ore ____
Sabato	Dalle ore ____ alle ore ____	Dalle ore ____ alle ore ____
Domenica	Dalle ore ____ alle ore ____	Dalle ore ____ alle ore ____

**Riepilogo interventi attuati dall'Ambito e dal Comune**

<b>Interventi assistenziali previsti</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Compartecipazione alla spesa</b>	<b>Data attivazione</b>	<b>Data cessazione</b>

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Data di verifica del piano : \_\_\_\_\_

Assistente sociale

\_\_\_\_\_

Utente o familiare di riferimento

\_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO e TUTELA DEI DATI PERSONALI ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003**

Informazione. Sono stato informato in modo chiaro e comprensibile su tutti gli aspetti del presente piano ed ho potuto porre tutte le domande di approfondimento che ho ritenuto opportune.

Tutela della riservatezza dei dati sensibili. Acconsento al trattamento dei miei dati personali per un loro utilizzo strettamente legato alla realizzazione del piano. Il presente piano potrà essere consultato dal sottoscritto e dagli operatori che collaborano alla realizzazione dello stesso.

Nome e cognome .....

Firma .....





Ambito Territoriale B2

Parametri per graduatoria SAD Anziani 1^ Annualità II PSR 2013/2015		PUNTI
MOBILITÀ DOMESTICA	<input type="radio"/> Si sposta da solo (0 punti)	
	<input type="radio"/> Si sposta assistito (2 punti)	
	<input type="radio"/> Non si sposta (3 punti)	
MOBILITÀ EXTRA DOMICILIARE	<input type="radio"/> Si sposta da solo (0 punti)	
	<input type="radio"/> Si sposta assistito (2 punti)	
	<input type="radio"/> Non si sposta (3 punti)	
IGIENE PERSONALE	<input type="radio"/> Autonomo (0 punti)	
	<input type="radio"/> Parzialmente dipendente (2 punti)	
	<input type="radio"/> Totalmente dipendente (4 punti)	
VESTITIZIONE	<input type="radio"/> Autonomo (0 punti)	
	<input type="radio"/> Parzialmente dipendente (2 punti)	
	<input type="radio"/> Totalmente dipendente (3 punti)	
ALIMENTAZIONE	<input type="radio"/> Autonomo (0 punti)	
	<input type="radio"/> Parzialmente dipendente (2 punti)	
	<input type="radio"/> Totalmente dipendente (4 punti)	
PREPARAZIONE PASTI	<input type="radio"/> Autonomo (0 punti)	
	<input type="radio"/> Parzialmente dipendente (2 punti)	
	<input type="radio"/> Totalmente dipendente (3 punti)	
ASSUNZIONE FARMACI	<input type="radio"/> Autonomo (0 punti)	
	<input type="radio"/> Parzialmente dipendente (2 punti)	
	<input type="radio"/> Totalmente dipendente (3 punti)	
HOUSEKEEPING	<input type="radio"/> Autonomo (0 punti)	
	<input type="radio"/> Parzialmente dipendente (2 punti)	
	<input type="radio"/> Totalmente dipendente (3 punti)	
DETERIORAMENTO COGNITIVO	<input type="radio"/> Lieve (2 punti)	
	<input type="radio"/> Medio (3 punti)	
	<input type="radio"/> Grave (5 punti)	
LINGUAGGIO	<input type="radio"/> Linguaggio presente/Comunica in modo adeguato (0 punti)	
	<input type="radio"/> Difficoltà di linguaggio/Ha difficoltà di comunicazione (3 punti)	
	<input type="radio"/> Linguaggio assente/Non comunica (4 punti)	
DISTURBI COMPORTAMENTALI	<input type="radio"/> Assenti (0 punti)	
	<input type="radio"/> Presenti (4 punti)	
CONDIZIONE FAMILIARE	<input type="radio"/> Anziano con familiare convivente presente e/o badante (0 punti)	
	<input type="radio"/> Anziano con familiare convivente parzialmente presente (2 punti)	
	<input type="radio"/> Anziano con familiare non in grado di fornire l'adeguato sostegno (3 punti)	
	<input type="radio"/> Anziano che vive solo (5 punti)	
AREA DEL SUPPORTO FAMILIARE E/O RELAZIONALE	<input type="radio"/> Presenza della rete familiare o informale (0 punti)	
	<input type="radio"/> Presenza parziale e/o temporanea della rete familiare o informale (2 punti)	
	<input type="radio"/> Assenza della rete familiare o informale (4 punti)	
CONDIZIONE ABITATIVA	<input type="radio"/> Abitazione in centro abitato (0 punti)	
	<input type="radio"/> Abitazione in periferia (2 punti)	
	<input type="radio"/> Abitazione in periferia con presenza di barriere architettoniche (4 punti)	
AREA DELLA SITUAZIONE REDDITUALE	<input type="radio"/> Fino a € 6.517,81 (7 punti)	
	<input type="radio"/> Da € 6.517,82 a € 8.000,00 (6 punti)	
	<input type="radio"/> Da € 8.001,00 a € 10.000,00 (5 punti)	
	<input type="radio"/> Da € 10.001,00 a € 12.000,00 (4 punti)	
	<input type="radio"/> Da € 12.001,00 a € 14.000,00 (3 punti)	
	<input type="radio"/> Da € 14.001,00 a € 17.000,00 (2 punti)	
	<input type="radio"/> Da € 17.001,00 a 18.000,00 (1 punto)	
	<input type="radio"/> Da/ oltre € 18.001,00 (0 punti)	
CONDIZIONI SANITARIE	<input type="radio"/> Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, invalidi 67-99% (D. Lgs. 124/98, art. 5, comma 7) (1 punto)	
	<input type="radio"/> Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, inabili 100% (D.Lgs. 124/98, art. 5, comma 7) (2 punti)	
	<input type="radio"/> Cittadini ultrasessantacinquenni con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88, art. 1, comma 2, lettera b) (4 punti)	
	<input type="radio"/> Persona in situazione di handicap grave (ai sensi art. 3, comma 3, Legge 104/92) (3 punti)	
	<input type="radio"/> Persona con handicap (articolo 3, comma 1, Legge 104/1992) (1 punto)	

3^ FASCIA → Da 0 a 21 : 1 ora settimanale di servizio 2^ FASCIA → Da 22 a 42: 2 ore settimanali di servizio 1^ FASCIA → Da 43 a 63: da 3 a 5 ore settimanali



**Ambito Territoriale B2**



**Ambito Territoriale B2**





Ambito Territoriale B2